

# Hög dödlighet bland hjärtinfarkt-patienter som inte vårdats på HIA

## Fördjupad analys nödvändig



**KURT BOMAN**, professor, överläkare, medicin-geriatrik-kliniken, Skellefteå lasarett; institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet  
kurt.boman@vll.se

Infarktvården har under de senaste decennierna genomgått betydande förändringar, vilket resulterat i markant bättre överlevnadsmöjligheter, minskad morbiditet och förbättrad livskvalitet för patienter med akut koronart syndrom. Åtgärderna att begränsa myokardskadan av ischemi har de senaste decennierna varit det grundläggande behandlingskonceptet [1].

Den framgångsrika infarktvården inleddes på 1960-talet med etablerandet av hjärtinfarktavdelningar (HIA), vilket framför allt avsåg att tidigt upptäcka och behandla livshotande hjärtarytmier. Inrättandet av HIA över hela landet var också en mycket viktig strukturåtgärd för senare behandlingsinriktningar såsom trombolys, antiischemisk behandling, angioplastik och koronar bypass-kirurgi.

### Mycket viktig artikel

De personer som numera vårdas får i regel också en mycket högkvalitativ vård, även om behandlingsresultaten varierar påtagligt över landet, enligt senaste RikshIA-statistiken [2].

En mycket viktig fråga i detta sammanhang är hur patienterna selekteras till vård på HIA respektive andra vårdavdelningar. Dessa avdelningar, som vanligen är medicinavdelningar, medicinska akutvårdsavdelningar eller »bröstsmärteenheter«, har annan kardiologisk kompetens och andra övervaknings- och behandlingsmöjligheter.

I detta perspektiv är därför artikeln av Johan Herlitz och medarbetare i detta nummer av Läkartidningen mycket viktig, eftersom den redovisar behandling, morbiditet och mortalitet hos samtliga patienter som vårdas på sjukhus med hjärtinfarkt och instabil angina med för-

höjda nivåer av myokardskademärkörer.

Att de som vårdas på HIA respektive andra vårdavdelningar skiljer sig åt beträffande bakgrundskaraktäristika, behandling, morbiditet och mortalitet är ju förväntat och i sig föga överraskande. Det nya i artikeln är att vi får en uppfattning om andelen och skillnaden mellan att vårdas på olika vårdnivåer.

Det kanske viktigaste med artikeln är att den lyfter fram fler mycket angelägna frågor än den ger svar på.

### Många medicinska skäl till val av vård

Många frågor rör naturligtvis det rent medicinska: Varför vårdades inte alla patienter med smärta och ST-höjningar på HIA? Hur många skulle ha vårdats på HIA om någon annan gjort den preliminära bedömningen? Vad är det som får jourhavande läkare att avstå från att lägga patienterna på HIA?

I många fall kan det vara uppenbara skäl som att patienten har andra allvarliga komplicerande sjukdomar som medför att målet med behandlingen endast är symtomlindrande eller palliativt.

En annan viktig anledning till inläggning på vanlig vårdavdelning kan vara att patienten har primärt andra tillstånd än akut koronart syndrom, såsom hjärtsvikt, slaganfall, förmaksflimmer eller svåra infektioner som också kan medföra troponinhöjning [3].

Orsaken till sådan troponinstegring är inte alltid lättolkad. Oftast kanske stegringen upptäcks följande dag, och i det läget är HIA-vård inte längre aktuell. Samtidigt är det väl känt att förhöjt troponin är associerat med ökad mortalitet [4].



Foto: Steve Allen/SPL

Utsätts vissa hjärtinfarktpatienter för en oacceptabel risk genom att behandlas på fel vårdnivå? Dödligheten för de patienter som vårdats på sjukhus men inte på HIA var dubbelt så hög som för HIA-vårdade, enligt en Göteborgsstudie som publiceras i veckans nummer av Läkartidningen.

I vissa fall kan valet av vårdnivå bero på felbedömningar, och särskilt svår är bedömningen hos patienter med atypiska symtom, vilket också framgår av artikeln. Särskilt gäller det för patienter som befinner sig i en gråzon av mer eller mindre typiska symtom och/eller EKG-förändringar. Hur stor denna andel är som befinner sig i gråzonen är ju svårt att veta, men icke desto mindre viktigt.

### Organisationen styr också vårdvalet

De flesta som arbetat på akutmottagning eller som varit bakjour vet att valet av vårdnivå inte enbart bestäms av medicinska vårdprogram. Ett antal andra fak-

### SAMMANFATTAT

**Hos alla sjukhusvårdade** patienter i Göteborgs kommun med hjärtinfarkt anges att långtidsprognosen var alarmerande sämre än vad som tidigare rapporterats.

**1-årsmortaliteten** var 30 procent och 3-årsmortaliteten 45 procent.

**Dödligheten** för ej HIA-vårdade var dubbelt så hög som för HIA-vårdade, och den justerade 3-årsmortaliteten var cirka 50 procent högre.

**Betydande** behandlingsskillnader fanns mellan grupperna.

torer, såsom antalet vårdplatser, vårdorganisation, klinikens ledningsfunktion, ekonomiska faktorer och påbjudna sparbeting, påverkar också beslutet. Situationen under semestertid med hög vikariatet och begränsat antal vårdplatser kan också ha betydelse för vilka patienter som läggs på HIA.

Det hävdas ofta att den medicinska säkerheten inte är hotad vid neddragning av vårdplatser på grund av sparbeting eller under semestertider. Många har säkert undrat hur man egentligen kan veta detta. Hur påverkar förändringar av antalet vårdplatser valet mellan att lägga patienter på HIA eller annan vårdavdelning?

