

**Deskriptiv studie av anemier med fokus på äldre som sökte
Skiftinge vårdcentral februari - maj 2012**

**Aliaa Al-Rammahi ST-läkare
Skiftinge VC 2015-11-16**

Handledare
Annika Bardel, Med Dr Spec. allmänmedicin
PrimUS Hälsoval Sörmland

Innehåll

ABSTRAKT	3
Inledning	3
Metod	3
Resultat	3
Konklusion	4
SAMMANFATTNINGSVIS VISAR DENNA STUDIE ATT ANEMI ÄR ETT RELATIVT VANLIGT FYND PÅ SKIFTINGE VC.....	4
INLEDNING.....	5
SYFTE.....	7
METODER	7
STATISTISK ANALYS	7
ETISK ASPEKTER.....	7
RESULTAT	8
DISKUSSION	13
– AVSLUTNINGSVIS KAN MAN HÅLLA MED DE STUDIER SOM SÄGER EN BÄTTRE DEFINITION AV ANEMI ÄR DEN SOM BASERAD PÅ HB-VÄRDE SOM ÄR KOPPLAT TILL BÄST MÖJLIGA HÄLSA, ÄVEN OM DET LEDER TILL ATT EN STÖRRE GRUPP AV BEFOLKNINGEN SKA ANSES HA ANEMI“ANEMIA MIGHT BE BETTER DEFINED ON THE BASIS OF A HEMOGLOBIN RANG ASSOCIATED WITH THE BEST POSSIBLE HEALTH OUTCOMES, EVEN IF SUCH A DEFINITION RESULTS IN A MUCH LARGER GROUP OF PEOPLE BEING CLASSIFIED AS ANEMIC”[19].	14
KONKLUSION.....	15
REFERENSER.....	16

Abstrakt

Inledning

Anemi är sänkning av antalet röda blodkroppar eller Hb (Hemoglobin) på grund av blodförlust, minskning av produktion eller ökad destruktion av röda blodkroppar alternativt en kombination av flera faktorer. Konsensus avseende vilka Hb-nivåer man skall använda saknas. Det finns alltid en bakomliggande orsak till anemi t.ex. blödning, näringsbrist eller en kronisk sjukdom. Den vanligaste orsaken i hela världen är järnbristanemi som orsakas av blodförlust. Järnbristanemi på grund av nedsatt innehåll av järn i födan (t.ex. vegetarianer/veganer) är sällsynt.

Hb-mätning på de moderna analysinstrumenten har hög precision (98 %).

Metod

Studien är en kvantitativ retrospektiv observationsstudie av deskriptiv karaktär under perioden 2012-02-01-2012-04-30. Syftet var att studera förekomsten av anemi bland konsekutivt insamlade Hb-prover under 3 månader på Skiftinge vårdcentral med fokus på äldre personer. I denna studie definierades anemi som Hb är <130 g/l för män och postmenopausala kvinnor. Hur fördelar sig Hb-värden bland olika åldersgrupper? Finns skillnader i anemiförekomsten mellan könen? Finns en association mellan anemi och kroniska sjukdomar (diabetes, hypertoni, njursjukdom och hjärt-kärl sjukdomar)? Dokumenteras anemidiagnos i journalen? Utredds typen av anemi och i vilken grad i så fall?

För att kunna svara på dessa frågor beställdes en lista från Unilabs (sjukhuslaboratoriet) på alla patienter som tagit Hb-prov, med tillhörande Hb-värde samt personnummer.

Samma mätmetod för bestämning av Hb användes för samtliga patienter baserat på venös provtagning. Endast första provet registreras om patienten tagit flera Hb-prov under studietiden (man har tagit hänsyn till att det kan vara felvärde i första provet genom att jämföra första värdet med de andra och se om det överensstämmer eller inte).

De 610 journaler för patienter som är ≥ 65 år granskades. I de 228 patientjournalerna som har lågt Hb under studietiden, där letades efter anemidiagnos och om man dokumenterat typen av anemi, vilka ytterligare prover som är tagna, riskmarkörer (kronisk sjukdom, medicinerings inklusive diabetesbehandling och mediciner för hjärt-kärl-sjukdomar).

Resultat

Under 2012-02-01-2012-04-30 gjordes 5777 läkarbesök på vårdcentralen fördelat på 3477 planerade besök, resterande 2300 var akuta besök. 2132 (37 %) var besök av personer ≥ 65 års ålder, dessa fördelades på 1518 (71 %) planerade och 614 (29 %) akuta besök.

Totalt undersöktes 1190 patienter med Hb-prov. Av dessa var 580 (49 %) < 65 år. Könsfördelningen var 378 (65 %) kvinnor och 202 (35 %) män. Förekomsten av anemi hos personer <65 år var 54 (9 %) varav 9 (4 %) män och 45 (12 %) kvinnor.

