

”Hjärtsjukvården ojämlig”

# Skillnader i behandlingen ger skillnader i överlevnad

**Den svenska vården av patienter med hjärtinfarkt är fortfarande långt ifrån jämlik. Skillnaderna mellan olika sjukhus är så stora att det till och med ger utslag i dödstalen. De som behandlas på universitets- och regionsjukhus klarar sig bäst.**

Tidiga kranskärlsrepp med ballongvidgning eller kranskärlskirurgi i kombination med kolesterolsänkande statiner minskar t ex dödligheten. Men långt ifrån alla patienter får den behandlingen.

Det konstaterar Lars Wallentin, professor och hjärtspecialist vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Han förutspår att hjärt-kärlsjukdomarna, i och med att vi blir allt äldre, kommer att öka och bli dominerande på 2000-talet och att de därmed kommer att påverka sjukvården kraftigt. Därför behövs en ökad satsning på hjärtsjukvården inte minst vad gäller kranskärlsrepp, anser han.

Varje år tas 90 000 patienter in för hjärtintensivvård i vårt land. Av dessa har 50 000 antingen hjärtinfarkt eller instabil angina pectoris. Vården kostar 1,5 miljarder kronor och dessutom görs kranskärlsrepp eller ballongvidgning för 1 miljard kronor.

## Långtidsöverlevnaden ökar – men långsamt

Överlevnaden efter hjärtinfarkt ökar. Det beror på att patienterna generellt får en bättre behandling nu än tidigare.

Men de positiva siffrorna gäller främst korttidsöverlevnaden. Efter ett år är bilden inte längre lika ljus, då är sänkningen i dödstalen betydligt mindre.

Siffrorna finns i det nationella registret för hjärtintensivvård, Rikshälsa, dit i stort sett alla svenska sjukhus numera rapporterar. Lars Wallentin berättar:

– Vi kan med hjälp av registret se att de moderna behandlingarna som minskar dödligheten vid akut hjärtinfarkt används ganska olika på olika sjukhus. Det har förvånat oss. Behandlingsriktlinjerna är ju rätt lika, men ändå är behandlingskulturen och behandlingsmöjligheterna väldigt olika.

Han pekar på de senaste siffrorna i

registret från 1998. Då är det sju delar i behandlingen som klart tycks minska dödligheten i hjärtinfarkt: blodproppslösande behandling, ASA, lågmolekylärt heparin, beta-blockad, ACE-hämmare, statiner och tidiga kranskärlsrepp.

Användningen av dessa varierar emellertid, ibland mycket, från sjukhus till sjukhus.

Lars Wallentin har ett färdigt recept på hur ett optimalt omhändertagande av en hjärtinfarktpatient borde se ut:

1. Omedelbart, kanske redan i hemmet eller i ambulansen, ska patienten få blodproppslösande behandling med trombolytiskt läkemedel tillsammans med ASA (acetylsalisylsyra). Det ska ske vid första kontakten med sjukvården. Eventuellt kan man även tänka sig att ge ytterligare något intravenöst blodproppshämmande läkemedel.

2. Väl på sjukhuset ska man med moderna metoder snabbt ställa diagnos med EKG och blodprov. På det sättet kan man idag oftast veta exakt vad patienten drabbats av på 15 – 20 minuter.

3. Skyddande läkemedelsbehandling med betablockerare och ACE-hämmare ska ges.

4. Sedan finns det all anledning att hos patienterna där det är rimligt att göra ett kranskärlsrepp företa en kranskärlsröntgen.

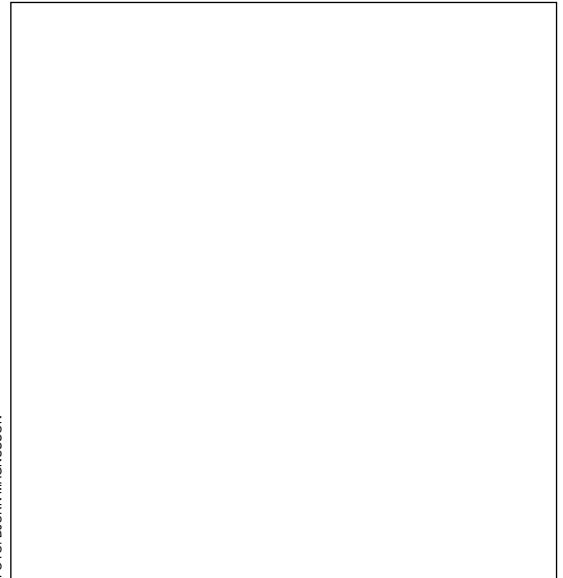
5. Vid allvarliga kranskärlsförändringar ska ballongvidgning eller bypasskirurgi utföras.

6. Patienten bör vid hemgången få med sig ASA, beta-blockerare, ACE-hämmare och kolesterolsänkande statiner.

## Programmet används på moderna sjukhus i USA

Lars Wallentin understryker att exakt så här går det till på de stora moderna sjukhusen såväl i USA som ute i Europa. Men i Sverige är det många sjukhus som inte har tillgång till dessa tekniker.

De mindre sjukhusen, menar Lars



Lars Wallentin utfärdar recept på hur en optimal behandling av en hjärtinfarktpatient bör se ut.

Wallentin, satsar väldigt ambitiöst på att få igång behandlingen tidigt t ex med EKG i ambulansen, tidig start med blodproppslösande mediciner och vidare medicinering enligt programmet.

Men eftersom de inte har kranskärlsröntgen och kranskärlsrepp tillgängliga på det egna sjukhuset så blir det en ekonomisk spärr som slår till.

## Mindre aktiva åtgärder

Han menar att besparingskraven på sjukhusen är en av bovorna. Det ska skrivas en specialistremsa från ett läns- eller sjukhus till ett universitetssjukhus. Det blir många steg och den som ska fatta beslutet är kanske inte ens den patientansvarige läkaren utan en annan läkare, som inte är så hemma i de moderna tekniker i hjärtsjukvården.

– Beslutet ska kanske dessutom passera någon direktör eller chefläkare som inte heller är informerad om de möjligheter vi har, hävdar Lars Wallentin.

Resultatet blir att läkarna på sjukhus där man inte kan fatta »patientnära» beslut tenderar att vara mindre aktiva i sina åtgärder.

– Det är till klar nackdel för patienterna, något som syns tydligt i vårt register, konstaterar Lars Wallentin.

Tom Ahlgren