

Nationell arbetsgrupp för sekundärprevention

Västervik 190917

Arbetsgruppens sammansättning

	Namn	Titel
Norra	Camilla Sandberg	Leg fysioterapeut, Med Dr
Sthlm-Gotland	Mattias Ekström	Överläkare, kardiolog, Med Dr
Sthlm-Gotland	Tomas Forslund	Distriktsläkare, Med Dr Medicinskt ansvarig Gröndals vårdcentral
Sthlm-Gotland	Pelle Johansson (patientföreträdare)	Riksförbundet HjärtLung
Sthlm-Gotland	Mattias Lidin	Leg sjuksköterska, Med Dr
Sydöstra	Emma Hag	Leg sjuksköterska, MSc
Sydöstra	Staffan Nilsson	Allmänläkare, docent
Södra	Olle Bergström	Överläkare, kardiolog
Södra	Margret Leosdottir (ordförande)	Överläkare, kardiolog, Med Dr
Uppsala-Örebro	Fredrika Norlund	Psykolog, Med Dr
Uppsala-Örebro	Lars Svennberg	Överläkare, kardiolog
Västra	Maria Bäck	Fysioterapeut, docent
Västra	Annica Ravn-Fischer	Överläkare, kardiolog, Med Dr

NPO rapportmöte 190516

- Vad är det vi ska författa? Riktlinjer? Nationellt vårdprogram? Rekommendationer? Modell (vad är det egentligen?)?
 - Det vi skriver är INTE *riktlinjer*. Det är inte heller ett *standardiserat vårdförlopp* (obs dock mötet var INNAN regeringen kom ut med sitt beslut om SVF satsning). Det är ett slags *vårdprogram*, men NPO vill helst inte att vi använder det ordet, då det ökar risken att dokumentet försvinner i mängden lokala/regionala vårdprogram som redan finns. Det är en slags *rekommendation*, men ordet behöver mer tyngd. Ett förslag var ”**Nationell styrande modell för sekundärprevention**”, vilket vi får köra på så länge, men NPO ska fundera på saken och återkommer om det blir förändring.