De övriga 610 (51 %) var ≥ 65 år. Könsfördelningen bland de 610 patienterna ≥ 65 år var 396 (65 %) kvinnor, och 214 (35 %) män. Förekomsten av anemi var 228 (37 %) bland de 610 äldre personerna, varav 63 (29 %) män och 165 (42 %) kvinnor. De övriga 382 patienter som var ≥ 65 år hade normalt Hb.

Dokumentation av anemidiagnos saknades hos 175 (77 %) personer ≥ 65 år med lågt Hb. Prevalensen av kroniska sjukdomar var hög bland personer som hade anemi. Studien visade

att 222 (97 %) av 228 personer ≥ 65 år med lågt Hb har kroniska sjukdomar och står på olika mediciner medan resterande 6 (3 %) personer som var friska(hade ingen dokumenterad kronisk sjukdom i journalen).

Av de 222 personer med kroniska sjukdomar var det 52 (23 %) som hade diabetesbehandling medan 153 (69 %) personer hade blodförtunnande medicinering.

Konklusion

Sammanfattningsvis visar denna studie att anemi är ett relativt vanligt fynd på Skiftinge VC.

Förekomsten av anemi var vanligare hos äldre personer än yngre.

Det saknades anemidiagnos för 76 % av de 228 personerna ≥ 65 år med lågt Hb och för endast 24 % av patienter med lågt Hb fanns anemitypen dokumenterad. Orsaken till detta har inte studerats i detta projekt men fyndet indikerar behov av vidare diskussion på vårdcentralen av hur Hb-värden tolkas och utreds.

Inledning

Anemi är ett vanligt fynd vid ett stort antal sjukdomar och är ofta det som först ger symtom [1].

Att ange ett definitivt gränsvärde för anemi är svårt om man inte känner till individuella skillnader i Hb (hemoglobin) värde. Enligt Steinar Hunsbår 2007 är anemi eller lågt Hb definierat som Hb <110 för gravida, <120 g/l för fertila kvinnor i övrigt och <130 g/l för män och postmenopausala kvinnor och gränserna för barn varierar med åldern [1].

I Praktisk medicin [2] sägs att utredningskrävande anemi är då Hb sjunker till värden under 120 g/l hos kvinnor och under 130 g/l hos män.

Flera studier har visat att mortaliteten ökar och att underliggande sjukdomar förvärras vid anemi [1,3,4,5].

Anemin kan graderas i tre grupper: uttalad anemi, måttlig och lindrig anemi [1].

Anemiprevalensen ökar med stigande ålder och anses ibland som en del eller en följd av åldrandet. Tidigare studier har visat en varierande anemiförekomst mellan 8-44 % hos äldre med högst förekomst hos män ≥ 85 år [6,7,8].

Det finns en bakomliggande orsak till lågt Hb hos äldre. Så anemi ska anses som ett viktigt tecken till en allvarlig och troligen behandlingsbar sjukdom eller tillstånd [9,10].

Anemisymtom

Anemi är en vanlig diagnos hos äldre och det är lätt att upptäcka den med hjälp av Hb-prov. Men på grund av oklara symtomen är det ofta svårt att upptäcka anemi tidigt under sjukdomsförloppet.

Ofta kommer anemisymtomen smygande. Lindrig anemi kan förekomma utan symtom hos friska personer p.g.a. att kroppen gör fysiologiska anpassningar, men när anemin förvärras så kommer symtomen smygande [1]. I allmänhet kan man säga att anemisymtomen är: trötthet 38 %, yrsel 14 %, andfåddhet 3 %, medan 37 % är symptomfria.

Anemisymtomen har så väl låg sensitivitet som specificitet. Dessa symtom är inte specifika och man kan tänka sig att de symtomen uppstår av stigande ålder eller som biverkningar eller interaktion av mediciner som patienten har.

Patienter med hjärtsvikt, angina och claudicatio intermittens kan förvärras redan vid lindrig anemi.

Anemiorsaker

1. Blodförlust, minskad produktion eller hemolys.

Järnbrist är den vanligaste orsaken till anemi oberoende av ålder och utgör > 90 % av anemierna hos fertila, icke gravida kvinnor [1].

Järnbristanemi hos äldre personer är vanligtvis resultat av kronisk sekundär blodförlust p.g.a. en underliggande mag-tarm sjukdom t.ex. gastrit, esofagit, magsår-, och malignitet eller på grund av otillräckligt intag eller otillräckligt absorption. Denna typ av anemi tar vanligen lång tid att utveckla [11,12,13].

Vitamin B12-/eller folsyrabrist är mindre vanliga och uppkommer oftast i kombination med järnbrist. Lågt vitamin B12 kan ge upphov trötthet, dålig minne, dålig balans/yrsel, nedstämdhet och polyneuropati [2].

I tidigare studier framgår att 30 % av patienter som använder metformin utvecklar Vitamin B12- brist [1, 2, 3].