Om denna situation varit sämre eller bättre i Göteborg än i andra delar av landet framgår inte, men dessa strukturåtgärder är också väsentliga för hur många som vårdas på HIA eller medicinsk akutsjukvårdsavdelning. I artikeln redovisas att enbart 60 procent av patienterna behandlas på hjärtinfarktavdelningen.

## Ej HIA-vård bör motiveras i journalen

Den kritiska frågan är hur många av de 40 procent som inte fick HIA-vård som egentligen skulle ha behövt sådan vård? Är 40 procent icke-HIA-vårdade en rimlig fördelning? Speciella omständigheter bör föreligga varför inte hjärtsviktpatienter med samtidig infarkt vårdas på HIA-avdelning, men detta framgår inte av artikeln från Göteborg.

En viktig journaluppgift borde vara att motivera varför HIA-vård inte ska genomföras. De patienter som prioriteras för HIA-vård förutsätts ju ha klara indikationer för detta, även om det hos 9 procent av HIA-patienterna i Göteborg saknades misstanke om hjärtinfarkt. Att motivera varför HIA-vård inte prioriteras skulle tydliggöra om det föreligger personal- eller annan resursbrist eller om det finns andra medicinska, psykologiska eller etiska skäl till att inte välja HIA-vård. Detta borde vara en lika självklar journaluppgift som att man motiverar val av olika andra behandlingsåtgärder.

Denna viktiga fråga kräver definitivt en djupare analys, som kanske inte är möjlig att göra i Göteborgsmaterialet men som behöver göras i framtida studier.

## Dålig prognos för ej HIA-vårdade

Prognosen var allvarlig för dem som inte vårdades på HIA, vilket kan ha rimliga

förklaringar. Det som oroar är ju de potentiellt allvarliga prognostiska konsekvenserna vid felprioritering av vårdnivå.

Johan Herlitz och medarbetare fann att en större andel patienter med hjärtsvikt och förmaksflimmer vårdades på annan avdelning än HIA. Denna patientgrupp har en sämre prognos och högre morbiditet och skulle kanske ha prioriterats för HIA-vård.

Måhända styrs vi mer av katastrofrisken än av den medicinska risken i val av vårdnivå. Hur mycket påverkas detta av rädslan att en yngre människa med relativt låg risk dör jämfört med om en äldre patient med hög risk dör?

Prognosen sammantaget visar ju också att 30 procent var döda inom 1 år, vilket är 50 procent högre än motsvarande siffra i Riks-HIA-materialet, där mortaliteten för patienterna i 70-årsåldern var 20 procent [2].

## Registerstudiers begränsningar

Denna studie belyser också en del av problemen med registerstudier, nämligen selektionen av patienterna i registret. Riks-HIA är ett utmärkt instrument för den interna kvalitetsgranskningen men inte för jämförelser mellan sjukhus, såvida inte hänsyn tas till alla patienter som vårdas på sjukhuset för hjärtinfarkt.

Trots justeringar för olikheter i infarktpopulationen kan skillnader mellan sjukhus i såväl mortalitet som kvalitetsparametrar bli alltför beroende av hur man väljer vilka patienter som ingår i registret. De HIA-vårdade fick också mer lipidsänkare, betablockerare och ACE-hämmare. Behandling enligt riktlinjer och vårdprogram är erfarenhetsmässigt lättare att genomföra hos dessa patienter än hos dem som vårdas på andra avdelningar. Icke-HIA-vårdade är äldre och har ofta fler komplicerande sjukdomar, vilket gör dem mer benägna för biverkningar, och profylaktisk behandling är inte alltid ett självklart val. Den individuella känsligheten, avvägningen av för- och nackdelar och intensiteten av behandlingen kan, enligt min egen erfarenhet, vara mer svårbedömd och komplicerad hos dem som inte vårdas på HIA.

Detta illustreras väl i arbetet från Göteborg liksom i Socialstyrelsens rapport om jämförelser i vården [5].

Författarnas slutsats att vi behöver

kartläggning av båda grupperna av infarktpatienter är mycket viktig att beakta vid tolkningen av registerdata. Det är särskilt angeläget utifrån den massmediala uppmärksamhet som ges vid presentationen av Riks-HIA-data med åtföljande värderingar av infarkt vården vid olika sjukhus.

## Angelägna frågor – fler studier krävs

Sammantaget är denna studie mycket betydelsefull genom att den fäster uppmärksamheten på betydelsen av att beakta hela populationen med hjärtinfarkt. Naturligtvis kan denna studie utifrån sin retrospektiva karaktär med åtföljande begränsningar inte vara annat än hypotesgenererande, men den lyfter fram viktiga frågor inom dagens infarktvård.

Flera fördjupade och större studier krävs för att belysa de angelägna frågor som denna studie aktualiserar beträffande vårdorganisation, behandling, registerhantering och inte minst valet av vårdnivå.

Kunskapen om dessa processer är naturligtvis utomordentligt viktig för att dra riktiga slutsatser om dagens infarktvård och – inte minst – vi behöver få veta om vissa patienter med hjärtinfarkt utsätts för oacceptabel risk genom att behandlas på fel vårdnivå.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

1. Van de Werff F, Ardissino D, Betriu A, Cokkinos DV, Falk E, Fox KA, et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2003;24(1):28-66.
2. Årsrapport Riks-HIA 2006. <http://www.ucr.uu.se/rikshia>
3. Jeremias A, Gibson CM. Narrative review: alternative causes for elevated cardiac troponin levels when acute coronary syndromes are excluded. *Ann Intern Med*. 2005;142(9):786-91.
4. Waxman DA, Hecht S, Schappert J, Husk G. A model for troponin I as a quantitative predictor of in-hospital mortality. *J Am Coll Cardiol*. 2006; 48(9):1755-62.
5. Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2007. 2007-131-41. <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2007/9762/2007-131-41.htm>