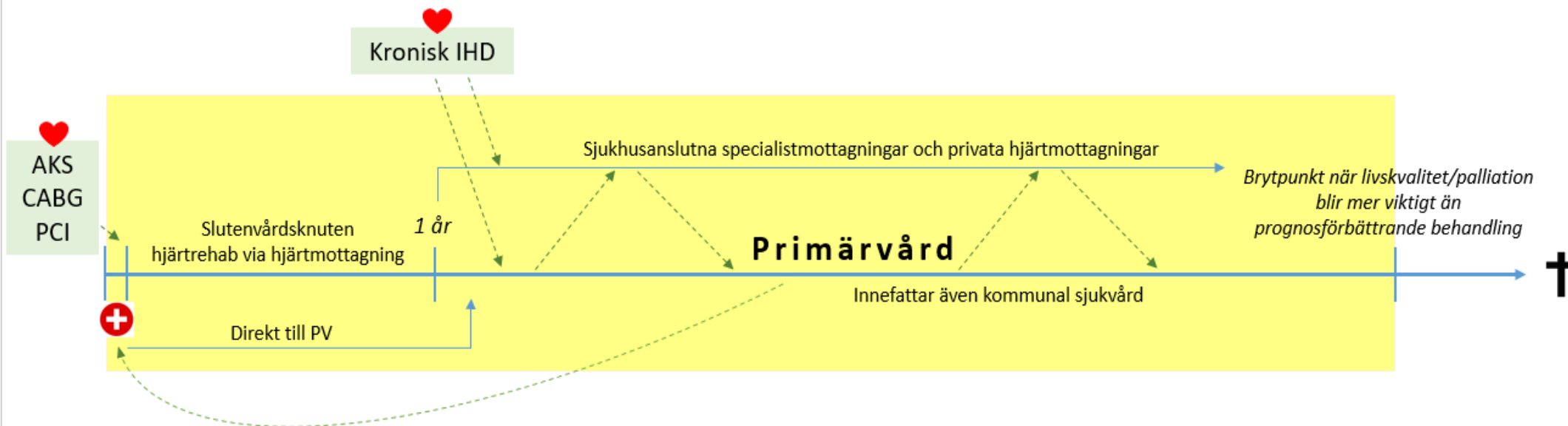
NPO rapportmöte 190516

- Vem är målgruppen? Beslutsfattare/ledning/politiker eller vårdgivare ("på golvet")?
 - Enligt NPO så bör alla dessa vara målgrupp. Vissa rekommendationerna kommer att rikta sig till beslutsfattarna, andra till vårdpersonalen. Viktigt med tydlighet i dokumentet vem som berörs av vad.
- Kommentarer från NPO på patientflödet och ramarna för modellen:
 - Man bör skriva ngn stans att modellen även kan användas till patienter med perifer kärlsjukdom. Stroke behöver vi inte nämna, då patofysiologin bakom stroke är mer multifaktoriell, dvs. inte lika renodlad ateroskleros-bas såsom IHD och PAD och de har dessutom en egen NPO. PAD ingår däremot i NPO Hjärta Kärl.
 - Vi bör ge övergångarna (utskrivning-uppföljning, slutenvård-öppenvård) speciell fokus i dokumentet, med tydlighet kring vem gör/ansvarar för vad
 - Viktigt att tydligt belysa kunskapsluckorna, och att dessa ofta handlar om luckor i hur behandlingen ska ges och hur man implementerar denna
 - Vi uppmuntras till att ta med goda/välfungerande exempel på vårdprocesser som fungerar

NPO rapportmöte 190516

- Förankringen med RPO en av de viktigaste – hur går det?
 - RPO grupperna håller fortfarande på att startas upp => alla RPO grupper kommer inte ha hunnit träffas förrän efter sommaren. NPO håller koll på detta och återkommer med information när och hur det blir lämpligt att gå ut med information om vårt arbete till RPO, samt vem som ska göra detta.
- Vi behöver en tydlig kommunikationsplan
 - NPO jobbar vidare på detta, kommer ju in i förankringen med RPO. OBS! Regeringens satsning vad gäller implementering är inte bunden till SVF, utan innefattar även Nationella Vårdprogram.
- Hälsoekonomi
 - Vi kan få hjälp med hälsoekonomiska analyser avseende implementeringen från **Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT)** - en forskningsorganisation vid Linköpings universitet med syfte att bedriva metodutveckling, kunskapsspridning och utvärderingar av metoder och procedurer inom hälso- och sjukvård.
 - Man kan ev. också få hjälp av Vårdanalys, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (<https://www.varदानalys.se/>).
 - Möte (TC) kring detta planerat 190919

Patientgrupp: Patienter med känd kranskärlssjukdom* som har nytta av sekundärprevention



*Kranskärlssjukdom (även ischemisk hjärtsjukdom, IHD) där **ateroskleros** är den underliggande patologiska orsaken. Diagnossättningen kan ha föregått av ett akut koronart syndrom (hjärtinfarkt eller instabil angina) eller revaskularisering (PCI eller CABG) men detta är **inte** ett krav för att innefattas av modellen. Delar av modellen kan med fördel även användas till patienter med extrakardiell kärlsjukdom på basen av ateroskleros, såsom ischemisk benartärsjukdom.

Modellen täcker det gula området

Förankring

*Kunskapsstyrnings-
organisationen:*

NPO

SoS

RPO

Kvalitetsregistren:

SWEDEHEART

Primärvårdskvalitet

Patientföreträdare/allmänheten:

Riksförbundet HjärtLung

HjärtLung Fonden

Kardiologi-Sverige:

Kardiologföreningen

Hjärtförbundet

VIC

Primärvårds-Sverige:

**Nationella
primärvårdsrådet**

SFAM

Patienter med ischemisk hjärtsjukdom - Var finns de?

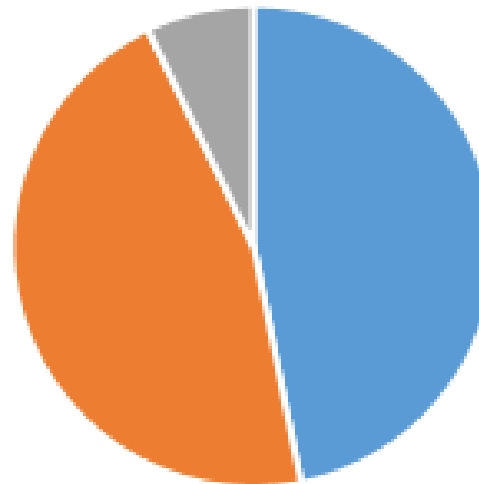
Jönköping 2012-2017

Andel av totalt 15461 individer som under ett år fått aktuell diagnos kranskärslssjukdom:

- både i PV och på sjukhus
- bara på sjukhus
- bara i PV

Summa av data från 6 år

Kranskärslssjukdom



Diagnos
både i PV
och på Sjh

Diagnos
bara på Sjh

Diagnos
bara i PV

Uppföljning av kronisk kranskärlssjukdom i primärvård

- **”Initialt skede”** (när patient får diagnos utan föregående AKS (kronisk kranskärlssjukdom))
- **”Långtidsuppföljning”** (både de som aldrig fått AKS och de som tidigare haft AKS för många år sen...)
- Remittera till hjärtrehab enhet för ”snabb-genomgång”.
- Hjärt-ssk inom PV kan på vissa ställen vara samma person som är hypertoni-, diabetes-, astma/KOL-sköterska. Samma riskfaktorer och stöd för livsstilsförändringar.

Sekundärpreventiva mål och behandlingsriktlinjer för patienter med stabil kranskärslsjukdom

Rökning
<ul style="list-style-type: none"> ● Rökstopp är det viktigaste målet för rökande patienter! Erbjud gärna varenicline om inte nikotinersättningsmedel räcker
Fysisk träning
<ul style="list-style-type: none"> ● Regelbunden fysisk träning är en viktig del av sekundärprevention vid kranskärslsjukdom ● Rekommendera blandad konditions- och styrketräning tre ggr/vecka, samt måttligt ansträngande vardagsmotion 30 min dagligen ● Tänk på att minska stillasittande, oberoende riskfaktor för ischemisk hjärtsjukdom
Kost
<ul style="list-style-type: none"> ● Rikligt intag frukt och grönsaker dagligen, minst 500 g eller 5 portioner (hälften vardera) ● En näve nötter dagligen. Rikligt med frön, fiberrika livsmedel, linser och baljväxter ● Fisk minst 3 ggr/veckan, gärna fet fisk ● Välja flytande, vegetariska, omättade fetter hellre än fasta, animaliska, mättade fetter ● Begränsa salt, sötsaker, godis, läsk och saft ● Laga maten själv, undvika halvfabrikat
Blodsocker/diabetes
<ul style="list-style-type: none"> ● Kontrollera f-glu och HbA1c minst årligen hos alla kranskärslsjuka patienter ● Generella behandlingsmål för patienter med diabetes är HbA1c <53 mmol/mol ● Hos yngre patienter med nyupptäckt diabetes bör <48 mmol/mol eftersträvas och behandling sätts in i tidigt skede. Hos äldre och sköra kan målet höjas. ● Vid f-glu 6,1-7,0 mmol/l eller HbA1c 42-48 mmol/mol remittera patienten för OGTT

Lipider		
Primärt behandlingsmål		
LDL	<1,8 mmol/l eller ≥50% sänkning om obehandlat värde legat på ≤3.6 mmol/l	
Sekundära behandlingsmål		
Tot kol	<4,5 mmol/l	
HDL	Män	>1,0 mmol/l
	Kvinnor	>1,2 mmol/l
TG	<1,7 mmol/l	
<ul style="list-style-type: none"> ● Vid LDL ≥2,5 mmol/l trots max tolererad behandling ska PCSK-9 hämmande behandling erbjudas ● Vid tot kol >7.5 mmol/l och/eller LDL >5 mmol/l misstänk familjär hyperkolesterolemi (FH) ● I båda fallen remittera patienten till specialistklinik 		
Blodtryck		
	Systole	Diastole
Kontorsblodtryck (mmHg)*	<140	<90
24 t blodtryck (mmHg)	<125-130	<80
Dag	<130-135	<85
Natt	<120	<70
Hemmablodtryck (mmHg)	<130-135	<85
<ul style="list-style-type: none"> ● *Hos flesta patienter bör 120-130/70-80 eftersträvas ● Samma målvärden gäller oavsett om pat har DM eller ej ● Glöm inte att vitrockshypertoni är mycket vanlig! För att undvika övermedicinering, var frikostig med 24 timmars blodtrycksmätningar och hemmablodtryck 		
Obstruktiv sömnapné (OSA)		
<ul style="list-style-type: none"> ● Kraftigt ökat förekommande bland patienter med hjärtkärlsjukdom, speciellt om patienten också har: <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes - Svårbehandlat blodtryck - Hjärtsvikt - Övervikt (bukfetma) - Förmaksflimmer ● I dessa fall var frikostig med utredning (sömnreg.) 		