2. Anemi vid kronisk sjukdom

Många äldre personer lider av flera kroniska sjukdomstillstånd, vilket anses vara den vanligaste orsaken till geriatrisk anemi. Sekundär anemi till kronisk sjukdom utgör mer än en tredjedel av alla anemier hos äldre [13]. Anemi kan ha relation eller samband med inflammationer som utvecklas i närvaro av olika sjukdomar t.ex. malignitet, njursjukdom, kronisk infektioner och autoimmuna sjukdomar [13]. Inflammationsprocessen hämmar erytropoesen genom olika mekanismer [1, 14]. Denna typ av anemi kännetecknas av lågt serumjärn med normala eller ökade järndepåer [14].

Kronisk njursjukdom är vanligt hos äldre på grund av åldersrelaterad njurfunktionsförsämring samt kroniska sjukdomar som påverkar njurfunktion t.ex. diabetes. Det finns ett tydligt linjärt samband mellan förekomsten av anemi och njurfunktion det vill säga att anemi ökar med avtagande njurfunktion. Orsaken till detta är minskad erytropoetinproduktion vid njursvikt [13]. Därav bör kontroll av s-kreatinin ingå vid anemi utredning.

Patienter som har hypothyreos och hypofysinsufficiens kan också utveckla anemi som vanligen går i regress vid korrekt endokrinologisk behandling [1,15].

3. Oklar anemi

Flera studier har konstaterat att oklar anemi utgör en betydande andel av fallen av anemi hos äldre [15]. På senare tid har det framkommit flera förklaringsmodeller till detta fenomen, bland annat minskad produktion av faktorer som stimulerar Hb-produktion: förekomsten av inflammatoriska cytokiner, avvikelser i benmärgen (undanträngd nybildning av röda blodkroppar vid leukemi) och hormon brist (lågt erytropoetin vid njursvikt). Man kan tänka att vissa fall kan vara okända kroniska sjukdomar eller njursjukdom i tidigt skede eller odiagnostiserad myelodysplasi (MDS) [17, 18].

Anemi utredning/provtagning:

Utredningen börjar med att man letar efter en bakomliggande orsak till anemi (tecken av blödning, näringsbrist, kronisk infektion, njure- eller leversjukdom). Vid nyupptäckt järnbristanemi är det viktigt att undersöka mag-tarm kanalen som en möjlig källa.

Den rekommenderade utredningen/ provtagningen i primärvården innefattar:

1. Fullständig anamnes.
2. Fysisk undersökning: framförallt lymfkörtlar, lever, mjälte, sklerae, hjärta, lungor och per-rektum undersökning.
3. Hb, LPK, differentialräkning, TPK.
4. MCV, MCH och retikulocyter.
5. Inflammationsmått CRP och SR
6. F-Hb x3.
7. El-status inklusive kreatinin och kalcium.
8. Eventuell TSH, T4.
9. Urinsticka.
10. S-Fe, s-Ferritin, s-B12 och b-Folat.

Enligt svar på ovanstående prover ska man gå vidare med behandling och eventuell utvidgad utredning eller remiss till medicinkliniken vid behov [1,3].

Syfte

Att studera förekomsten av anemi (definierat som $Hb < 130\text{g/l}$ för män och postmenopausala kvinnor) bland konsekutivt insamlade Hb-prover under tre månader på Skiftinge vårdcentral. Hur fördelar sig Hb-värden bland olika åldersgrupper? Finns skillnader mellan könen? Hur stor andel av personer med lågt Hb har kroniska sjukdomar (diabetes, njursjukdom, hypertoni, hjärt-kärl-sjukdomar)? Dokumenteras anemidiagnos i journalen och utreds typen av anemi och i vilken grad i så fall?

Metoder

Undersökningen genomfördes som en retrospektiv studie med journalgranskning på Skiftinge vårdcentral. Med fokus på alla äldre personer som har sökt vårdcentral och gjort Hb-prov under tre månader och jämföra resultat med andra studier.

Skiftinge VC hade vid studiens genomförande mer än 14000 listade personer.

Läkarbemanningen då bestod av: 3 distriktsläkare, 6 ST läkare, 1 barnläkare, 1 AT läkare och 1-2 hyr-doktorer.

Vissa av ST-läkarna är på sidoplacering och arbetar därför bara en dag/veckan på vårdcentralen. Varje läkare har minst 7-8 patienter/dag (akuta och planerade).

En lista på alla patienter som genomgått Hb-provtagning (Hb-värde samt personnummer) rekviderades från sjukhuslaboratoriet (Unilabs). För patienter med upprepad Hb-provtagning under studietiden har enbart det första provet registerat. Samma mätmetod för bestämning av Hb användes för samtliga patienter baserat på venös provtagning.

Under perioden 120201–120430 gjordes för samtliga 610 patienter ≥ 65 år en journalgranskning avseende anemidiagnos, prover, riskmarkörer: nuvarande kroniska sjukdomar (hjärtkärlsjukdomar, njursjukdom, hypertoni, diabetes). Även behandling med trombyl, waran och diabetesmediciner dokumenterades.

Dessutom eftersökts dokumentation av anemidiagnos samt om anemiutredning utförts.

Statistisk analys

Uppgifterna sammanställdes i tabeller och resultaten presenteras gruppvis avseende ålder, kön, tidigare sjukdomar, mediciner, Hb-värde och om patient fått behandling eller vidare utredning.

