

Strukturerat omhändertagande av kranskärlssjuka patienter

Når vi målen bättre med sjuksköterskebaserad hjärtmottagning med läkarstöd?

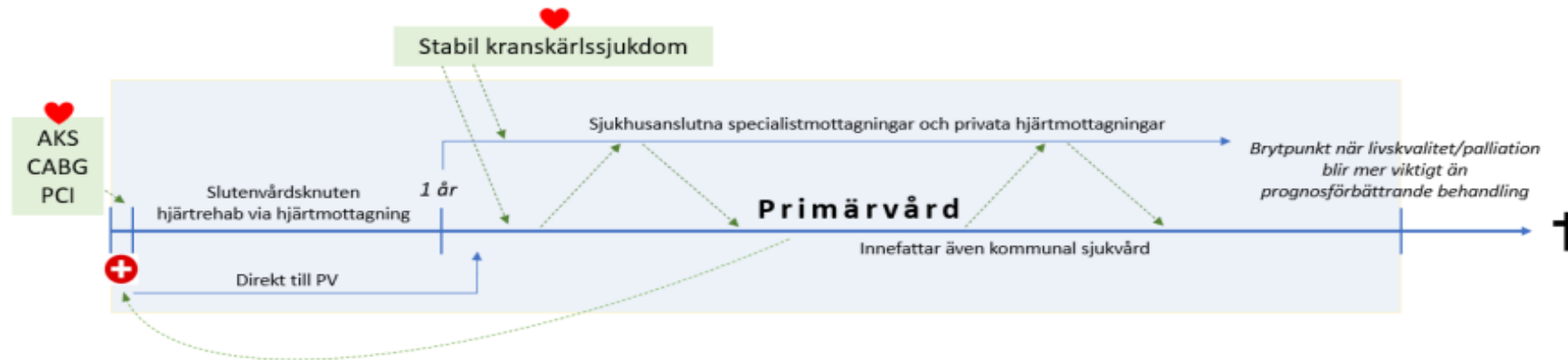
Emma Hag

Specialistsjuksköterska i kardiologi och doktorand vid LiU

Jävsdeklaration

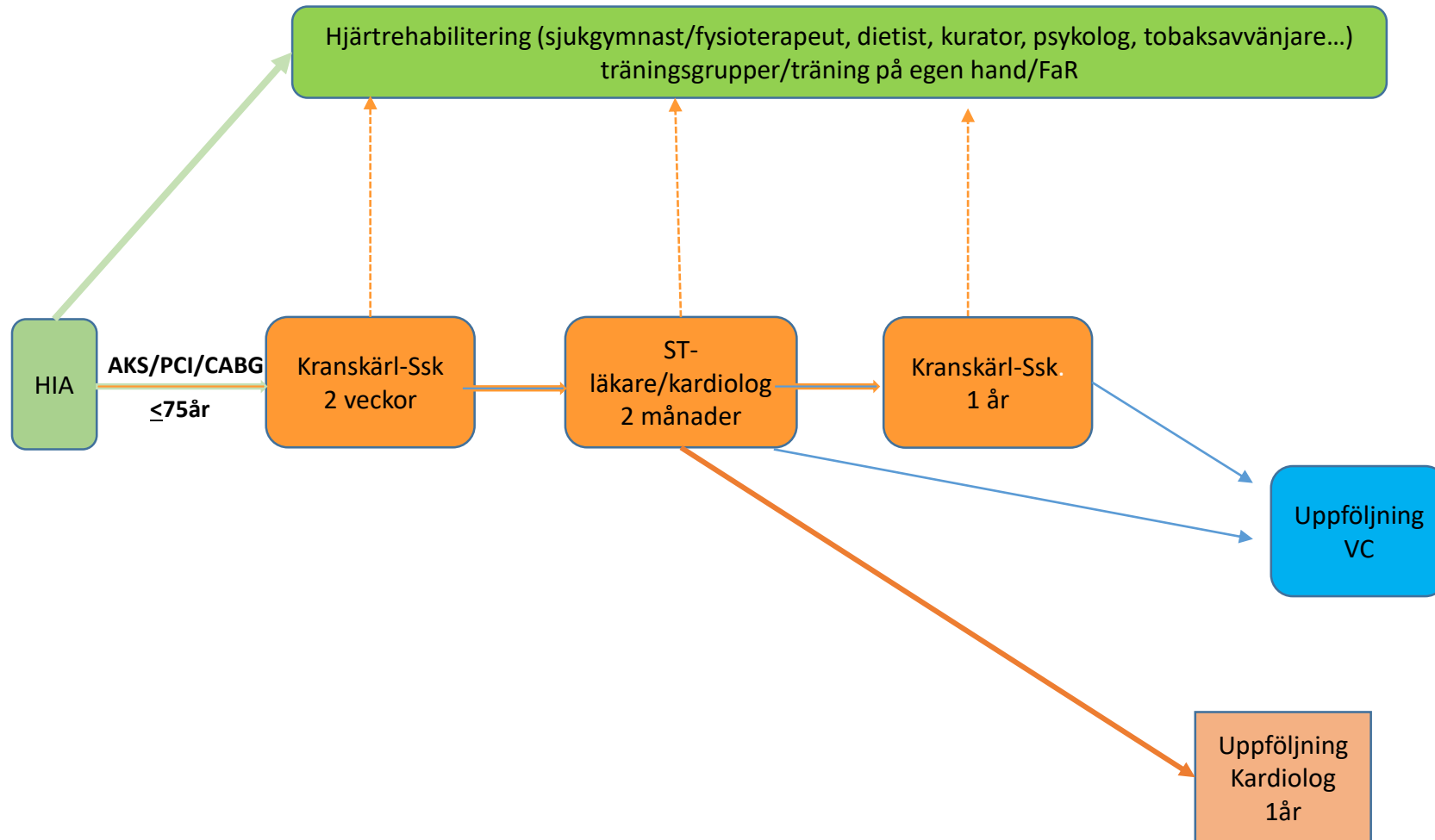
- Föreläsningar för: Astra Zeneca, Sanofi, Boehringer Ingelheim, NovoNordisk
- Utbildningsmaterial: Amarin

