

Riktlinjer, infarktvård och kvalitet

Att i en registerstudie rycka loss en variabel – koronarangiografi – som får stå för den sk kvaliteten i den totala hjärtinfarktvården, utan att den i sig har någon relation till vårdens utfall, måste betraktas som omdömeslöst. I synnerhet om detta påstående kombineras med insinuationer om att liv går förlorade, utan något som helst underlag ens i de slutsatser som kvalitetsregistret presenterat, anser Bengt Hj Möller, som här fortsätter diskussionen om nationella kvalitetsregistret för hjärtintensivvård.

BENGT HJ MÖLLER
överläkare, sektionsansvarig i kardiologi, medicinkliniken, Länssjukhuset, Sundsvall
Bengt.Moller@mbox2.swipnet.se

II Utöver det som framkom i intervjun med mig i LT 18/2004 (sidorna 1588-9) vill jag framföra en del kompletterande synpunkter.

Riktlinjerna för hjärtsjukvården

Debatten efter publiceringen av RIKSHIA 2002 har flera aspekter. Riktlinjer är värdefulla, men man måste vara medveten om att Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvården också omfattar indelning i tio olika prioriteringsgrader från 1, mest angelägen, till 10, minst angelägen åtgärd [1]. Givetvis avviker vi i Sundsvall inte generellt från riktlinjerna, som Nina Rehnqvist antyder i intervjun i Läkartidningen 18/2004 (sidan 1589), men personliga åsikter har givetvis betydelse i tolkningen av dessa.

Situationen i Västernorrland

I Västernorrlands landsting, som generellt har låg frekvens av tidig intervention vid hjärtinfarkt – vilket är det som är föremål för diskussion – finns i dagsläget fyra sjukhus med kardiologer eller kardiologiskt profilerade kollegor, som var för sig självständigt handlägger sina patienter. Något förbud mot att utreda enligt FRISC II-principer [2] finns således inte. Inte heller har jag befogenhet att personligen styra kardiologverksamheten i landstinget.

Ekonomi i Västernorrland är dålig, resurserna för koronarangiografi är lokalt mycket begränsade och alla akuta undersökningar och procedurer görs vid regionsjukhuset i Umeå. Västernorrland ligger nära den genomsnittliga koronarangiografifrekvensen i norra regionen, och i fråga om antalet procedurer ligger norra regionen på fjärde plats av sex regioner i landet.

Den låga frekvensen koronarangiografier, som led i tidig invasiv behandling av akuta koronarsyndrom, kan hänföras till – i nu nämnd ordning – knappa angiografiresurser lokalt, ansträngd landstingsekonomi samt bristande övertygelse angående riktigheten av dokumentationen om den tidiga invasiva behandlingens fördelar.

Infarktdödligheten i Västernorrland ligger under riksgenomsnittet, trots att infarktincidensen, såsom i flera av Norrlandslänen, ligger över genomsnittet för landet. Dödligheten i hjärtinfarkt dygn 1 är för män i Västernorrland den lägsta i Sverige och för kvinnorna den näst lägsta [3].

Underlaget för rekommendationerna

Tre studier utgör det huvudsakliga underlaget för de amerikanska, europeiska och svenska riktlinjerna för handläggning av patienter med akuta koronarsyndrom (ACS): FRISC II, TACTICS-TIMI 18 [4] och RITA 3 [5].

Endast FRISC II har till dags dato visat en reduktion av mortaliteten vid uppföljning efter 1 år. TACTICS var negativ med avseende på dödligheten vid 6 månader och RITA 3 negativ vid 1-årsuppföljning. Uppföljningen av FRISC II år 2 visade ingen ytterligare reduktion av mortaliteten. Det talar för att – om övervikten av antalet hjärtinfarkter i den konventionellt behandlade gruppen accepteras vara sann – dessa hjärtinfarkter har föga eller ingen effekt på mortaliteten under år 2.

Antalet hjärtinfarkter är signifikant reducerade såväl i FRISC II som i TACTICS i den tidiga invasiva gruppen, men båda studierna använder högre gränser för procedurrelaterad än för spontan eller icke procedurrelaterad hjärtinfarkt. Den studie som använder samma infarktgränser för de olika grupperna, RITA 3, visar ingen skillnad i hjärtinfarktfrekvens.

