

VÅRD VID HJÄRTSVIKT KAN BLI BÄTTRE

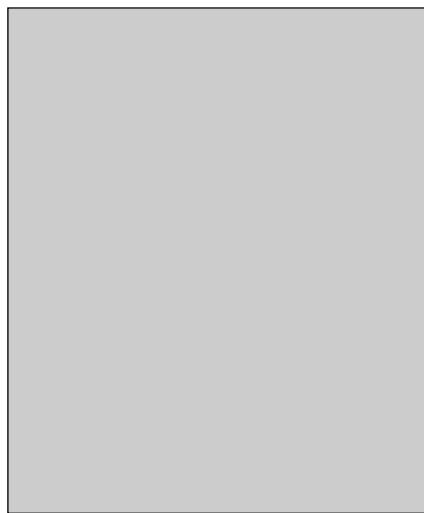
Med förbättrad diagnostik, klarare riktlinjer och ökat engagemang hos patient och anhöriga kan hjärtsjukvården göras både bättre och billigare. Alla patienter med en så allvarlig diagnos som hjärtsvikt bör till exempel i ett tidigt stadium undersökas med ekokardiografi.

Det finns anledning att uppmärksamma hur man bäst åstadkommer en väl fungerande behandlingsstrategi för hjärtsviktspatienter. Hjärtsvikt är ett vanligt tillstånd som ökar i omfattning och prognosen är allvarlig. De diagnostiska möjligheterna har förbättrats, inte minst genom ett ökat utnyttjande av ekokardiografi, och vi har de senaste åren fått bättre behandlingsmöjligheter. Utsikterna för hjärtsviktspatienter bör därför te sig ljusare än förr. Det dagliga arbetet med patienterna talar ändå för att det kvarstår problem vad gäller att utnyttja dessa nya möjligheter. På goda grunder kan man anta att bättre strategi för omhändertagande och behandling skulle vara till glädje för såväl patienter som sjukvårdsutövare. I det följande diskuteras några punkter att beakta i ett sådant program.

Förbättrade strategier behövs för såväl patienterna som den medicinska professionen och även för hälso- och sjukvårdsorganisationen. Med ökade kunskaper förbättras patienternas förmåga att förstå sin sjukdoms olika yttningar, och de kan genom detta bättre medverka i behandlingen.

I dagens sjukvårdssystem kommer allt fler patienter, även med förhållandevis besvärlig hjärtsvikt, att hänvisas till allmänpraktiserande läkare för såväl första kontakt som fortsatt kontroll. Där vore en utökad sjuksköterskemedverkan i behandlingen välkommen. Kun-

skaper om diagnostiska och terapeutiska insatser bör med hänsyn till detta spridas till en bred del av den medicinska professionen. Sambandet mellan den sjukhusbaserade specialistvården och



Flera studier visar hur svårt det är att ställa en korrekt hjärtsviktsdiagnos, speciellt i ett tidigt skede. Distriktsläkarna är de som i huvudsak tar emot patienter med lätt hjärtsvikt och därmed får de största diagnostiska svårigheterna. Personerna på bilden har inget samband med artikeln.

primärvården bör samtidigt förstärkas.

Som framgår av Figur 1 kan hjärtsviktens naturalhistoria uttryckas i ett koordinatsystem där arbetsförmåga, till exempel maximalt syrgasupptag, avstäms mot ett tidsförlopp. I början av detta behöver det inte föreligga några för patienten iakttagbara symtom som tyder på hjärtsvikt. Hjärtfunktionen kan dock vara störd. Nuvarande kunskap visar att när en sådan hjärtmuskelpåverkan väl startat kan den bli självgenere- rande. I detta läge bör strategin vara förebyggande. Senare, allteftersom symtom utvecklas, blir det aktuellt med behandlande åtgärder. Under hela förloppet finns risk för plötsliga försämringar t ex i samband med hjärtinfarkt.

