

## Perkutana koronarinterventioner

## Sämre resultat och fler allvarliga komplikationer på enheter med små volymer

I Sverige bedrivs sedan många år perkutan koronarintervention (PCI) vid sjukhus som saknar toraxkirurgisk enhet. Av de 26 svenska sjukhus som idag utför PCI har bara 9 toraxkirurgi. Endast 14 av de 26 sjukhusen utförde 2003 fler än 400 ingrepp per år (Socialstyrelsen; årsrapport 2003. <http://www.sos.se/mars/kva053/kva053.htm>), vilket är en nationellt och internationellt rekommenderad miniminivå. Mot bakgrund av detta är en rapport av Wennberg och medarbetare om utgången av perkutan koronarintervention vid enheter utan respektive med möjlighet till brådskande bypass-kirurgi viktig och tankeväckande.

Författarna har studerat utfallet av 625 854 perkutana koronarinterventioner utförda mellan 1999 och 2001. Patienterna var 65 år eller äldre, och undersökningen omfattade 1 121 sjukhus i USA, varav 943 hade toraxkirurgisk enhet. Patienternas ålder, kön och riskfaktorprofiler var likartade. Som resultatmått användes mortalitet inom 30 dagar och bypass-kirurgi under den aktuella vårdeposiden.

Patienter som genomgick perkutan koronarintervention på sjukhus utan hjärtkirurgi löpte större risk att avlida, 6,0 vs 3,3 procent,  $P < 0,001$ . Sjukhus utan toraxkirurgi behandlade emellertid en större andel patienter för ST-höjningsinfarkt, 22,0 vs 5,6 procent,  $P < 0,001$ . Det förelåg dock ingen skillnad beträffande mortalitet vid infarktgreppen, 11,3 vs 12,2 procent,  $P = 0,24$ . Däremot uppvisade sjukhus utan toraxkirurgi en klart ökad dödlighet hos den majoritet av patienter som behandlades med perkutan koronarintervention på annan indikation, 4,6 vs 2,8 procent,  $P < 0,001$ . Risken för letal utgång var således 38 procent lägre om perkutan koronarintervention utfördes vid enhet med toraxkirurgi.

**Författarna anger** några tänkbara förklaringar till de observerade skillnaderna. Behovet av snar bypass-kirurgi var något större vid enheter utan toraxkirurgi, 2,0 vs 1,4 procent,  $P < 0,001$ . Emellertid utfördes endast 22 procent av alla bypass-operationer efter perkutan koronarintervention under samma dag vid sjukhus utan kirurgi, medan 45 procent utfördes under samma dag vid sjukhus med hjärtkirurgi. Vidare var PCI-enheter utan tillgång till hjärtkirurgi ofta lågvolumcentra. Wennberg och

medarbetare konkluderar: »PCI performed at hospitals without cardiac surgery may be doing more harm than good.«

PCI-verksamhet är ett lagarbete, och närhet till erfaren toraxkirurg och toraxanestesiolog har stor betydelse. Man kan inte i förväg identifiera de patienter som kommer att drabbas av livshotande komplikationer med behov av brådskande operation. Ingen sådan patient skulle då remitteras till perkutan koronarintervention. Kirurgens deltagande är viktig inte bara vid havererade interventioner, utan också vid de diskussioner som föregår ingreppen eller ibland sker under själva proceduren.

Relationerna mellan såväl den enskilde operatörens som sjukhusets PCI-volymer å ena sidan, och resultat, komplikationer och kvalitet å den andra, finns väl belysta i den medicinska litteraturen. Den visar entydigt att lågvolumsoperatörer och enheter med små volymer har sämre resultat och fler allvarliga komplikationer, inklusive dödsfall, än operatörer och enheter med stora behandlingsvolymer.

**I Sverige saknas** toraxkirurgi vid samtliga 12 PCI-enheter som underskriver rekommenderade minimivolymer.

Konsekvenserna av en fortsatt decentralisering av perkutana koronarinterventioner är att allt fler PCI-enheter riskerar att bli lågvolumcentra. Möjligheten att bedriva utvecklingsarbete bortfaller, och följderna blir en generell utarmning av kompetensen. I Sverige har nu pendeln nått ett ändläge med 26 PCI-enheter. Artikel av Wennberg och medarbetare är en varningsklocka. Mycket talar för att pendeln måste börja slå tillbaka för att vi skall kunna leva upp till nationella och internationella anspråk på kvalitet och säkerhet.

**Peter Eriksson**

[peter.eriksson@medicin.umu.se](mailto:peter.eriksson@medicin.umu.se)

Wennberg DE, et al. Outcomes of percutaneous coronary interventions performed at centers without and with onsite coronary artery bypass graft surgery. *JAMA*. 2004;292(16):1961-8.

## Att inte lära av historien

II Vad är syftet med ett historiemuseum? Skall det vara en förvaringsplats för antika saker eller ett ställe där man levandegör historien med hjälp av föremål från svunna tider?

**Frågan är speciellt aktuell** när det gäller medicinhistoriska museer. Det är inte svårt att förstå att vi



**Josef Milerad**

medicinsk chefredaktör

behöver dokumentera hur synen på sjukdom och hälsa har ändrats. Instrument, dokument och andra artefakter illustrerar vilka kunskaper och resurser vi har haft och hur detta har påverkat det medicinska handlandet. Viktiga och centrala frågor, även för andra än läkarkåren, kan man tycka. I Sverige fanns ett antal medicinhistoriska museer – i Uppsala, Stockholm, Lund, Helsingborg samt i Göteborg och på flera andra orter i Västsverige. Museet i Stockholm är nu stängt, och museet i Lund och i Helsingborg är på fallrepet. Anledningen är som alltid penningbrist eller mer specifikt oförmåga att betala skyhöga hyreskostnader. Museerna finns i landstingsägda lokaler, och landstingen saknar medel för att betala de hyror som via helägda fastighetsbolag går direkt tillbaka till den egna plånbocken.

Neidläggningen har inte väckt några större reaktioner från de kulturskribenter som annars mangrant rycker ut med larm om morden på kulturarvet när mer traditionella kulturinstitutioner hamnar i trångmål. Förbiseendet kan bero på att läkarkåren inte lierat sig med andra grupper kring frågor vad som medicinhistoriskt bör bevaras och inte minst vad vi kan lära av historien. Synpunkter och tankar på detta från läsekreten mottas gärna.

[josef.milerad@lakartidningen.se](mailto:josef.milerad@lakartidningen.se)