Analys för kategoriska variabler genomfördes med CHI-två test för att bedöma statistiskt signifikans. Ett p-värde < 0.05 bedöms som statistiskt signifikant.

Etisk aspekter

Denna studie är en retrospektiv journalgranskning, vilket inte påverkar patienternas handläggning, men resultaten från studien kan hjälpa oss för att utveckla och förbättra vårt arbetssätt. Resultaten presenteras på grupp nivå, dvs. att det inte går att spåra enskilda patienters identitet. Därav bedöms det att extern etisk granskning för studien inte var nödvändig. Genomförande av studien är dock godkänt av verksamhetschefen på Skiftinge VC. Vi kan inte spåra patients identitet på något sätt i denna studie. Så vi ansåg någon extern etisk granskning inte vara nödvändig.

Resultat

Under 120201 till 120430 gjordes 5777 besök på vårdcentralen Skiftinge, fördelat på 2300 (40 %) akuta och 3477 (60 %) planerade besök. Personer ≥ 65 år hade totalt 2132 besök varav 1518 (71 %) planerade och 614 (29 %) akuta besök (Tabell 1).

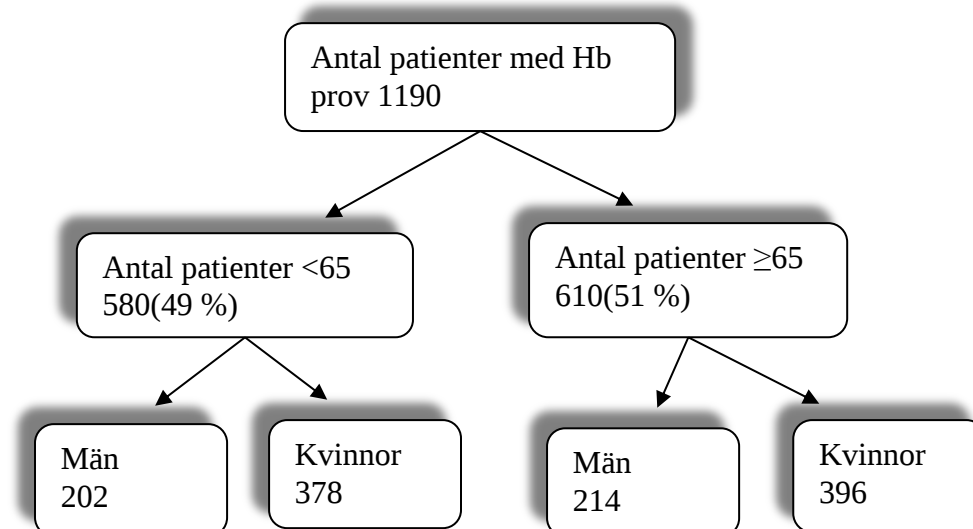
Fördelningen av besök och förekomst av anemi i åldersgrupperna över respektive under 65 år beskrivs i tabell 1.

Tabell 1 Fördelningen av besök och förekomst av anemi i åldersgrupper på Skiftinge VC under 120201- 120430

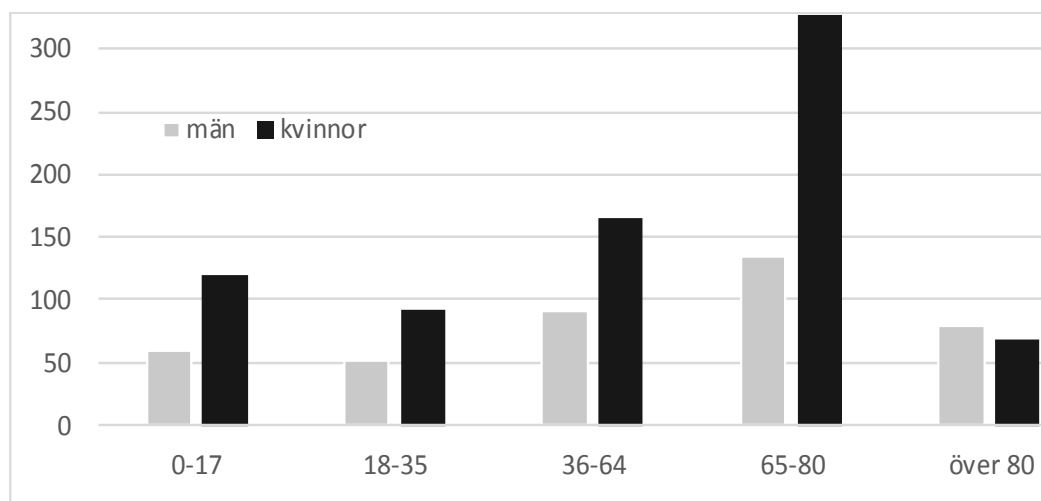
Besök	Totalt	Planerade	Akuta
Totalt	5777	3477 (60 %)	2300 (40 %)
≥ 65 år	2132	1518 (71 %)	614 (29 %)
≥ 65 år med Hb<130	228	121 (53 %)	107 (47 %)
<65 år med Hb<130	54	21 (39 %)	33 (61 %)

Journalgranskning visar att det totalt undersöktes 1190 (21 % av totala patienter som sökte VC) patienter med Hb-prov under studietiden. I Figur 1 och 2 presenteras förekomsten av provtagning fördelat på män respektive kvinnor, i olika åldersgrupper.