En rimlig vårdstrategi måste utformas efter varje patients individuella behov. Den skall sättas in tidigt. Första- handsmålet måste alltid vara att bromsa

hjärtsviktens naturalhistoria. Om detta inte är möjligt är ett andrahandsmål att förskjuta försämringen av tillståndet framåt i tiden. Det är förstås lika viktigt att upptäcka en operabel aortaklaffsjukdom i tid som att hantera en blodtrycksförhöjning eller traditionella riskfaktorer för kranskärslssjukdom, för att nämna några exempel på vad tidig vårdstrategi bör innehålla. Symtomatisk läkemedelsbehandling kommer i ett senare skede men kräver även den sin planläggning.

Svårt ställa rätt diagnos

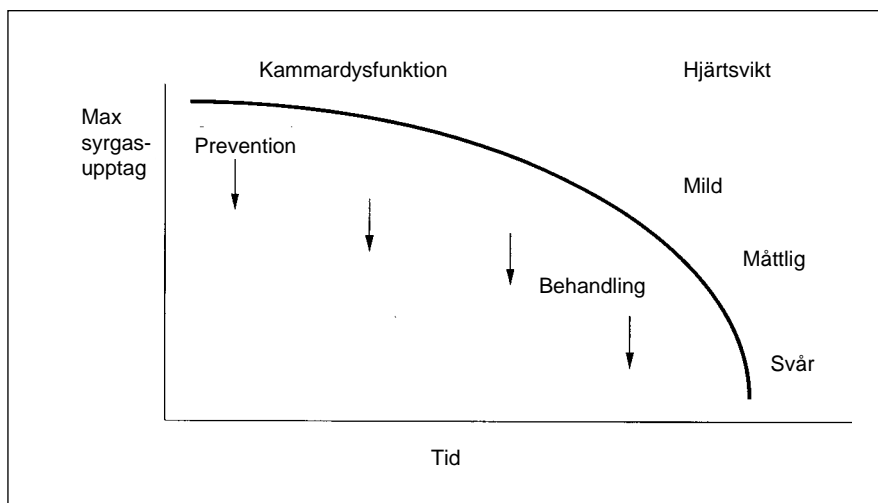
Hjärtsvikt är ett syndrom som, särskilt i tidigt skede, är svårdiagnostiserat. De för hjärtsvikten typiska symtomen trötthet och andfäddhet förekommer vid många sjukdomar. I Finland gjorde Remes och medarbetare [1] en undersökning omfattande 88 patienter som av distriktsläkare erhållit diagnosen nyupptäckt hjärtsvikt. Samtliga bedömdes vid en specialistklinik. Därvid utgick man från de så kallade Bostonkriterierna (Tabell I) i kombination med kännedom om undersökningsfynden vid besöket hos specialistläkaren och fortlöpande information under en uppföljningsperiod. De symtom som ursprungligen fört de 88 individerna till läkare var dyspné (93 procent), trötthet (59 procent) samt ödem (38 procent). En patient kunde ha flera symtom. Efter specialistbedömningen ansågs den ursprungligen ställda hjärtsviktsdiagnosen vara definitiv, möjlig eller osannolik. Resultatet har sammanställts i Tabell II. Hos de kvinnliga patienterna bedömdes nära hälften av hjärtsviktsdiagnoserna vara osannolika. Gemensamt för dessa kvinnor var att de led av övervikt, viss andfäddhet och ödem.

I en liknande undersökning utgick Clarke och medarbetare [2] från hjärtsviktsdiagnoser ställda av allmänpraktiker i Nottingham Health District. Man analyserade hur dessa patienter hant- rats i samband med att de fått diagnosen. Av 281 individer hade 74 procent remitterats till hjärtspecialist för värdering. EKG fanns registrerat hos 80 procent (varav distriktsläkarna sört för 19 procent). Ekokardiografi hade utförts i 31 procent av fallen. Två procent av

Författare

LARS RYDÉN

professor, verksamhetschef, kardiologiska kliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm.



Figur 1. Schematisk illustration av hjärtsviktens naturalhistoria och därmed förknippat behov av behandlingsstrategier.

dessa var normala. Inte fler än 17 procent av patienterna hade behandlats med ACE-hämmare. Endast 2 procent hade behandlats med ACE-hämmare och ordinerats av allmänpraktikerna. Slutsatsen var att de diagnostiska åtgärderna varit otillräckliga. Det borde vara självklart att varje patient med en så allvarlig diagnos som hjärtsvikt får genomgå ekokardiografi och EKG.