Riktlinje för sekundärprevention vid kranskärlssjukdom



Figur 1. Förlopp inom vården från diagnos till livets slutskede för en patient med kranskärlssjukdom. Hjärtat motsvarar startpunkt. Den ljusblå rutan markerar den delen av förloppet som berörs av denna riktlinje.

SEPHIA-flödet för AKS-patienter på Länssjukhuset Ryhov före start av sjuksköterskebaserad hjärtmottagning med läkarstöd



”Det va bättre förr”?

- Resursbrist (läkare, tid)
- Sällanuppgift → avsaknad av engagemang
- Inkomplett ifyllda formulär
- Enbart punktinsatser, ingen kontinuitet
- Bristande uppföljning
- Återkoppling till patient saknades
- Ingen dosjustering trots att målen ej nåddes
- Tidig remittering – ovisst för patienten
- Primärvården delvis kontraproduktiv



Vetenskapligt stöd

Effect of a nurse-coordinated prevention programme on cardiovascular risk after an acute coronary syndrome: main results of the RESPONSE randomised trial

Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial

4.11. Cardiac rehabilitation and prevention programmes

Methods to increase CR and prevention referral and uptake should be considered (i.e. electronic prompts or automatic referrals, referral and liaison visits, structured follow-up by nurses or health professionals, and early programme initiation after discharge).^{643–646}

IIa

B

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref ^c
Participation in a CR programme for patients hospitalized for an acute coronary event or revascularization, and for patients with HF, is recommended to improve patient outcomes.	I	A	555, 556
Preventive programmes for therapy optimisation, adherence and risk factor management are recommended for stable patients with CVD to reduce disease recurrence.	I	B	557–560

Recommendations for cardiac rehabilitation

Participation in a medically supervised, structured, comprehensive, multidisciplinary EBCR and prevention programme for patients after ASCVD events and/ or revascularization, and for patients with HF (mainly HFrEF), is recommended to improve patient outcomes.

I

A

Effectiveness of a preventive cardiology programme for high CVD risk persistent smokers: the EUROACTION PLUS varenicline trial

Sjuksköterske-baserad mottagning vs standarduppföljning

Signifikant bättre resultat avseende:

Livstilsförändringar

Rökning
Lipider
Blodtryck
Viktkontroll/bukfetma

Återinsjuknande ↓

Fysiskt aktivitet
Kostvanor

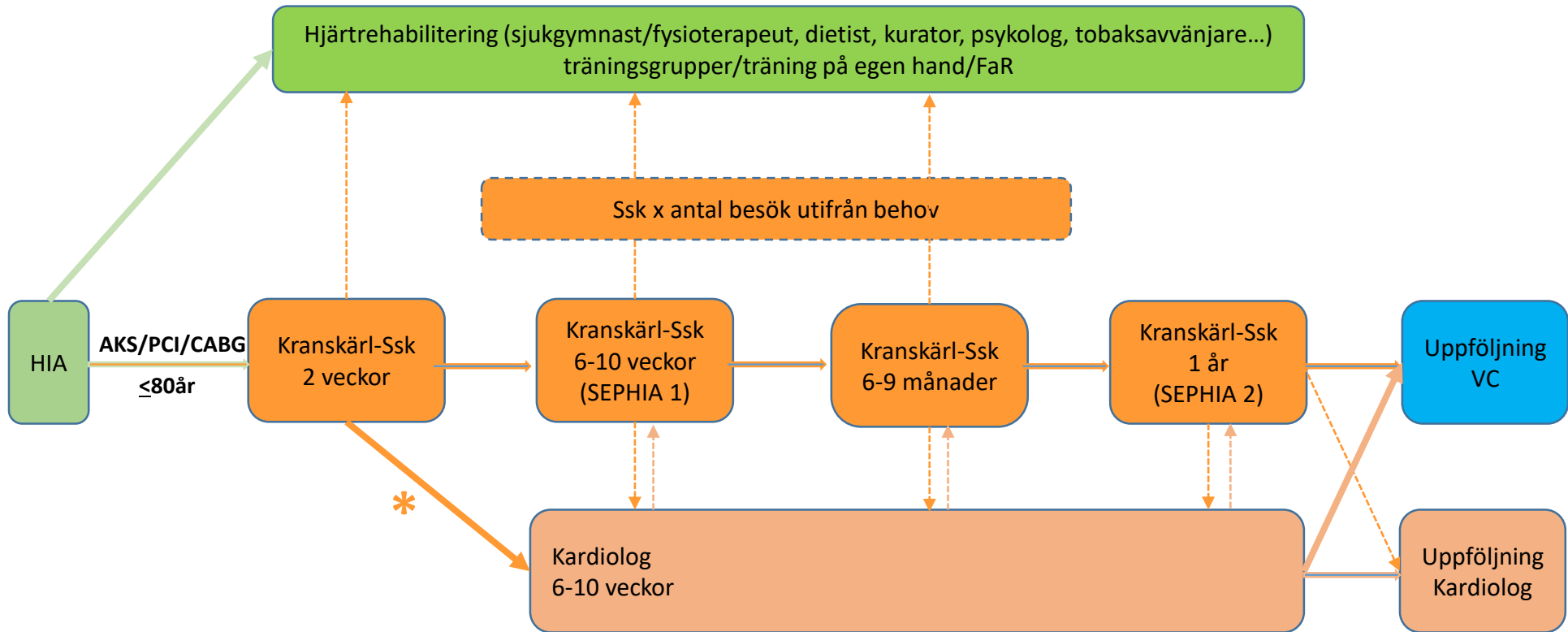
Prognos ↑

Kardioprotektiv behandling

ACE/ARB
Statiner
Diabetes

Livskvalité ↑

Personcentrerat Sephia – flöde



- överlevt hjärtstopp
- * - komplicerad ischemi-/arytmi-/ hjärtsviktsproblematik
- kvarvarande stenoser där klinisk värdering ska göras
- komplicerad läkemedelsbehandling (t.ex. trippelbehandling)

Sjuksköterskebaserad hjärtmottagning med läkarstöd

SEPHIA 1-besöket (6- 10 veckor) hos läkare är ersatt av sjuksköterska med stöd av kardiolog och övriga i kranskärsteamet.

Bedömning utifrån patientens individuella behov och sjukdomsbild

Undantagsfall:

- överlevt hjärtstopp
- komplicerad ischemi-/arytmi-/ hjärtsviktsproblematik
- kvarvarande stenoser där klinisk värdering ska göras
- komplicerad läkemedelsbehandling, t.ex. trippelbehandling med blodförtunnande

Sjuksköterskebaserad hjärtmottagning med läkarstöd

- Ej uppnådda behandlingsmål vid SEPHIA 1-besöket intensifierar behandling och ytterligare kontakt för ny bedömning.
- Extra kontakt till Ssk 6-9 månader efter utskrivning för att utvärdera behandlingsmål och ev korrigera.
- Extrabesök vid behov.
- Ettårsuppföljning sker hos samma sjuksköterska.
- Remittering till primärvården sker vid SEPHIA 2 (standardremiss).
- Vid tveksamheter kontaktas kardiologkonsult.

Delegeringar för sjuksköterskor

- Justera blodtrycksmedicin och lipidbehandling samt ändra läkemedelslista
- Beställa och signera prover
- Remiss till OGTT
- Remiss till övriga i teamet; sjukgymnast, kurator, psykolog, dietist, tobaksavvänjare
- Remiss till primärvården
- Diktering/TIK

Uppföljande telefonsamtal efter 6-9 månader – brev och kallelse till patienten

Patienten ombedes att ta

- blodtryck
- prover på blodfetter och fp-glukos/HbA1c



Sjuksköterska på hjärtmottagningen ringer patienten på avtalad tid och meddelar svar på blodfettsprover och inhämtar information om blodtryck.

Uppföljning även av patientens aktuella hälsovanor.