Figur 1. Ålders- (< respektive ≥ 65 år) och könsfördelning av patienter som genomgått Hb-provtagning.



Figur 2. Fördelning av patienter som genomgått Hb-provtagning mellan åldersgrupper och kön



Tabell 2. Fördelning av personer med lågt Hb enligt åldern och kön

	<65år + lågt Hb (Män <130, kvinnor <120)	≥65år + Hb <130	≥65 + Hb <120
Totalt	54 (9 %)	228 (37 %)	103 (17 %)
Män	9 (4 %)	63 (29 %)	33 (15 %)
Kvinnor	45 (12 %)	165 (42 %)	70 (18 %)

Av de 228 patienter ≥65 år med lågt Hb noterades vid journalgranskning att 3 % inte hade någon dokumenterad diagnos för kronisk sjukdom eller pågående medicinering. Övriga 97 % hade dokumenterad kronisk sjukdomsdiagnos och pågående medicinering. Vid journalgranskningen fokuserades på vissa mediciner som var antingen blodförtunnande (waran, trombyl) eller diabetes-behandling.

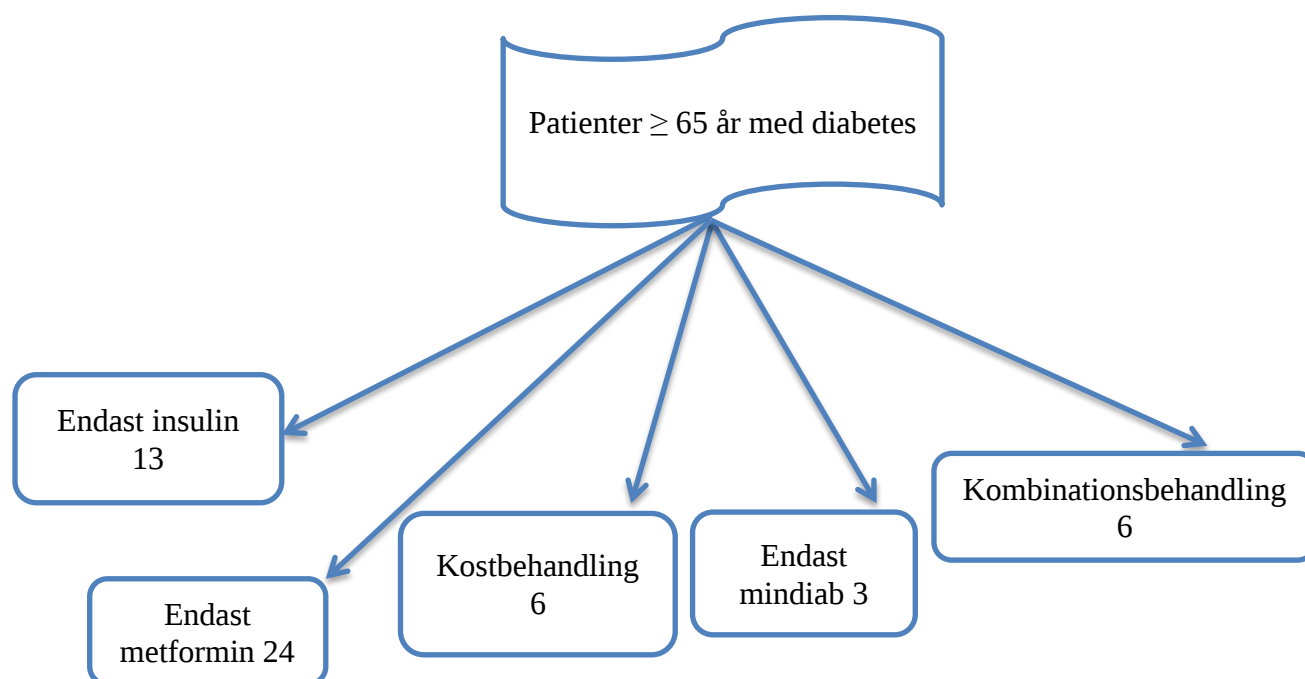
I tabell 3 framgår fördelningen av patienter med kroniska sjukdomar med normal respektive lågt Hb avseende mediciner. Medicinerna är fördelade på blodförtunnande och andra (icke blodförtunnande) mediciner (Detta enligt medicinlistor och diagnos dokumentation i patienternas journaler.)

Tabell 3. Patienter ≥65 år med behandling för kroniska sjukdomar fördelat på Hb-nivå (< eller > 130 g/l).