Samtliga tre studier är signifikanta

för intervention om effektmått adderas, och i RITA 3 blir det signifikans först efter att man adderat ytterligare ett effektmått till död + hjärtinfarkt, nämligen refraktär ischemi. Skillnaden i hjärtinfarktfrekvens kan således ifrågasättas, och eftersom de nya riktlinjerna för ACS [6] kräver samma gränser för hjärtinfarkt i de båda grupperna borde faktiskt studierna som inte uppfyller detta kriterium omvärderas:

»However, the Joint ESC/ACC Expert Committee reached the consensus opinion that, irrespective of the clinical circumstances (except for coronary artery surgery or intended myocardial lesions such as radiofrequency ablation of arrhythmias or septal ablation for hypertrophic cardiomyopathy), the same discriminative value for each biochemical marker should be applied, as they reflect the same amount of myocardial necrosis« [6].

Dödligheten i FRISC II

Beträffande dödligheten i FRISC II har den redovisats som enbart antalet dödsfall, utan närmare specifikation, i originalpublikationen i Lancet. En betydande andel patienter (13 procent) var i FRISC II >75 år trots rekommendation i protokollet om motsatsen [7]. I 2-årsuppföljningen [8] framhärdar man i texten med påståendet att de är exkluderade. De står dock för 35 procent av mortaliteten och för 21 procent av alla primära effektmått (hjärtinfarkt + död). Omräknas materialet till det åldersintervall man initialt planerade föreligger ingen signifikant skillnad i vare sig död eller hjärtinfarkt [7].

Dödligheten är också ofullständigt specificerad i FRISC II. I originalpublikationen i Lancet anges bara antalet dödsfall. I 2-årsuppföljningen framkommer att 75 procent av dödligheten år 1 kan hänföras till plötslig död, hjärtrelaterad död samt stroke (!). 25 procent av mortaliteten har ej redovisats med avseende på orsak. FRISC II-studiegruppen har via Bo Lagerqvist vägrat lämna ut ytterligare specifikation av dödsorsakerna [Bo Lagerqvist, Uppsala, pers medd, 2004].

Redovisning av mortalitet

»Intention to treat« är en utomordentlig princip vid analys. När det gäller procedurer som implicit avser att reducera mortaliteten i kardiell död är det dock lika viktigt att redovisa icke-kardiell död, då man ibland till sin häpnad ser att

denna kan öka på grund av olika oförutsedda orsaker. Att basera värdet av kardiella procedurer på enbart totalmortalitetsdata utan att samtidigt redovisa annan icke kardiell mortalitet är knappast relevant, i synnerhet när en del av patientpopulationen är mycket gammal och kan ha annan betydande sjuklighet.

I LT 18/2004 [9] skriver Peter Nilsson om den engelska modellen med öppen granskning av riktlinjer, denna gång rörande hypertoni-behandling. Man kan ifrågasätta om personer som varit direkt involverade i studier som är bas för riktlinjer också skall vara med att skriva dessa.

Enligt Nina Rehnqvists uttalanden i LT 18/2004 (sidan 1589) är riktlinjerna framtagna av en grupp erkända specialister som »så långt som möjligt värderat litteraturen på ett systematiskt sätt«. Eftersom alla studier inte är helt fullständiga i sin resultatredovisning är ju detta en mycket grannlaga uppgift. Det är kanske tid att införa extern obunden granskning av studieresultat innan de accepteras som bas för kostnadskrävande omläggning av utrednings- och behandlingsrutiner inom sjukvården. Om enstaka studier skall tas som bas för riktlinjer föreslås från en del håll att det bör krävas en högre grad av signifikans än den konventionella ($P \leq 0,05$), och i sammanhanget har då en kvadrering eller $P \leq 0,0025$ antytts.

Slutord

Att i en registerstudie rycka loss en variabel – koronarangiografi – som får stå för den s k kvaliteten i den totala hjärtinfarktvården, utan att den i sig har någon relation till vårdens utfall, måste betraktas som omdömeslöst. I synnerhet om detta påstående kombineras med insinuationer om att liv går förlorade, utan något som helst underlag ens i de slutsatser som kvalitetsregistret presenterat.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

I Läkartidningens elektroniska arkiv
<http://larkiv.lakartidningen.se>
 är artikeln kompletterad
 med fullständig referenslista.

