

Socialstyrelsens nya riktlinjer för hjärtsjukvård nu i preliminärversion

Rejält kunskapsmaterial ger underlag för bättre vård



KARL SWEDBERG, professor, överläkare, avdelningen för akut och kardiovaskulär medicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet; medicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg karl.swedberg@gu.se

Behandlingen av kranskärlssjukdom och dess komplikationer har varit mycket framgångsrik under de senaste 15–20 åren med utvecklingen av farmakologisk behandling, revaskulariseringar och på senare år även med defibrillatorer och sviktpacemakrar. Också den förebyggande behandlingen har varit framgångsrik, och nyinsjuknandet i kranskärlssjukdom har stadigt sjunkit under dessa 20 år.

Konsekvenserna har inneburit att behandlingen i många fall blivit komplicerad för såväl patienter som vårdgivare. För att kunna sköta komplicerade behandlingar behövs utbildning. Ett återkommande sätt att utveckla behandling är att expertgrupper ger ut anvisningar i »guidelines«, dvs riktlinjer. Dessa kan anpassas för professionen, patienter eller politiska beslutsfattare.

Studier av behandling vid kroniska sjukdomar, t ex hjärtsvikt, har visat att endast cirka 50 procent av patienter följer ordinerad behandling och att ju bättre läkare följer riktlinjer, desto bättre är prognosen för patienten [1]. Tyvärr har det visat sig att det finns stora svårigheter att få ut informationen kring nya behandlingar så att de tillämpas effektivt.

Det finns således många anledningar att utarbeta riktlinjer för behandlingar av viktiga och komplexa sjukdomar. Kranskärlssjukdomen är naturligtvis en viktig sjukdom att hantera i detta sammanhang, eftersom den är en folksjukdom och innebär stort lidande, ofta är dödlig och medför stora kostnader.

Preliminär version av nya riktlinjer

I Sverige har Socialstyrelsen en uppgift

att sammanställa riktlinjer för hur vi bör omhänderta patienter med kranskärlssjukdom. Detta har gjorts genom »Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård«. De nu gällande utgavs 2004. Eftersom behandlingar utvecklas snabbt började man omgående utarbetandet av en uppdatering av riktlinjerna. I dagarna har en preliminär version av dessa uppdateringar presenterats, avsikten är att den slutliga versionen skall finnas klar i början på 2008 [2].

Projektet har letts av Kristina Eklund från Socialstyrelsen samt professorerna Lars Grip, Göteborg, och Lars Wallentin, Uppsala. Man understryker att denna preliminära version inte skall ut på någon formell remissrunda utan skall förankras i sex regionala möten och vara öppen för synpunkter från alla inblandade.

Det finns således all anledning för oss som inte varit inblandade i arbetet att studera dokumentet för att om så behövs lämna synpunkter inför den finala versionen. Den kommer att innehålla sammanfattningar avsedda också för beslutsfattare och patienter. Jag har studerat den preliminära versionen för den medicinska professionen, och då särskilt delarna kring kranskärlssjukdom och dess komplikationer i form av hjärtsvikt och arytmier.

Omfattande och ambitiöst

Inledningsvis kan jag konstatera att det är ett mycket omfattande och ambitiöst projekt som genomförts, och dokumenten innehåller mycket information. Att detta arbete har varit omfattande har resulterat i att projektet blivit något mer utdraget än vad som var avsett från början, vilket naturligtvis resulterar i att tillämpningen av nya och effektiva behandlingar blir fördröjda.

Dokumentet är uppdelade i fem huvudkapitel:

- Kranskärlssjukdom (prevention, diagnostik och behandling av akut och



Illustration: Paszeka/SPL/IBL

Svensk hjärtsjukvård behöver ta ett kliv framåt; här finns mycket kvar att lära och förbättra för att nå den standard som i många avseenden gäller i övriga Västeuropa.

stabil kranskärlssjukdom samt eftervård)

- Hjärtsvikt (diagnostik, behandling, eftervård och vård i livets slutskede)
- Hjärtrytmrubbningar (diagnostik och behandling)
- Hjärtfel och klaffel (diagnostik och behandling)
- Medfödda hjärtfel.

I den preliminära versionen av hjärtsjukvårdsriktlinjerna har ett antal viktiga områden valts ut, och det är framför allt dessa som fokuseras i rapporten. I rangordningslistor som återfinns i bilagor finns tillstånds- och åtgärds kombinationer beskrivna och prioriterade alternativt hänfödda till »icke-göra« eller

SAMMANFATTAT

Möjligheterna till behandling av kranskärlssjukdom och dess komplikationer är idag mycket framgångsrika.

Utbredd underbehandling föreligger dock. Detta gäller t ex farmakologisk behandling av patienter med förmaksflimmer eller kronisk hjärtsvikt. Och vad gäller behandling med sviktpacemaker eller implanterbar defibrillator ligger Sverige långt efter de flesta västeuropeiska länder.

Nya nationella riktlinjer för hjärtsjukvård, särskilt vård vid kranskärlssjukdom, med ett omfattande kunskapsmaterial, ger underlag för revidering av nuvarande diagnostik och behandling.

»FoU«. Här finns en systematisk genomgång av nuvarande kunskap, och det finns många och tydliga behandlingsförslag i 360 konkreta exempel.

Man har särskilt lyft fram några områden där rekommendationerna medför väsentliga förändringar. Dessa områden är

- kranskärslssjukdom – prevention och revaskularisering med bypass-kirurgi och ballongvidgning
- hjärtrytmrubbningar – antikoagulationsbehandling, flimmerablationsbehandling och behandling med implanterbar defibrillator
- hjärtsvikt – behandling med svikt-pacemaker och implanterbar defibrillator samt behandling av personer med pulmonell hypertension.