I Sverige har Dahlström och medarbetare [3] nyligen redovisat en under-

Tabell I. Bostonkriterierna för diagnostik av hjärtsvikt. Diagnosen hjärtsvikt är sannolik vid 8–12 poäng, möjlig vid 5–7 och osannolik vid mindre än 4 poäng.

	Poäng
Kategori 1: Anamnes	
Vilodyspné	4
Paroxysmal nattlig dyspné	3
Dyspné vid gång på slät mark	2
Dyspné vid trappgång	1
Kategori 2: Status	
Hjärtfrekvens 91–110	1
Hjärtfrekvens >110	2
Halsvenstas	2–3
Lungrassel	1–2
Tredje hjärtton	3
Kategori 3: Hjärt-lungröntgen	
Alveolärt lungödem	4
Hjärtförstoring	3
Pleuravätska bilateralt	3
Redistribution med ökat apikalt flöde	2

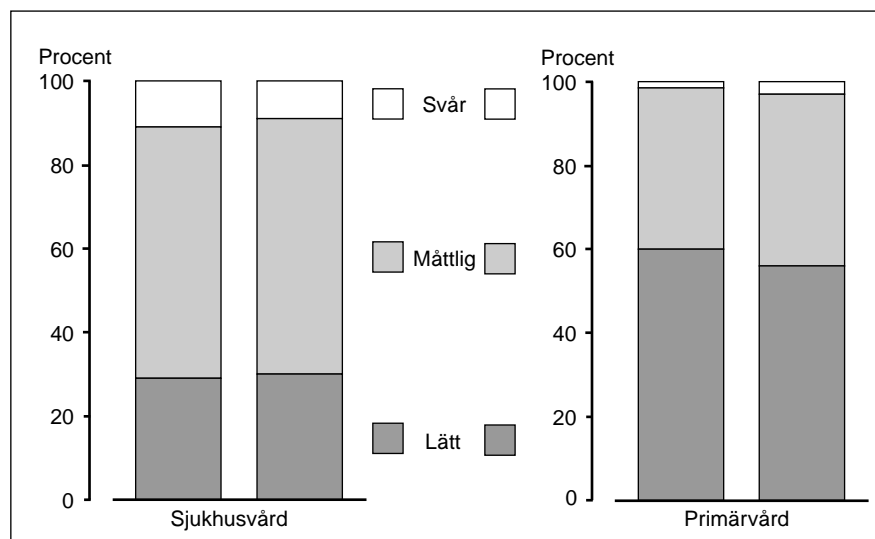
Tabell II. Diagnostisk validitet vid hjärtsvikt enligt Remes et al [1]. Samtliga patienter hade av distriktsläkare fått diagnosen nyupptäckt hjärtsvikt.

Hjärtsviktsdiagnosen	Män n=37 (procent)	Kvinnor n=51 (procent)
Definitiv	57	14
Möjlig	27	39
Osannolik	16	47

sökning där deltagande distriktsläkare erhöll allmän utbildning i hjärtsviktsdiagnostik samt fick instruktion i användandet av Bostonkriterierna. Man kom överens om att läkarna skulle diagnostisera nyupptäckt hjärtsvikt enligt dessa. Samtliga patienter skulle sedan remitteras till en specialist i kardiologi för klinisk värdering och ekokardiografi. Sammanlagt 202 patienter ingick. Av dessa hade 105 så låga och 10 så höga poäng att det inte förelåg någon tvekan om att diagnosen hjärtsvikt inte var aktuell respektive var helt självklar. Av patienter med 5–10 poäng rapporterades data för 39 individer som genomgått fullständig värdering. Av dessa hade endast 8 procent en ejektionsfraktion <40 procent, det vill säga många saknade tydliga tecken på nedsatt vänsterkammarmfunktion.