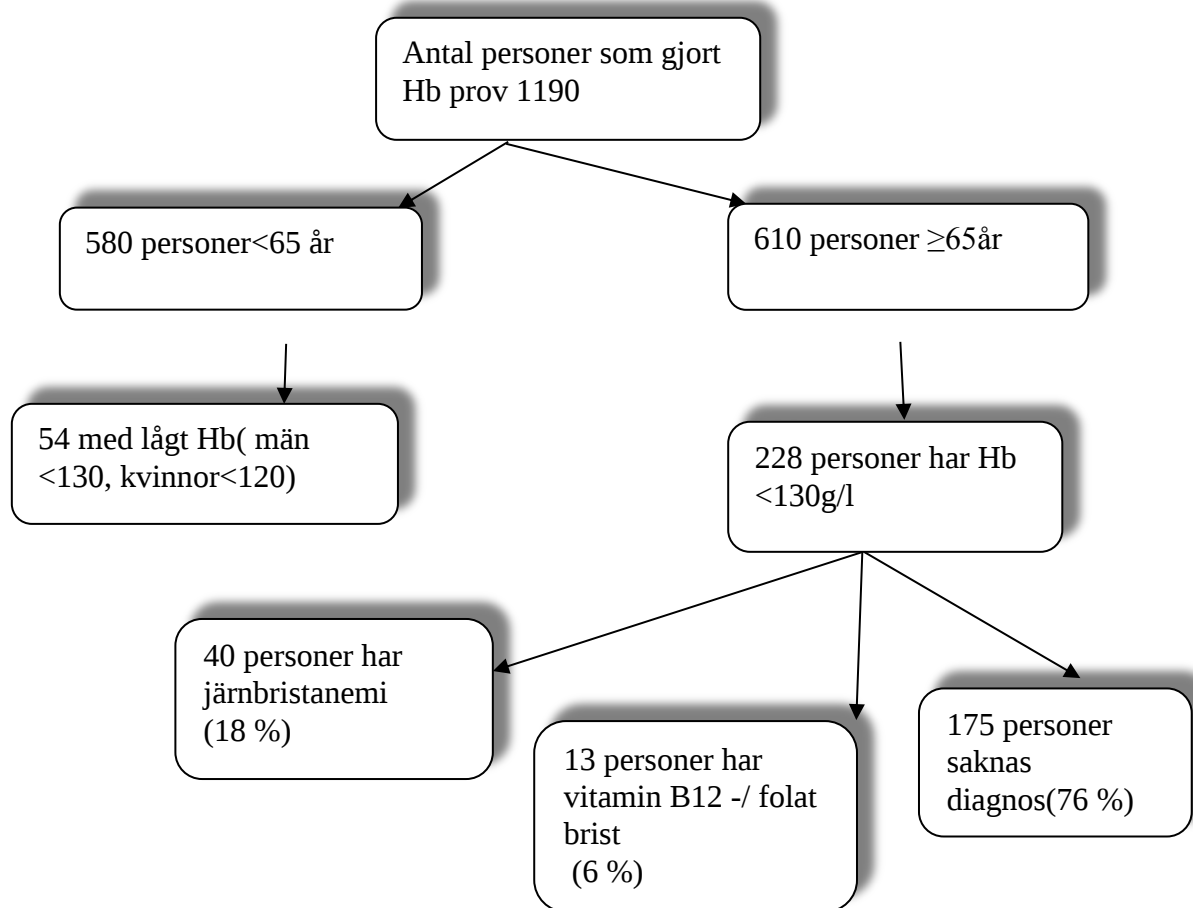
	Hb > 130	Hb < 130
Patienter med blodförtunnande behandling	170 (63 %)	153 (69 %)
Patienter med andra mediciner (ej blodförtunnande)	98 (37 %)	69 (31 %)
Totalt	268	222

Chi-två=1.63. P värdet 0.20.

Figur 3. Fördelning av patienter ≥ 65 år avseende diabetesbehandling.



Figur 4. Fördelningen av anemier som påvisats vid journalgranskning hos de 228 personer som är ≥ 65 år, avseende järnbrist, vitamin B12-/ folatbrist och avsaknad av anemidiagnos.



Diskussion

Studien visar att anemi är ett relativt vanligt fynd på Skiftinge VC. Förekomsten av anemi var vanligare hos äldre personer än yngre, vidare var lågt Hb vanligare hos kvinnor än män. Det saknades anemidiagnos hos tre fjärdedelar av patienterna med lågt Hb. 175 av 228 personer (76 %) ≥ 65 år med lågt Hb saknade anemidiagnos. Hos patienter med lågt Hb var förekomsten av kroniska sjukdomar vanligare än hos de friska.

Anemi hos äldre är förknippat med sämre livskvalitet, signifikant morbiditet och dödlighet[18], varför det är viktigt att varje distriktsläkare är väl förtrogen med hur man ska utreda och handlägga anemi.