Anti-stigmakampanj – att börja i fel ända

Det finns två sätt att bekämpa stigmatisering av människor med psykisk sjukdom. Det ena är propaganda (vilket är svårt i ett öppet samhälle med fri press), det andra är åtgärder som påverkar de symtom och funktionsinskränkningar som den aktuella patientgruppen karakteriseras av och som utgör underlag för allmänhetens s k fördomar mot gruppen i fråga. Det som behövs är mer kunskap och hårt arbete. Inte optimism och anti-stigmatiseringskampanjer.

STEN LEVANDER

professor i allmänpsykiatri, specialist i allmän- och rättspsykiatri, chefsöverläkare, rättspsykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
Sten.Levander@psyk.mas.lu.se

■ Ett politiskt dokument är utgångspunkten för ett inlägg om stigmatisering av människor med psykisk sjukdom av Östman, Erdner och Ershammar i LT 20/2004 (sidorna 1839-40). Det rör sig om den vanliga ordmagin och vattenkammade välviljan. Stigma är problemet som ska åtgärdas – inte de sjukdomssymtom och funktionsinskränkningar som patienterna har.

Döljer sakförhållandena

Bland nyorden finns »återhämtning« – en torftig översättning av »recovery« – som döljer det sakförhållandet att minst två tredjedelar av den största patientgruppen i detta sammanhang, schizofrenisjuka, inte alls återgår till den funktionsnivå de hade före den första akuta episoden av sjukdomen utan snarare försämras med de nya episoderna som de flesta drabbas av. Det är naturligtvis mer tilltalande att vara optimistisk än pessimistisk, men om optimismen är obefogad blir den bara en huvudkudde för samvetet i stället för ett starkt incitament att åtgärda problemen. Och det borde vi förvisso – det finns inget större medicinskt problem i dag.

Skall vi censurera?

Författarna ondgör sig vidare över massmediernas rapportering rörande svåra våldsbrott begångna av människor med allvarlig psykisk störning. Skall vi censurera att det förhåller sig så – i enstaka uppmärksammade fall eller på grupp-nivå, vilket kan visas med statistik och signifikansprövningar (cirka tio gånger ökad frekvens i schizofrenigruppen)?

Det blir ändå få fall av våld totalt sett

eftersom det finns inte så många personer med schizofreni, säger de vattenkammade. Och andra störningar har minsann större riskökning för våldsbrott. Jodå, men inte heller de slipper stigmatisering – psykopater och narkomaner har inte något vidare marknadsvärde, men ingen argumenterar för sådana anti-stigmakampanjer.

Två sätt att bekämpa stigmatisering

Det finns två sätt att bekämpa stigmatisering – propaganda (vilket är svårt i ett öppet samhälle med fri press) eller åtgärder som påverkar de symtom och funktionsinskränkningar som den aktuella patientgruppen karakteriseras av och som utgör underlag för allmänhetens s k fördomar mot gruppen i fråga. De vattenkammade älskar att idiotförklara vanliga förnuftiga människor – de behöver »upplysas« av de upplysta.

Få patienterna att fungera bättre än i dag

Vi behöver i stället vidta åtgärder så att patienter med schizofreni kan fungera bättre än de gör i dag. En viss förbättring kan åstadkommas genom att vi utnyttjar den kunskap vi redan har, och utformar stödet till patientgruppen i enlighet med det. Huvudproblemet är emellertid att vi vet för lite om de generativa mekanismerna bakom schizofreni.

Vi har hyggligt effektiv behandling för de produktiva psykossymtomen under de akuta episoderna, men vi kommer in för sent med behandling och har för korta uppföljningstider. Under de akuta psykosepisoderna är risken för våldsbrott, självskadebeteende och viktimering starkt ökad – kan vi reducera antalet episoder och förkorta dem som ändå inträffar kan vi reducera dessa företeelser i motsvarande grad.

Antipsykiatri

Vi gör det inte därför att den optimistiska retoriken inte erkänner att det finns