Dessa studier visar entydigt hur svårt det är att ställa en korrekt hjärtsviktsdia-

Figur 2. Fördelning av hjärtsviktspatienter av olika svårighetsgrad mellan sjukhusvård och primärvård 1993 respektive 1995. Källa: Hjärtsviktsbarometern, Sverige; 1995:1 (Navigare).



gnos, åtminstone i ett tidigt skede. I Figur 2 redovisas hur hjärtsviktspatienter av olika svårighetsgrad fördelar sig mellan läkare i öppen- respektive slutenvård. Det är inte förvånande att sjukhusläkare oftare ser patienter med svår till måttlig sjukdom, medan distriktsläkarna är de som huvudsakligen tar emot patienter med lätt hjärtsvikt. Det innebär dock att de minst specialiserade läkarna får de största diagnostiska svårigheterna.

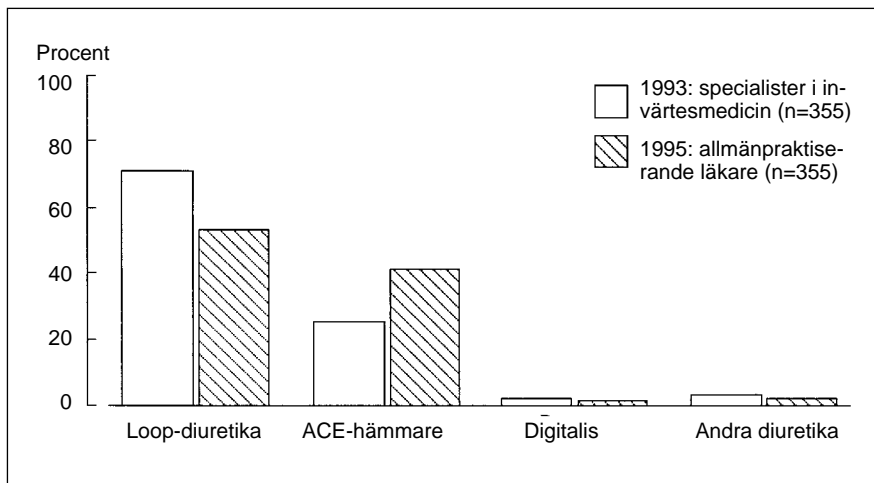
Slutsatsen är att alla patienter med diagnosen hjärtsvikt måste, helst tidigt i förloppet, undersökas med ekokardiografisk teknik, ibland även med arbetsprov och i vissa situationer kranskärlsröntgen (om man efter inledande undersökningar inte fastställt en uppenbar orsak till hjärtsvikten). Således bör hjärtsviktspatienter vid något tillfälle remitteras till en specialistmottagning, med möjligheter att snabbt och effektivt bidra till diagnostiken.

Särskilt i låtta fall finns en risk för överdiagnostik. Det är lika viktigt att dessa patienter får reda på vad de egentligen lider av som att de med hjärtsvikt får en korrekt behandling.

Det bör finnas klart fastställda riktlinjer för hur patienter skall överföras mellan primärvård och sjukhus för diagnostiska överväganden. Det bör dessutom anges vilka patienter som kan återsändas till primärvården för fortsatt uppföljning och behandling.

ACE-hämmare borde användas mer

Hjärtsviktsbehandling skall ske enligt i förväg fastställda målsättningar och riktlinjer (Tabell III). ACE-hämmare återkommer på flera ställen i en sådan terapeutisk översikt. Denna läkemedelstyp är av central betydelse för såväl förebyggande som kurerande behandling. I Hjärtsviktsbarometern, 1995:1, Sverige redovisar marknadsundersök-



Figur 3. Förskrivning av vissa läkemedelstyper till patienter med nypupptäckt hjärtsvikt under en period 1993 respektive 1995. Källa: Hjärtviktsbarometern, Sverige; 1995:1 (Navigare).

ningföretaget Navigare Medical Marketing Research AB (Kungsbacka) hur en grupp svenska invärtesmedicinare och distriktsläkare behandlat patienter med nypupptäckt hjärtsvikt. Av Figur 3 framgår att våren 1993 erhöjld drygt 70 procent loop-diuretika, en proportion som sjunkit något vid en ny undersökning 1995. Förvånansvärt är att endast ca 40 procent av patienterna fick ACE-hämmare eftersom sannolikt praktiskt taget alla borde ha haft nytta av denna läkemedelstyp. ACE-hämmare används ofta i doser som är lägre än de

mängder som visat effekt i stora kliniska prövningar. Som framgår av Figur 4 får endast ett fåtal patienter mer än 75 mg captopril per dag och många enalapril i en dos mindre än 5 mg. I de stora studier som är underlag för ACE-hämmarbehandling vid hjärtsvikt har dosen varit 100–150 mg captopril och ca 20 mg enalapril.

