

# Hjärtinfarktvård under lupp

De länsvisa öppna jämförelserna måste utvecklas och bli mer trovärdiga



**JOHAN HERLITZ**, professor i kardiologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska, Göteborg  
johan.herlitz@gu.se

I en artikel i veckans nummer belyser Britta Rytberg och medarbetare för-tjänstfullt problem med hjärtinfarkt-diagnostikens validitet, framför allt på vårdavdelningar utanför kardiologins domäner. Deras studie visade att många patienter fått diagnosen hjärtinfarkt utan att ha uppfyllt etablerade kriterier. Detta kan, menar de, störa s k öppna jämförelser mellan län vad gäller tidig dödlighet efter hjärtinfarkt.

Målsättningen med öppna jämförelser är att likforma hjärtinfarktvården i Sverige; det yttersta målet är att man på alla sjukhus ska använda all tillgänglig evidensbaserad behandling och att denna behandling ska sättas in så snart som möjligt.

Förutom tidigt insatt evidensbaserad behandling finns andra faktorer som påverkar prognosen, t ex hög ålder, komorbiditet, typ av vårdavdelning (för-utsättningen att defibrillera ett kammarflimmer snabbt varierar mellan olika typer av vårdavdelningar) och grad av ambitionsnivå i vården, vilken kan påverkas av bl a ålder och komorbiditet.

**Nyligen har de olika** kontinenternas kardiologföreningar enats om ett dokument som definierar fem typer av hjärtinfarkt, där specifika kriterier är fastställda för var och en [1]. Prognosen för dessa infarkttyper torde variera avsevärt.

Typen av diagnostiska kriterier kan påverka prognosen efter hjärtinfarkt i epidemiologiska studier [2]. Om en hög andel hjärtinfarktdiagnoser baseras på obduktionsfynd, är det rimligt att tro att dödligheten blir högre.

Det är intressant att notera att dödligheten i Britta Rytbergs och medarbetares studie var högre bland patienter med felaktig diagnos. Det framgår inte av artikeln vilka sjukdomar som denna patientgrupp led av. Det är svårt att hålla med författarna om att dödligheten skulle öka om dessa patienter plockades bort. Det borde bli tvärtom.

**Är 28 dagars mortalitet** en optimal kvalitetsindikator? Även om den har en 100-procentig validitet, är den knappast optimal. I modern medicin borde bedömning av livskvalitet (som frånvaro av symtom på hjärtsjukdom, t ex angina pectoris och hjärtsvikt) finnas med. Andra mått på vårdkvalitet är nyttjande av evidensbaserad behandling och tid till insättande av sådan behandling.

**Undertecknad har tidigare** diskuterat huruvida Riks-HIA i sin nuvarande form är tillräckligt representativt för hjärtinfarktvården i Sverige [3]. Britta Rytberg och medarbetare menar att öppna jämförelser där samtliga patienter med hjärtinfarktdiagnos på sjukhus involveras kanske är ett ändå sämre alternativ – detta mot bakgrund av bl a bristfällig validitet i hjärtinfarktdiagnostiken, speciellt utanför hjärtavdelningarna. Kanske måste ambitionsnivån öka för att öppna jämförelser ska bli

trovärdiga. Validiteten måste helt enkelt skärpas, och vi måste känna oss trygga i vetskapen om att det är jämförbara patienter som studeras i olika regioner i landet. Kanske är enbart liv eller död ett väl trubbigt instrument.

Britta Rytberg och medarbetare skisserar ett embryo till design och menar att det är patienter <80 år med hjärtinfarkt som huvuddiagnos som ska jämföras. Jag vill utveckla denna framtidsvision. Mitt förslag är att följande skulle gälla som inklusionskriterier för öppna jämförelser inom hjärtinfarktvården:

- Patienten ska ha sökt akutsjukvård för akuta smärtor/obehag i bröstet.
- Patienten ska ha uppvisat förhöjda nivåer av troponin T eller I. Dessa två baskriterier har använts i interkontinentala jämförelser av prognos efter hjärtinfarkt [4].
- Hjärtinfarkt ska vara huvuddiagnos.
- Andra kroniska sjukdomar som påverkar prognosen (njursjukdom, neurologisk sjukdom, cancer eller tidigare hjärtsvikt) får inte förekomma.
- Kanske bör man även exkludera patienter som drabbats av hjärtstopp före ankomst till sjukhus eller som har kardiogen chock eller fulminant lungödem vid ankomst till sjukhus – detta för att renodla jämförelsen ytterligare.

Att däremot sätta en åldersgräns på 80 år tycks diskutabelt. Det är knappast åldern i sig som är avgörande utan snarare komorbiditeten.

Som kvalitetsindikator kunde man överväga andelen patienter vid liv efter ett år utan besvärande hjärtsymtom.

**Den här typen** av jämförelser ställer naturligtvis helt andra krav på sjukvårdshuvudmannen. Först när dylika krav kan tillgodoses blir öppna jämförelser inom hjärtsjukvården riktigt trovärdiga, tror jag. Tanken är naturligtvis att varje sjukhus ska utarbeta en organisation som ser till att alla patienter som läggs in på sjukhus för akuta smärtor/obehag i bröstet och som uppvisar förhöjda troponinvärden med automatik inkluderas i Riks-HIA, oavsett vilken avdelning patienten hamnar på. En till uppgiften knuten person skulle sedan ta ansvar för att vissa patienter enligt givna kriterier exkluderas från jämförelserna.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

1. Thygesen K, Alpert JS, Harvey D. White on behalf of the Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction. Universal definition of myocardial infarction. *Eur Heart J*. 2007;28:2525-38.
2. Herlitz J, Karlsson T, Dellborg M, Karlson BW, Engdahl J, Sandén W. Occurrence, characteristics and outcome of patients hospitalized with a diagnosis of acute myocardial infarction who do not fulfil traditional criteria. *Clin Cardiol*. 1998;21:405-9.
3. Herlitz J, Dellborg M, Karlsson T. Långtidsprognos vid hjärtinfarkt sämre än väntat. Studie av en population sjukhusvårdad infarktpatienter ger nya perspektiv. *Läkartidningen*. 2008;105:1289-94.
4. Herlitz J, McGovern P, Dellborg M, Karlsson T, Duval S, Karlson BW, et al. Comparison of treatment and outcomes for patients with acute myocardial infarction in Minneapolis/St. Paul, Minnesota, and Göteborg, Sweden. *Am Heart J*. 2003;146: 1023-9.

## ■ SAMMANFATTAT

**Öppna jämförelser** är viktiga som en del i förbättringsarbetet i sjukvården. **Ju bättre** vi kan definiera och likforma studiepopulationerna och finslipa våra kvalitetsindikatorer, desto mer trovärdiga blir dessa jämförelser.