Medicinering			
<ul style="list-style-type: none"> ● Acetylsalicylsyra (Trombyl) 75 mg x 1 ● Vid ASA intolerans T Clopidogrel 75 mg x 1 ● Högpotent statin. Om ej uppnådda mål, lägg till ezetimibe, och ev. PCSK-9 hämmare (vid LDL ≥2,5 mmol/l, se Lipider t.v.) ● ACE hämmare/ARB, speciellt om nedsatt EF, högt blodtryck eller diabetes ● Antianginös behandling: Betablockerare, långverkande nitro eller calciumblockerare ● Kortverkande nitroglycerin ● Metformin 1:a val och SGLT2 alt. GLP-1 analog ● 2:a val hos patienter med diabetes typ 2 			
Vikt			
		Önskvärt	Ökad risk
Midjemått	Män	<94 cm	≥102 cm
	Kvinnor	<80 cm	≥88 cm
BMI		≤25 kg/m ²	≥30 kg/m ²
Annat			
<ul style="list-style-type: none"> ● Stress, depression och ångest är underskattade riskfaktorer för kranskärslsjukdom ● Fråga frikostigt om psykisk hälsa och erbjud lämplig behandling/uppföljning ● Erektill dysfunktion är vanligt förekommande. Sildenafil/tadalafil kan användas vid stabil kranskärslsjukdom. Akta dock att nitro får inte användas samtidigt ● Uppföljning av kranskärslsjuka patienter ska ske minst en gång/år med kontroll av samtliga riskfaktorer och genomgång av medicinering ● Hjärtkärlsjuka patienter ska rekommenderas vaccinering mot pneumococker samt årlig influensavaccinering, speciellt äldre patienter 			

SVF – regeringens satsning (190517)

- Regeringen och SKL har undertecknat en ny överenskommelse om standardiserade vårdförlopp (SVF). Överenskommelsen innebär att SVF kommer införas för flera sjukdomsområden. Områden som kan komma att bli aktuella är bland andra diabetes, **hjärt- och kärlsjukdomar**, psykiska sjukdomar, reumatiska sjukdomar samt astma och kol.
- I beslutad budget för **2019 avsätts 100 miljoner kronor**. Av dessa medel fördelas 60 miljoner kronor till landstingen baserat på befolkningsunderlaget (se bilaga för fördelning av medel). **30 miljoner kronor ska gå till att ta fram minst fem SVF inom ramen för landstingens gemensamma system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården**, och resterande **10 miljoner tilldelas SKL för att koordinera och stödja det nationellt gemensamma arbetet** med att ta fram standardiserade vårdförlopp.
- Av budgeten framgår också att **300 miljoner kronor beräknas för 2020** och att **500 miljoner kronor beräknas för 2021**.

Inriktningen är att **SVF inom minst fem nya sjukdomsområden ska implementeras i vården 2020** och att implementeringstakten ska öka kommande år.

Standardiserat vårdförlopp	Nationellt programområde (NPO) med huvudsakligt ansvar
Hjärtsvikt	NPO hjärt- och kärlsjukdomar
Kritisk ischemi	NPO hjärt- och kärlsjukdomar
Höftartros	NPO rörelseorganens sjukdomar
Kol	NPO lung- och allergisjukdomar
Osteoporos	NPO endokrina sjukdomar
Reumatoid artrit	NPO reumatiska sjukdomar
Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd	NPO psykisk hälsa
Sepsis	NPO infektionssjukdomar
Stroke	NPO nervsystemets sjukdomar
Utredning av kognitiv svikt/demenssjukdomar	NPO äldres hälsa

Modellen

- Följa SVF mallarna?
 - En djupgående version = fördjupnings/bakgrundsmaterial
 - Kapitelindelning
 - En kortversion = användarvänlig to-do version
 - Checklistor och tabeller, mindre text
 - Lägga in tidsaspekter där vi kan
 - Viktigt att kunna mäta resultaten
 - Register av central vikt
 - Rätt diagnosättning!

Vår ”modell”

- Även om inte sekundärprevention är bland de områden som ska vara först ut så kan det vara till fördel för oss att utgå ifrån de kriterier och mallar som används när man tar fram en SVF. Om vi ska bli till ett SVF kan man lätt överföra det arbete vi redan gjort till den standardiserade formen.
- De standardiserade vårdförloppen som tas fram ska uppfylla följande kriterier:
 1. De ska kunna inbegripa flera specialiteter
 2. De ska kunna starta i primärvården och även vid behov innefatta den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänstinsatser
 3. De ska kunna innefatta patienter med komplexa och långvariga sjukdomar
 4. De ska utgå från nationella vårdprogram som finns eller utarbetas
 5. De ska utformas så de kan följas i de nya digitala vårdstöden som landstingen just nu, eller inom överskådlig framtid, upphandlar.