Förskrivningen av ACE-hämmare har sakta ökat, och man kan hoppas på ett successivt förbättrat förskrivningsmönster. Förklaringen till ett bristande samband mellan vetenskapliga studier och klinisk praxis kan vara att studierna rekryterar speciella patientmaterial med distinkta inklusionskriterier. De patienter som förekommer i alldaglig verksamhet låter sig inte alltid liknas vid studiernas patienter.

Slutsatsen är att för att skapa bra behandlingsriktlinjer behövs en strategi där man, på ett begripligt sätt, inklude-

rar översättning av studieresultat till klinisk verklighet. Behandlingsriktlinjerna måste ständigt moderniseras. De blir svåränvända om de saknar tillräcklig grad av konkretion. En omfattande utbildningsaktivitet bör förenas med kontroll av kvaliteten på meddelad vård.

Patienterna dåliga på att följa ordination

Behovet av sjukhusvård är, inte minst hos patienter med måttlig till svår hjärtsvikt, förhållandevis stort och återinläggning vanlig [5]. Detta problem har studerats av Ghali och medarbetare [6], som redovisat faktorer som bidrar till att patienter återinläggs på sjukhus. Som framgår av Tabell IV förekommer inte sällan flera sådana samtidigt.

Bristande följsamhet till medicinering är ett stort problem, vars natur närmare belysts av Monane och medarbetare [7] i en studie av drygt 7 000 individer med en medelålder av 77±8 år (varav 79 procent kvinnor) som fått recept på digitalis och annan hjärtsviktsmedicinering. Man följde, via registrering på apotek, under ett år hur patienterna köpte ut sina läkemedel och kunde därmed beräkna hur länge de intagit ordinerad dos. Den sammanlagda tiden var i denna grupp i genomsnitt 111±109 av årets dagar. 19 procent av patienterna köpte aldrig ut läkemedel en andra gång och total följsamhet till given ordination förelåg endast hos 10 procent. Faktorer av oberoende betydelse för ökad följsamhet var hög ålder och kvinnligt kön. Att man under observationstiden varit intagen på vårdinrättning var också positivt. Behandling med fler än ett läkemedel i förhållandevis stora doser ledde också till ökad följsamhet. Detta kan sannolikt förklaras av att sjukdomen var svårare och förknippad med ett tydligare behandlingsbehov.

Slutsatsen är att patientinformation

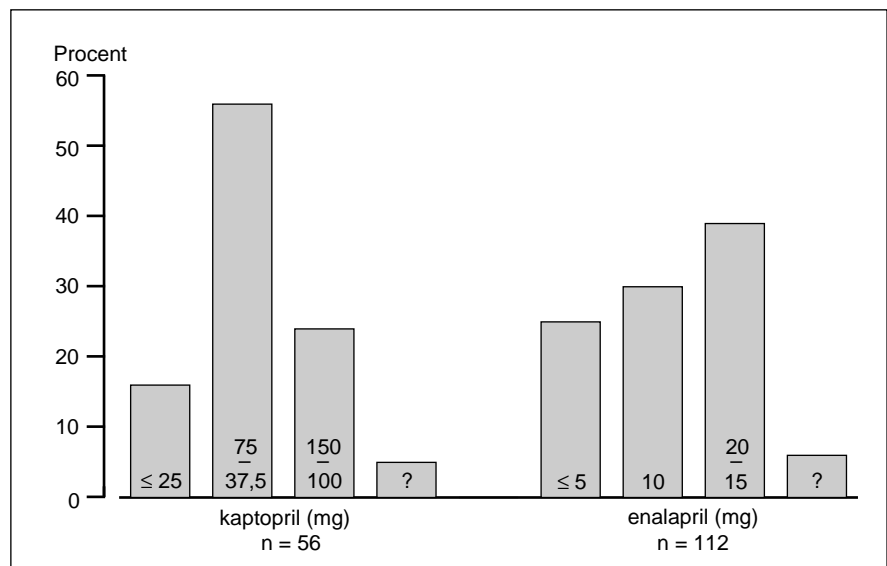
Tabell III. Behandlingsmål och exempel på därtill relaterade insatser.