Syftet med denna journalgranskning på Skiftinge vårdcentral i Eskilstuna var att studera förekomsten av lågt Hb (definierat som Hb < 130 för män och postmenopausala kvinnor), bland konsekutivt insamlade Hb-prover hos personer som sökte vårdcentralen under tre månader med fokus på personer som är ≥ 65 år. Ett ytterligare syfte med studien var att undersöka om det finns en association mellan kronisk sjukdom (diabetes mellitus, njursjukdom, hypertoni och hjärtsjukdomar) och lågt Hb.

Denna studie visar att anemi är ett vanligt fynd hos personer ≥ 65 år som sökte vårdcentralen och förekomsten av anemi var hög 228 av 610 ≥ 65 år. Hos de 580 personer <65 år sågs anemi hos 54 personer.

Vidare är lågt Hb vanligare hos kvinnor än män (se tabell 2), detta överensstämmer med tidigare presenterade studier som säger att lågt Hb är vanligt hos äldre och vanligare hos kvinnor [2,8,9].

Det finns flera studier som visar att förekomst av kronisk sjukdom (diabetes mellitus, hypertoni, hjärtsjukdom, njursjukdom) är förenat med större risk för att få anemi[2,8,9,16]. I denna studie noterades att bland 228 personer (≥ 65 år) med lågt Hb hade 6 personer ingen dokumenterad kronisk sjukdom. De övriga 222 hade dokumenterade kroniska sjukdomar med pågående medicinering. Av de 222 personerna hade en majoritet (69 %) blodförtunnande mediciner och återstoden (31 %) andra (icke blodförtunnande) mediciner (se tabell 3).

Tidigare studier konstaterades att anemi p.g.a. vitamin B12 brist är relativt vanligt förekommande vid metforminbehandling [2]. Även i denna studie noterades att ett flertal anemipatienter med diabetes behandlades med metformin (figur 3).

Tidigare studier har visat att järnbrist som orsakas av blodförlust är den vanligaste typen av anemi [1,2,4]. I denna studie var det svårt att beräkna vilken den vanligaste typen av anemi är p.g.a. att 175 av 228 personer (76 %) ≥ 65 år med lågt Hb saknade anemidiagnos (figur 4). Av de 175 som saknade anemidiagnos är 97 kvinnor och 63 personer >80 år. Det är fullt tänkbart att läkare tagit hänsyn till problemet men inte dokumenterat detta. Detta kan bero på att vi tolkar Hb värdet hos äldre på flera olika sätt. Läkarens bedömning och kanske även provtolkning varierar från fall till fall. Vissa studier visar att från 70 års ålder sker en successiv nedgång av Hb [1,2]. Detta kan leda till en spekulering att vissa läkare bedömer att lågt Hb är ett normalt fynd hos äldre personer.

Det kan inte sägas vilken den vanligaste typen av anemi är hos äldre i denna population. Men vi tycker oss kunna säga att avsaknad av typen av anemi är den vanligaste diagnosgruppen, gäller för 175 av de 228 med anemi, (se figur 4). Anemi tillsammans med annan kronisk sjukdom var en stor grupp funna efter journalgranskning för 222 av de totalt 228 personer som hade lågt Hb <130 g/l, av de som är ≥ 65 år.

Anemi hos äldre är ett vanligt tillstånd och är ett betydande globalt hälsoproblem som inte får glömmas bort. Man måste bli uppmärksam för att kunna utreda och bedöma den rätt p.g.a. att anemipatienter kan uppvisa flera symtom och påverka många sjukdomar t.ex. hjärtsvikt kan bli sämre vid anemi [4,5]. Tidigare har studier visat att behandling av anemi vid kroniska sjukdomar kan minska anemikomplikationer och detta kan förbättra hälsorelaterad livskvalitet [5].

Det är primärvården som i första hand handlägger anemi och därför bör vi ha god kunskap om utredning och behandling för att minska komplikationer och dödlighet hos gamla multisjuka personer, t.ex. så ökar anemi risk för funktionsnedsättning och kan ge kognitiv svikt som ökar risk för demensutveckling. Det finns brister i hur anemi utreds och behandlas och detta kan beror på att det inte finns någon konsensus om vilka Hb-nivåer man skall använda vid anemidiagnos. Det gör att vi inte dokumenterar diagnosen på rätt sätt och att det saknas dokumenterad bidiagnos (figur 4).

Styrkor och svagheter.

Denna studie har liksom andra studier styrkor och svagheter:

Exempel på styrkor är: att denna studie har ganska stort och konsekutivt materialet. En och samma granskare genomförde studien. Vi har ett bra journalsystem som ger tillgång till tidigare sjukdom.

Svagheter orsakade av svårigheter att definiera kronisk sjukdom. Bristande dokumentation gör att det är svårt att veta hur läkaren har tänkt. Denna studie har sämre kvalitet p.g.a. det är en retrospektiv undersökning. Vi har endast granskat journalerna för patienter med lågt Hb och därmed gått miste om att göra jämförelse för riskmarkörerna. Svårigheten att definiera en cutt-off för Hb som är tillförlitlig. Vi studerade inte hur stor andel av metforminbehandlade personer på Skiftinge VC som har normalt Hb-värde därför vi kunde inte säga att det finns en relation mellan metforminbehandling och lågt Hb-värde.

