

Socialstyrelsen
Maria.state@socialstyrelsen.se

Stockholm den 9 september 2015

Remissvar: Socialstyrelsens målnivåer inom hjärtsjukvården

Dnr 13501/2015

LIF – de forskande läkemedelsföretagen – har beretts möjlighet att ta del av och lämna synpunkter på remissversionen, daterad 2015-08-10, av Socialstyrelsens målnivåer för hjärtsjukvård.

LIF anser att de valda målnivåerna är relevanta och i linje med intentionen i de nationella preliminära riktlinjerna.

Målnivåer kring hjärtsjukvård och strokesjukvård – kommunikation kring olika versioner

LIF har förstått att de målnivåer för hjärtsjukvård som ingår i denna remissversion kompletterar de tidigare indikatorer och målnivåer som togs fram vid den revidering av riktlinjerna för hjärtsjukvård och strokevård som genomfördes 2014.

Härigenom förutsätts att befintliga indikatorer och målnivåer – t.ex. andelen patienter med anti-koagulationsbehandling vid förmaksflimmer och riskfaktorer för stroke – kvarstår med tillägg av målnivå för diagnosticering av förmaksflimmer.

För att minska risken för missförstånd föreslår LIF att samtliga målnivåer inkluderas i ett *samlat måldokument* inom hjärtsjukvård och strokevård med tidigare publicerade samt nu kompletterande målnivåer.

Specifika kommentarer

Indikator A.5 Måluppfyllelse för LDL-kolesterol efter hjärtinfarkt

Socialstyrelsen föreslår ≥ 60 procent måluppfyllelse när det gäller målvärdet (antingen 1.8 mmol/mol eller 50 procent reduktion) för LDL-C efter hjärtinfarkt. Av dokumentet framgår att detta är en konsensusnivå utifrån dagens låga måluppfyllelse, ca 40 procent. LIF förespråkar att **ambitionsnivån höjs till 65 procent.**

Anledningen till detta är att patienter som genomgått en hjärtinfarkt löper mycket hög risk att återinsjukna eller dö, och LDL-kolesterol är en stark och oberoende riskfaktor för aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom. Sambandet mellan sänkning av LDL-kolesterol och minskad kardiovaskulär risk är väldokumenterad t.ex. i Läkemedelsverkets skrift *Att förebygga aterosklerotisk hjärtsjukdom med*

läkemedel: Information från Läkemedelsverket 5:2014. Senare forskning visar ytterligare riskreduktion vid LDL-reduktion ned till åtminstone 1,4 mmol/l (N Engl J Med 2015;372:2387-97).

Av 2014 års Swedeheart-rapport framgår att 46 procent av hjärtinfarktpatienterna under 75 år når behandlingsmålet LDL <1,8 mmol (eller minst 50 % reduktion) efter tolv månader, se figur nedan. Sju sjukhus ligger över 60 % i måluppfyllelse och förbättringen jämfört med föregående år är i många fall dramatisk. Skälet till de förbättrade resultaten kan vara en kombination av de nya europeiska preventionsriktlinjerna från 2012 och att patentet för ytterligare ett blodfettssänkande läkemedel gick ut våren 2012, vilket medförde en ännu mer kostnadseffektiv behandling. Det är sannolikt att övriga sjukhus kommer att göra motsvarande förändring under kommande år och den utvecklingen bör kunna stärkas genom en högre ambition vad gäller måluppfyllelsen.

Indikator D.1 Behandling vid hjärtsvikt – landstingsnivå

Det är positivt med ett fokus på målnivåer för att förbättra behandlingen av hjärtsvikt. Basbehandlingen - RAAS-blockad tillsammans med betablockad - är viktig för att minska risken för sjukhusinläggningar och tidig död. LIF anser dock att en nivå på måluppfyllelse om ≥ 65 procent inte är tillräckligt ambitiös för dessa patienter, då dessa idag är en åsidosatt grupp med otillräcklig behandling. Vi föreslår därför att måluppfyllnaden bör vara 80 % för HFrEF-patienterna med nedsatt pumpförmåga.

Det finns enligt Socialstyrelsen god evidens för att basbehandling av HFrEF minskar mortalitet och sjukhusinläggning men det finns i dagsläget ingen evidensbaserad behandling för HFpEF-patienter med bibehållen pumpförmåga. Även om det idag inte är möjligt att särskilja dessa två grupper i flera av de existerande registren anser LIF att riktlinjerna bör ta höjd för att ESC guidelines fastslår att i princip alla HFrEF-patienter ska stå på rådande basbehandling. För att patienterna ska få optimal behandling för sitt sjukdomstillstånd bör det därför framgå att måluppfyllelsen för HFrEF-subgruppen förväntas vara högre.