Förhindra hjärtsvikt
Risikfaktorintervention
Revaskularisering
Klaffbyte
Försena ventrikulär ombyggnad
ACE-hämmare efter hjärtinfarkt
Antihypertensiv behandling
Lindra symtom
Diuretika
ACE-hämmare
Kärlvidgare
Öka överlevnadstiden
ACE-hämmare
Hjärtrtransplantation

Tabell IV. Bakomliggande faktorer vid återinläggning på sjukhus enligt Ghali et al [6]. 101 patienter ingick i undersökningen.

Faktorer	procent
Otillräcklig behandling	17
Brist på ordinationsföljsamhet	64
Läkemedel	22
Diet	6
Bäggedera	37
Arytmi	29
Infektioner	12
Miljöfaktorer	19
Emotionell stress	7

Figur 4. Dos av ACE-hämmare förskrivna till svenska hjärtsviktspatienter. Källa: Hjärtviktsbarometern, Sverige; 1995:1 (Navigare).



Tabell V. Ekonomisk inverkan av olika urvalskriterier för start av ACE-hämmarbehandling efter hjärtinfarkt enligt Lindsay et al [8]. Som framgår minskar kostnaden för ett räddat liv när behandling sätts in vid klara sjukdomssymtom och ökar allteftersom behandlingsindikationen blir vagare (förebyggande snarare än kurativ insats).

Studie	Urvalskriterium	Kostnad/räddat liv (brittiska pund) 5 veckor	2 år
ISIS-4	Alla patienter	6 000	
SAVE	Ejektionsfraktion	<40 procent	30 800
AIRE	Kliniska sviktssymtom	1 500	7 800

är av central betydelse för möjligheten att nå ett bra behandlingsresultat. I utbildningen bör ingå hjärtsviktens patofysiologi och hur man själv värderar sitt tillstånd för att tidigt notera tecken på försämring. Familjen bör involveras för att kunna fungera som stöd. Rådgivning om diet, vätskeintag och fysisk aktivitet är en självklarhet. Noggrann instruktion om läkemedels effekter och betydelse skall ingå tillsammans med rimlig information om förväntad prognos och möjligheterna att förbättra denna.

Möjligt att spara pengar

I en studie från Stockholms läns landsting [5] noterades att mellan 1990 och 1993 ökade antalet patienter med hjärtsviktsdiagnos med 50 procent i den del av sjukvårdsområdet som studerades. Under motsvarande tid hade antalet sjukhusinläggningar ökat med 95 procent från 853 till 1 668. Den genomsnittliga vårdtiden på sjukhus minskade samtidigt med 43 procent från ca 13 dagar 1990 till ca 8 dagar 1993. Mortaliteten sjönk från 19 procent till 8 procent. Antalet inläggningar per patient steg från 1,1 till 1,4, det vill säga med 32 procent.

Man kan fundera över om den förkortade sjukhusperioden lett till att patienter alltför snabbt återsänts hem och om detta bidragit till att de relativt snart återkommit. Detta borde dock inte behöva bli fallet om patienten efter hemkomsten har tillräckliga kunskaper och ett gott stöd från primärvården.

Sjukhuskostnader är en ansevärd del av den totala samhällsekonomiska insatsen för hjärtsvikt, och kostnader för just hjärtsviktsvård utgör en inte obetydlig del av den totala kostnaden för sjukhusvård. För omhändertagande av hjärtsviktspatienter kommer kostnaderna för utredning, läkemedel och liknande inte i närheten av den samlade kostnaden för sjukhusvården. Skulle man, genom att utveckla goda behandlingsstrategier, kunna minska behovet av sjukhusvård frigörs ekonomiska resurser. Delar av dessa bör kunna bekosta förbättringarna och likväl resultera i en nettobesparing.

