

Charles Cline, med dr, specialistläkare, kardiologkliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

Kurt Boman, professor, överläkare, medicin–geriatrikkliniken, Skellefteå lasarett, Umeå universitet

Karl Swedberg, professor, överläkare, medicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg
(karl.swedberg@hjl.gu.se)

Studie av primärvården i femton länder

Utredning och behandling av patienter med hjärtsvikt bör bli bättre

II Patienter med hjärtsvikt sköts i stor utsträckning inom primärvården. Relativt lite kunskap finns om hur läkare i primärvården uppfattar hur hjärtsviktpatienter skall utredas och behandlas och hur dessa patienter faktiskt omhändertas. IMPROVEMENT-studien var ett initiativ från en arbetsgrupp inom European Society of Cardiology (ESC) med avsikt att kartlägga dessa faktorer [1]. Den genomfördes från september 1999 till maj 2000 i 15 europeiska länder (Belgien, Frankrike, Italien, Nederländerna, Polen, Ryssland, Schweiz, Slovakien, Spanien, Storbritannien, Sverige, Tjeckien, Turkiet, Tyskland och Ungern).

I varje land utsågs tio kardiologer att koordinera insamlingen av data från 100 slumpvis utvalda primärvårdsläkare. Primärvårdsläkarnas uppfattning om hur hjärtsviktpatienter bör omhändertas inhämtades med hjälp av ett frågeformulär omfattande ca 100 frågor (»knowledge and perceptions survey«). Under sex veckor registrerade dessa primärvårdsläkare alla patienter som hade hjärtsvikt eller hjärtinfarkt. Hos vardera primärvårdsläkare blev nio patienter slumpvis utvalda att ingå i undersökningen. Uppgifter om hur dessa patienter i praktiken omhändertogs samlades in från patientjournalerna och, vid behov, från primärvårdsläkaren med hjälp av ett frågeformulär omfattande ca 200 frågor (»actual practice survey«).

I undersökningen deltog 1 363 primärvårdsläkare, varav 77 från Sverige. 11 062 patienter inkluderades, av vilka 76 procent hade hjärtsviktssymtom och 27 procent hade vårdats på sjukhus för hjärtsvikt. Medelåldern var 70 år, och 45 procent var kvinnor. Patienterna var demografiskt tämligen lika i de olika länderna men något äldre i Sverige (Tabell I).

Skillnader i diagnostik

Knappt hälften av primärvårdsläkarna ordinerade vanligtvis ekokardiografi (UKG) vid misstänkt hjärtsvikt, och väntetiden för en sådan undersökning varierade.

Andelen patienter som behövde vänta mer än en månad var 0 procent i Belgien och Frankrike men 71 procent i Spanien. Mindre än hälften av primärvårdens läkare, 46 procent (i Sverige 30 procent), skilde mellan systolisk och diastolisk dys-

SAMMANFATTAT

Primärvårdsläkare i Europa gör en god insats i omhändertagandet av hjärtsviktpatienter, visar en internationell studie. Ett behov av vidareutbildning framkommer dock.

Undersökning med ekokardiografi vid misstänkt hjärtsvikt varierade mellan länderna, liksom väntetiden till undersökning.

Förskrivningen av ACE-hämmare och betablockerare var lägre än rekommendationerna från europeiska kardiologföreningen (ESC).

En mer detaljerad analys av data från den svenska undersökningen behövs för att klargöra skillnader i ordinationsmönster jämfört med övriga europeiska länder.

Se även Nya rön på sidan 1218 i detta nummer.

funktion. Av de patienter som genomgick UKG-undersökning hade 51 procent tecken på systolisk vänsterkammardysfunktion.

Ischemisk hjärtsjukdom, hypertoni, diabetes mellitus, förmaxflimmer och signifikant klaffsjukdom var alla vanligt förekommande.

Förskrivningsmönster varierar

Primärvårdsläkarna ansåg att det var lika viktigt att lindra symtomen som att förbättra överlevnaden. De flesta var medvetna om de positiva effekterna på överlevnad av ACE-hämmare och betablockerare. Men effekterna av den bäst dokumenterade behandlingen, den med betablockerare, jämsställ-

Tabell I. Selekterade resultat ur IMPROVEMENT-studien. PV-läk = primärvårdsläkare.