Mot denna bakgrund tror jag att riktlinjerna är så omfattande att de flesta av oss har svårt att studera dokumentet i dess helhet. För den som tar sig tid finns dock en omfattande kunskapskälla, och man får en intressant och bred uppdatering av kunskapen inom stora delar av kardiologin.

Ett sätt att hantera denna information kan vara att olika kolleger presenterar olika delar av dokumentet på interna möten och diskuterar vad riktlinjerna skulle innebära för just den lokala verksamheten. Om man i dessa diskussioner upptäcker anmärkningsvärda rekommendationer så finns möjligheten att framföra synpunkter till projektgruppen.

Förtydliganden behövs till final version

Hur är det då med fakta? Att detta är en preliminär version framgår inte minst av att referenserna till de studier där evidensen finns har förskjutits i stora delar av dokumentet, och man får leta något om man detaljgranskar underlaget.

Det är som alltid särskilt intressant att studera rekommendationerna i rangordningslistorna. Här tror jag att de flesta diskussionerna hamnar, eftersom det rör sig om konkreta ställningstaganden. Patientens ålder i sig skall inte utgöra en orsak till rangordning, men i verkligheten måste stor hänsyn tas till ålder, som ju är den viktigaste riskfaktorn av alla.

Efter den presentation som gjordes för nationella experter den 18 september, utbröt en livlig e-postkorrespondens kring denna fråga! Evidensunderlaget för prognosbedömning är ju ett annat för en patient över 80 år än för en patient i 60-årsåldern.

Viktiga delar rör akut respektive stabil kranskärslssjukdom. I de akuta situationerna har invasiv diagnostik och behandling med ballongvidgning (PCI) nu etablerats och medför en låg kostnad per vunnet levnadsår jämfört med trombolys! Man diskuterar systematiskt situationer med olika läkemedelskombinationer, vilket kräver detaljstudier av klinikern för att kunna ta ställning och applicera.

Lika komplicerade blir delvis rekommendationerna för handläggning av patienter med stabil kranskärslssjukdom. Revaskularisering hos lågriskpatienter även vid symtom är mer osäkert, även om man konstaterar att bättre symptomlindring uppnås med PCI, medan PCI inte visat positiv effekt på infarktinsjuknande eller överlevnad.

Nytt är att kranskärslskirurgi rekommenderas före PCI på högriskpatienter, eftersom positiva effekter visats på överlevnad. Man rekommenderar även kirurgi vid nedsatt vänsterkammarmfunktion, men här ger man ingen referens, troligen på grund av att evidens saknas, vilket uppmärksammats i de europeiska riktlinjerna för behandling av patienter med hjärtsvikt [3]. Rekommendationerna blir något svåra att applicera på en patient med stabil, lindrig angina pectoris med en- eller tvåkärslssjukdom, även vid måttlig ischemi. Troligen menar man att revaskularisering inte påverkar överlevnad och att nyttan kan diskuteras, men detta bör förtydligas i den finala versionen.

Utbredd underbehandling ett problem

I samband med offentliggörandet av dessa preliminära riktlinjer uppmärksammades problemet med underbehandling, särskilt underbehandling med warfarin av patienter med förmaksflimmer. Eftersom riktlinjerna i detta avseende har utvidgats, kanske denna situation kan understrykas.

Tyvärr finns det en utbredd underbe-

handling också av andra patientgrupper vad gäller effektiv livsförlängande behandling. Farmakologisk behandling av kronisk hjärtsvikt är mycket effektiv. I en studie ledd av Hjärt-lungfonden, »Handen-på-hjärtat«, har nyligen visats att det föreligger en utbredd underbehandling av dessa patienter även i primärvården [4]. Användningen av svikt-pacemaker och implanterbar defibrillator ligger i Sverige långt efter användningen i de flesta länder i Västeuropa.

Vi har mycket kvar att lära och förbättra

Det finns således många anledningar till att dessa nya, preliminära riktlinjer studeras, diskuteras och, där förändringar så behövs, också implementeras i vår behandling av patienter med kranskärslssjukdom eller dess konsekvenser. Vi har mycket att lära och förbättra för att nå standarden i Västeuropa i fråga om flera av dessa åtgärder.

Alla vårdgivare som behandlar patienter med kranskärslssjukdom behöver engagera sig i detta arbete.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författaren har medverkat som arvode-rad expert för Läkemedelsverket. Författaren har erhållit arvode från AstraZeneca, Medtronic, MSD, Novartis, Roche och andra företag inom det kardiovaskulära området.*

REFERENSER

1. Komajda M, Lapuerta P, Hermans N, Gonzalez-Juanatey JR, van Veldhuisen DJ, Erdmann E, et al. Adherence to guidelines is a predictor of outcome in chronic heart failure: the MAHLER survey. *Eur Heart J*. 2005;26:1653-9.
2. Viktigt att nya metoder är bevisat säkra innan de införs. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007. <http://www.socialstyrelsen.se/Aktuellt/Nyheter/2007/Q3/070912>
3. Swedberg K, Cleland J, Dargie H, Drexler H, Follath F, Komajda M, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005): The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2005;26:1115-40.
4. Dahlström U, Håkansson J, Swedberg K, Waldenström A. Adequacy of diagnosis and treatment of chronic heart failure in primary care medicine in Sweden. *Eur Heart J*. 2007;28(Abtract Suppl):45.

Glöm inte gå in på webben: www.lakartidningen.se

Utmanande saklig **Läkartidningen**