Förekomsten av kroniska sjukdomar hos personer med normalt Hb kan vara exakt lika stor som hos personer med lågt Hb, men detta studerades inte i denna studie. Därför kunde vi inte jämföra dessa grupper med statistiska metoder.

– Avslutningsvis kan man hålla med de studier som säger en bättre definition av anemi är den som baserad på Hb-värde som är kopplat till bäst möjliga hälsa, även om det leder till att en större grupp av befolkningen ska anses ha anemi “Anemia might be better defined on the basis of a hemoglobin rang associated with the best possible health outcomes, even if such a definition results in a much larger group of people being classified as anemic”[19].

Konklusion

Sammanfattningsvis visar denna studie att anemi är ett relativt vanligt fynd på Skiftinge VC. Förekomsten av anemi var vanligare hos äldre personer än yngre.

Det saknades anemidiagnos för 76 % av de 228 personer ≥ 65 år med Hb < 130 g/l. vidare hade 24 % totalt: järnbristanemi (18 %) eller vitamin B12-/ folatbrist (6 %). Orsaken till detta har inte studerats i detta projekt men fyndet indikerar behov av vidare diskussion på vårdcentralen av hur Hb-värden tolkas och utreds.

Referenser

1. Hunskaar S, Hovellius B, redaktörer. Allmänmedicin(2:a utg.). Lund: studentlitteratur; 2007.
2. Medin L-O, Sahlquist M. Praktisk medicin. 19:e upplagan. Uddevalla; 2011.
3. Birgegård G, Björkegren K, Ljung R. Läkemedelboken.19: upplagan. Uppsala; 2014.
4. Eriksson B. Handlägga järnbrist en viktig uppgift för primärvården. Läkartidningen. 2015; volym 112(11), 540-541.
5. Swedberg K. Behandling av järnbrist minskar symtom vid kronisk hjärtsvikt. Läkartidningen.2015;112(11), 537-539.
6. Gaskell H, Derry S, Moore RA and McQuay HJ. Prevalence of anemia in older persons: systematic review. BMC Geriatrics. 2008 ;(8:1 doi: 10.1186/1471-2318-8-1).
7. Bross MH, Soch K, Smith-Knuppel T. Anemia in Older Persons. Am Fam Physician. Sep. 2010; 82(5):480-487.
8. Salive ME, Cornoni-Huntley J, Guralnik JM, Phillips CL, Wallace RB, Ostfeld AM, Cohen HJ. Anemia and hemoglobin levels in older persons: relationship with age, gender, and health status. J Am Geriatr Soc. May 1992; 40(5):489-96.
9. Joosten E1, Pelemans W, Hiele M, Noyen J, Verhaeghe R, Boogaerts MA. Prevalence and causes of anemia in a geriatric hospitalized population. Gerontology. 1992; 38(1-2):111-7.
10. Berkow R, Fletcher AJ, editors. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. Sixteenth edition. Rahway, N.J; 1992.
11. Rocky DC, Gello JP. Evaluation of the Gastrointestinal Tract in Patients with Iron-Deficiency Anemia. The new England journal of medicin. 1994; 329; no.23.
12. Joosten E, Ghesquiere B, Linthoudt H, Krekelberghs F, Dejaeger E, Boonen S, Flamaing J, Pelemans W, HieleM, Gevers A-M. Upper and lower gastrointestinal evaluation of elderly inpatients who are iron deficient. The American Journal of Medicine. July 1999;Volume 107, Issue 1:24–29.
13. Eisenstaedt R, Penninx BW, Woodman RC. Anemia in the elderly: Current understanding and emerging concepts. Blood Reviews. July 2006; Volume 20, Issue 4.
14. Ferrucci L,Richard D, Semba JM. Guralnik WB, ErshlerSB, Kushang VP, Richard KS , Woodman C, Andrews NC, Cotter RJ, Ganz T, Nemeth E, Longo DL. Proinflammatory state, hepcidin, and anemia in older persons. Blood Reviews. May 2010; 115(18).
15. Steensma DP, Tefferi A. Anemia in the Elderly: How Should We Define It, When Does It Matter, and What Can Be Done? MD Mayo Clinic Proceedings. 2007; Volume 82(8):958-966.
16. Guralnik JM, Eisenstaedt RS, Ferrucci L, Klein HG, Woodman RC. Prevalence of anemia in persons 65 years and older in the United States: evidence for a high rate of unexplained anemia. Blood Reviews. 2004; 104: 2263-2268.
17. Price EA, Mehra R, Holmes TH, Schrier SL. Anemia in older persons: etiology and evaluation. Bloodcells, molecules and diseases.2011;46(2):159.
18. Waalen J, Von Löhenysen K. Heparidin and testosteron levels in a large kohort of elderly individuals with anemia of known and unknown cause. Erythropoietin GDF 15, IL6. EUR J haematol. 2011; 87:107.
19. Boehringer P A, Darden I L. The quest for the normal hemoglobin concentration. Blood Reviews. 2006; 108:777.