	Tillfrågade PV-läk som deltog, procent	PV-läk som vanligen ordinerar UKG, procent ¹	Patienter med väntetid för UKG >1 månad, procent	PV-läk som förskriver ACE-hämmare till >50 %, procent ¹	PV-läk som förskriver beta-blockerare till >50 %, procent ¹	Patienternas medelålder, år	Patienter ≥70 år, procent	Patienter vårdade på sjukhus senaste året, procent	Patienter som genomgått UKG, procent	Behandlade med ACE-hämmare, procent	Behandlade med beta-blockerare, procent
Sverige	22	34	65	68	13	76	77	40	68	48	49
Totalt	59	45	20	79	11	70	54	41	82	60	34

* Läkarens uppfattning.

des med effekterna av digitalis, nitrater och statiner, trots att dessa medel inte har visats förbättra överlevnaden vid hjärtsvikt.

Knappt två tredjedelar av patienterna förskrevs ACE-hämmare och ungefär en tredjedel betablockerare. De svenska läkarna ordinerade mer sällan ACE-hämmare men oftare betablockerare än sina europeiska kolleger (Tabell I). Kombinationen ACE-hämmare–betablockerare förskrevs till 20 procent (i Sverige 23 procent).

De ordinerade doserna var ungefär 50 procent av dem som rekommenderas i riktlinjerna från ESC. När systolisk dysfunktion förelåg var det mer sannolikt att ACE-hämmare förskrevs och mindre sannolikt att betablockerare förskrevs än när systolisk dysfunktion inte förelåg.

Vanskligt jämföra länder

Hur relevanta är uppgifterna i IMPROVEMENT? Genom att flera läkare avböjde deltagande kan en selektion av dem som var mer intresserade av hjärtsvikt ha uppstått. Vidare kan det i stor utsträckning ha selekterats patienter med säker hjärtsviktsdiagnos, och själva undersökningen kan ha medfört ökad uppmärksamhet på hur hjärtsviktspatienter omhändertogs under den tid som registrering pågick.

Att jämföra skillnader mellan de olika ingående länderna bör göras med försiktighet eftersom representativiteten kan variera från land till land.

Däremot måste det noteras att användningen av ACE-hämmare (inklusive angiotensin II-receptorblockerare) var lägre i Sverige än genomsnittligt, vilket kan ha flera förklaringar.

De svenska patienterna var exempelvis äldre, hade hypertoni och kranskärslsjukdom i mindre utsträckning och hade inte genomgått undersökning av vänsterkammarmarkfunktionen med UKG lika ofta.

Följsamhet till behandlingsrekommendationerna, dvs att avstå från ACE-hämmare vid bevarad systolisk vänsterkammarmarkfunktion, är en möjlig förklaring. Mot detta talar den utbredda användningen av betablockerare och den mer begränsade användningen av kombinationen ACE-hämmare och betablockerare, som rekommenderas vid hjärtsvikt och nedsatt systolisk vänsterkammarmarkfunktion. En detaljerad analys av data från den svenska undersökningen kan kanske ge en säkrare förklaring.

Konklusion

Sammanfattningsvis visar IMPROVEMENT att primärvårdsläkare i Europa, och Sverige, gör en god insats i omhändertagandet av hjärtsviktspatienter. Det finns emellertid många områden, även i Sverige, där insatser behövs för att vidareutbilda primärvårdsläkare. Det finns dessutom ett behov av ökad tillgänglighet till UKG i många europeiska länder, liksom i Sverige.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Charles Kline och Kurt Boman, studiens svenska koordinatörer, har liksom

Karl Swedberg erhållit arvode av studiens sponsor, Servier, i samband med studiens genomförande.

Referens

1. Cleland JG, Cohen-Solal A, Aguilar JG, Dietz R, Eastaugh J, Follath F, et al. Management of heart failure in primary care (the IMPROVEMENT of heart failure programme): an international survey. *Lancet* 2002;360:1631-9.