När man diskuterar kostnader är det

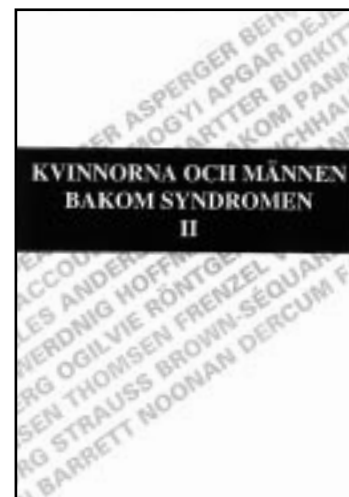
också intressant att redogöra för data av den typ som redovisas i Tabell V. Där framgår att behandlingens kostnad för ett räddat liv är olika, beroende på hur svårt sjuk patienten är vid behandlingsstart. Självfallet måste sådana överväganden spela viss roll vid behandlingsval även om läkemedelskostnaden för hjärtsviktsvård trots allt utgör en blygsam andel av den totala kostnaden. Andra åtgärder än att spara på läkemedel bör dock övervägas i första hand.

Med hjälp av förbättrad diagnostik, klara terapeutiska riktlinjer och ett ökat engagemang hos patient och anhöriga i det totala omhändertagandet borde hjärtsjukvården kunna göras såväl bättre som mer kostnadseffektiv.

Centralt är att ansvaret för hjärtsviktsvård alltid måste delas mellan sjukhus och distriktsvård. Utvecklade vårdkedjor och kontakt mellan företrädare för hälso- och sjukvård är utomordentligt väsentliga komponenter i ett bra omhändertagande. Ett engagemang av sjuksköterskor i vårdkedjan bör ha goda förutsättningar att ge bra resultat. Vårdkedjan bör sannolikt inte sluta på primärvårdcentralen utan kanske rent av i patientens hem.

Referenser

1. Remes J, Miettinen H, Reunanen A, Pyörälä K. Validity of clinical diagnosis of heart failure in primary health care. *Eur Heart J* 1991; 12: 315-21.
2. Clarke KW, Gray D, Hampton JR. Evidence of inadequate investigation and treatment of patients with heart failure. *Br Heart J* 1994; 71: 584-7.
3. Dahlström U, Pehrsson K, Pouleur H. Diastolisk dysfunktion vid hjärtsvikt. Fler studier krävs kring diagnos och terapi. *Läkartidningen* 1995; 92: 1360-3.
4. Lindvall K. Utsikt. Stockholm: HSN-koncernstaben, Stockholms läns landsting, 1994:2.
5. Ghali JK, Kadaki S, Cooper R, Ferlinz J. Precipitating factors leading to decompensation of heart failure. Traits among urban blacks. *Arch Intern Med* 1988; 148: 2013-6.
6. Monane M, Bohn KL, Gurwitz JH, Glynn RJ, Avorn J. Non compliance with congestive heart failure therapy in the elderly. *Arch Intern Med* 1994; 154: 433-7.
7. Lindsay HSI, Hall AS, Morris JL, Zaman AG, Cowan JC. Strategies of ACE-inhibition following myocardial infarction. Costs and benefits. *Eur Heart J* 1994; 15 suppl: 328.



Helt ny bok om syndrom!

• Boken "Mannen bakom syndromet" har fått en helt ny efterföljare: "Kvinnorna och männen bakom syndromen" med 70 artiklar som publicerats i *Läkartidningen* under perioden 1990-1996. Den tar upp namn som Asperger, Bichat, Fancioni och Waldenström. Här finns också män "bakom metoden", exempelvis Doppler och Röntgen.

• Denna nya bok omfattar 248 sidor och är rikt illustrerad, även med färgbilder. Därtill finns en sammanställning (i förminskat utförande) av de uppskattade tidningsomslag som hör till serien. Priset är 190 kronor + porto (60 kronor).

Beställ här:

..... ex "Kvinnorna och männen bakom syndromen" à 190 kronor + porto.

BESTÄLLARE.....

ADRESS.....

POSTNUMMER/POSTADRESS

Insändes till *Läkartidningen*,
Box 5603, 114 86 Stockholm.

Telefax 08-20 76 19