Baserat på senaste årsrapporten ifrån kvalitetsregistret Rikssvikt ligger det nationella genomsnittet för basbehandling av HFrEF-patienter på 72 procent för primärvårdsenheter och 83 procent för specialistmottagningar. Då det lyfts fram i remissversionen att hjärtsviktspatienterna i första hand bör vårdas av hjärtsviktsmottagningar på sjukhus, bör målnivån därför vara 80 procent för HFrEF-patienterna.

I tillägg till detta är det viktigt att patienterna får optimal behandlingsdos för att få full behandlingseffekt i form av överlevnad och välmående. Evidensen för hjärtsviktsbehandlingen baseras på de rekommenderade måldoserna. Lägre doser medför sämre mortalitets- och morbiditetseffekter. Även om alla patienter inte accepterar full dos är det viktigt att i diskussionen om målnivåer uppmärksamma en optimal dos, inte bara att läkemedlet sätts in.

Förslag på kompletterande målindikatorer

Täckningsgrad i kvalitetsregistret SEPHIA

Svensk akut hjärtsjukvård håller världsklass med mycket goda resultat, som en direkt effekt av ständiga investeringar och förbättringar genom uppföljning i registret Swedeheart. Investeringen i det akuta skedet är stor, men denna investering äventyras potentiellt på grund av en mer varierad eftervård under det första året efter en hjärtinfarkt.

Vid årets europeiska hjärtekongressen – ESC – presenterades data¹ som visar på betydelsen av ett förbättrat omhändertagande av patienter som genomgått hjärtinfarkt och att en ökad omfattning av uppföljning på kardiologkliniker inom SEPHIA kan vara en lösning.

I dag är vissa vårdgivares inrapportering till kvalitetsregistret SEPHIA bristfällig. Den ojämna täckningsgraden är ett problem som beskrivs under ”Felkällor” i det remitterade målnivådokumentet. LIF bedömer att en ökad rapportering till SEPHIA är en av de viktigaste åtgärderna för att förbättra vårdens kvalitet inom detta område.

Utöver de remitterade målnivåerna för sekundärprevention – exempelvis såsom LDL – finns det därför skäl att inkludera målnivåer för inrapporteringen till SEPHIA. Alla patienter med akut hjärtinfarkt bör registreras vid det första besöket, även patienter 75 år och äldre. Det bör även eftersträvas en betydligt högre täckningsgrad vad gäller SEPHIA-uppföljning 2, vid 12-14 månader efter akut hjärtinfarkt. Idag följs bara cirka 6 000 patienter upp efter 12 månader i SEPHIA. Data talar för att uppföljningen bör ske inom kardiologin under första året eftersom många patienter inte följs upp genom ett personligt besök i primärvården efter utskrivning. Dessutom har en negativ utveckling av till exempel LDL kunnat ses vid vissa sjukhus mellan SEPHIA-besök 1 (52 % når LDL < 1.8 mmol/L eller ApoB < 0.8 g/L) och besök 2 (46 % når LDL < 1.8 mmol/L eller ApoB < 0.8 g/L). Liknande resultat ses för rökstopp efter infarkt där 61 % av rökarna har slutat röka vid SEPHIA besök 1 respektive 57 % av rökarna slutat röka vid SEPHIA besök 2, 12 - 14 månader efter infarkt.

Utöver detta ses den blygsamma utvecklingen i måluppfyllelse av Q4-index över tid och enbart 16 % av patienterna som registreras i SEPHIA (ca 1/4 av alla akuta hjärtinfarkter) når samtliga fyra Q4-mål vid 12 månader.

Nya data visar även att ett förbättrat omhändertagande kan minska kostnaderna för sjukhusvård. Sjukhusvård är den största kostnaden för eftervård efter hjärtinfarkt.²

Utifrån diskussionen ovan föreslår LIF att de föreslagna indikatorerna kompletteras med en indikator för varje enskild vårdenhets täckningsgrad i/rapportering till registret SEPHIA och att det även bör inkludera patienter över 75 år och uppföljning efter 12-14 månader.

Rökstopp

Fysisk träning finns redan med som indikator (A7). Rökstopp kan dock vara effektivare och lättare att uppnå. Man vet att rökstopp har mest påverkan på återinsjuknande. LIF föreslår därför att indikatorer för andelen som slutat röka efter hjärtinfarkt och stroke bör ingå.

Med vänlig hälsning



Anders Blanck
VD

¹ Cardiovascular risk in post-myocardial infarction patients: Nationwide real-world data on distribution and impact of combination of risk factors in a real-life setting. T. Jernberg et al.

² Long-term healthcare costs after myocardial infarction in a clinical practice setting in Sweden; results from a contemporary nationwide registry study. M. Janzon et al.