Nationell styrande modell för sekundärprevention för patienter med kranskärslsjukdom

2019-08-28 Version 1:1

Framtagen av nationell arbetsgrupp (NAG) för sekundärprevention
på uppdrag av Nationella programområdet för Hjärta Kärl



Innehållsförteckning

Bakgrund	4
Målgrupp	4
Patientgrupp.....	4
Kranskärslsjukdom i Sverige	5
Sekundärprevention på hjärtrehabiliteringsenheter i Sverige	5
Sekundärprevention inom primärvården i Sverige	8
VAD ska vi göra? Målvärden för sekundärprevention.....	10
HUR ska vi uppnå målvärden?.....	11
Under vårdtillfället	11
Strukturerad hjärtrehabilitering på specialistenhet	12
Uppföljning i primärvård	13
Privata vårdgivare och kommunal sjukvård	13
När livskvaliteten blir mer viktigt än prognosen	14
Implementering.....	15
Kunskapsluckor och områden i behov av innovationer inom sekundärprevention	16
Datakällor	17
Uppdragsbeskrivning för Nationell Arbetsgrupp Sekundärprevention	18
Arbetsgruppens sammansättning	20
Bilagor	21
Bilaga 1. ICD koder som berörs av denna modell.....	21
Bilaga 2. Generisk uppdragsbeskrivning.....	22

2019

Jan
Feb
Mar
Apr
Maj
Jun
Jul
Aug
Sep
Okt
Nov
Dec
Jan
Feb
Mar
Apr
Maj
Jun

Q1

Q2

Q3

Q4

Q1

Q2

2019

1

Ta fram modell

Första utkast till NPO

Final version till NPO

2019-2020

2

Ta fram
implementationsplan

Presenteras för och
lämnas över till NPO

TIDSPLAN!

4

Kunskapsluckor

5

Förankring

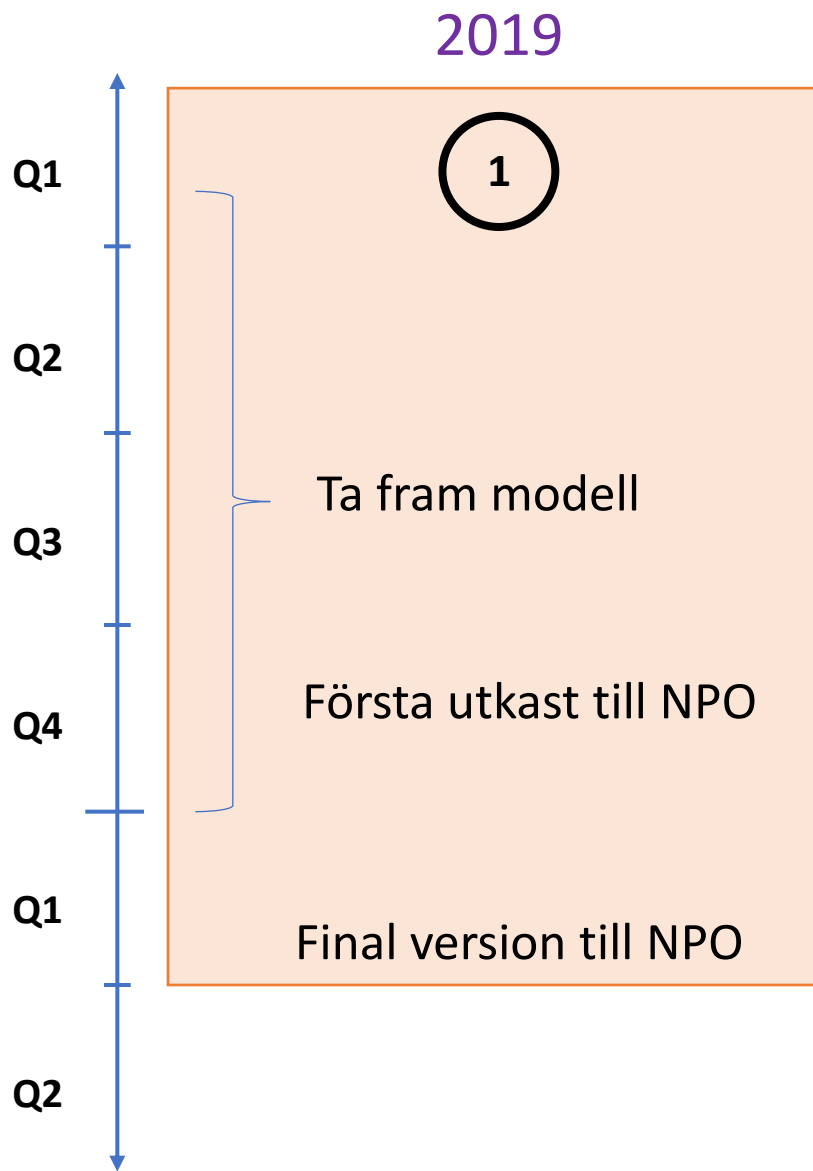
2020

Ta fram
uppföljningsplan

3

2019

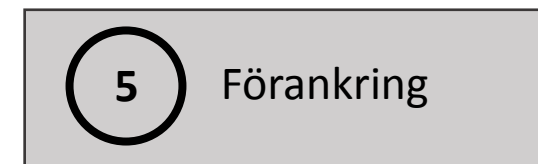
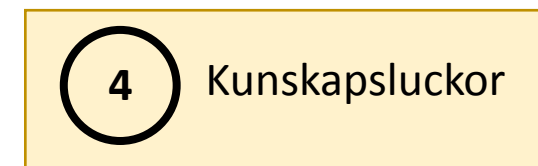
Jan
Feb
Mar
Apr
Maj
Jun
Jul
Aug
Sep
Okt
Nov
Dec
Jan
Feb
Mar
Apr
Maj
Jun



2020



TIDSPLAN!



Kommentar på patientflödet från SFAM/NPV

- Är det ändamålsenligt att dela in patientflödena i tre separata armar?
 - Det medicinska ansvaret för patienter inom kommunal hemsjukvård ligger ju på läkare inom regionernas primärvård. Därför tycker vi att denna arm hör hemma under primärvårdsarmen.
- Vad innebär privata vårdgivare?
 - Vi antar att det är privata kardiologer som avses? Vi skulle helst se att i princip all sekundärprevention hanteras i primärvården utom vid väldigt speciella fall och att primärvården konsulterar kardiolog, privat eller offentlig, vid behov.
- Därför tänker vi att det, istället för tre separata flöden, kunde vara bättre med ett flöde till primärvården och "streckade" flöden fram och tillbaka mellan primärvårdslinjen och privata vårdgivare, om det är privata kardiologer som avses.
- Risken ur vår synvinkel med att dessa patienter sköts av privata vårdgivare är att det blir dubbelarbete, olika besked från olika kardiolog och husläkare och att man mister helhetsperspektivet.
- På skissen ser det ut som att alla patienter debuterar med ett AKS/slutenvårdsepisod även om det i det finstilta anges att det inte är ett obligatorium med AKS, PCI eller CABG.
- Kunde man på något sett göra skissen mer patientcentrerad?
 - Det känns som den är mer sjukvårdscentrerad. Vi inser att det inte är lätt att få till en sådan skiss när det ska handla om flöden och när vi har den sjukvårdsorganisation vi har.

Andra kommentarer

- SWEDEHEART styrgrupp

”Hej Swedehearts styrgrupp. Se mail och bifogad fil från Margrét och NAG Sek Prev. Tycker det ser vettigt ut. Tacksam återkoppling, ffa om ni tycker något bör modifieras. Med vänlig hälsning, Tomas Jernberg.”

- Kristina Hambræus, ordf för prioriteringsgruppen kring de nya SoS riktlinjerna för Hjärtsjukdom

”Jag tycker att det är en bra definition. Bra med tillägget att modellen även kan innefatta patienter med perifer kärlsjukdom, även om det inte är huvudsyftet med NAG-uppdraget så är det logiskt och bra för att sedan kunna koppla ihop med kärlkirurgernas arbete kring benartärsjukdom.

Hur har ni resonerat när det gäller stroke-patienter –ska de också kunna innefattas? För dem finns det ju många fler och specifika uppföljningsåtgärder, men för själva aterosklerosen bör det väl vara det samma?

Kommer ert arbete även innefatta diagnostik av stabil kranskärlssjukdom eller ligger det för mycket utanför uppdraget?”

- Maria Liljeroos, ordförande för VIC

”Jag har nu tittat på detta och också visat sektionschefen Stefan Petterson kardiolog Mälarsjukhuset och vi tycker flödesschemat ser bra ut. Tillräckligt många alternativ för att det ska passa för i princip alla patienter och situationer.”