11-13 månader – SEPHIA 2-besöket

- Fysiskt besök
- Provtagningsunderlag och PROM-formulär i kallelsen
- Uppföljning – levnadsvanor (tobak, blodtryck, lipider, matvanor, fysisk aktivitet/träning)
- On-line rapportering
- Receptförnyelse vid behov
- Ställningstagande till förlängd DAPT
- Remittering till primärvården

Frasminne vid remittering till primärvården

Patient som vårdats för hjärtinfarkt ._. med PCI.._. med CABG-operation.

Vid manifest kranskärslsjukdom är det viktigt att fokusera på riskfaktorer.

Berörd patient har uppnått:

- Tobaksfrihet (aldrig rökt/aldrig snusat/ex-rökare/ex-snusare).
- Blodtryck (om >70 år målvärde <139 mmHg, om <69 år målvärde <129 mmHg, aktuellt värde: ._.).
- Lipidmålvärde (LDL <1,4 mmol/L och kolesterol <4,0mmol/L, aktuellt LDL: ._. mmol/L, aktuellt kolesterol: ._. mmol/L).
- Fysisk aktivitet ((t.ex promenader, cykling, simning mer än 30 minuter per dag) enligt rekommendationer. ._. dagar/vecka.

Patienten har diabetes sedan tidigare/en nyupptäckt diabetes och startat upp med behandling.

- Blodsockervärde inom målvärde (HbA1c <52mmol/mol).
- OGTT utfört ._. 0min-värde: ._. 120min-värde: ._.

Således icke diabetes.

Patienten har inte uppnått målen gällande:

- Tobaksfrihet (rökare/snusare).
- Blodtryck (om >70 år målvärde <139mmHg, om <69 år målvärde <129mmHg, aktuellt värde: ._.).
- Lipidvärde (LDL <1,4mmol/L och kolesterol <4,0mmol/L, aktuellt LDL: ._. mmol/L, aktuellt kolesterol: ._. mmol/L).
- Fysisk aktivitet ((t.ex. promenader, cykling, simning mer än 30 minuter per dag) enligt rekommendationer ._. dagar/vecka.
- Patienten har diabetes sedan tidigare/en nyupptäckt diabetes och startat upp med behandling.

Blodsockervärde ej inom målvärde (HbA1c <52mmol/mol).

OGTT utfört ._. 0min-värde: ._. 120min-värde: ._.

Således diabetes/nedsatt glukostolerans.

Patienten har följts på hjärtmottagningen under ett år och remitteras nu till primärvården för fortsatta kontroller.

Tacksam hjälp med fortsatt omhändertagande med fokus på riskfaktorer.

Med vänlig hälsning

Remiss till primärvården - exempel

Patient som vårdats för hjärtinfarkt maj 2022 med PCI mot LAD och cirkumflexa.

Bevarad vänsterkammarmfunktion verifierad med UKG. Besväras inte av någon bröstsmärta eller andfåddhet. Förnekar yrsel.

Vid manifest kranskärlssjukdom är det viktigt att fokusera på riskfaktorer.

Berörd patient har uppnått:

- Tobaksfrihet (aldrig rökt, exsnuare – slutade i samband med hjärtinfarkten).
- Blodtryck (om >70 år målvärde <139 mmHg, om <69 år målvärde <129 mmHg, aktuellt värde: 125/79 mmHg).
- Lipidmålvärde (LDL <1,4 mmol/L och kolesterol <4,0mmol/L, aktuellt LDL: 1,3 mmol/L, aktuellt kolesterol: 2,8mmol/L).

Patienten har **inte** uppnått målen gällande:

- Fysisk aktivitet ((t.ex. promenader, cykling, simning mer än 30 minuter per dag) enligt rekommendationer 5 dagar/vecka.
- Patienten har nyupptäckt diabetes och startat upp med behandling.

OGTT utfört 2022-07-24

0min-värde: 6,4mmol/L

120min-värde: 12,8mmol/L

Således diabetes. Insatt på Metformin och SGLT2-hämmare. Remiss har gått iväg till diabetessjuksköterska juli 2022.

Patienten har följts på hjärtmottagningen under ett år och remitteras nu till primärvården för fortsatta kontroller.

Tacksam hjälp med fortsatt omhändertagande med fokus på riskfaktorer.

Med vänlig hälsning

Emma Hag, specialistsjuksköterska i kardiologi

Förlängd DAPT- behandling

Indikationer

- Diabetes mellitus
- Perifer artärsjukdom
- Nedsatt njurfunktion (eGFR <60 mL/min/1,73m²)
- Hjärtinfarkt innan den aktuella hjärtinfarkten (sjukhistoria med minst två hjärtinfarkter)
- Utbredd kranskärlssjukdom (minst två av varandra oberoende kranskärl)

Kontraindikationer/försiktighet

- Anamnes på allvarlig blödning eller hög risk för blödning
- Tidigare stroke
- Grav njursvikt (dialys eller eGFR <15ml/min/1,73 m²)
- Behov av behandling med antikoagulantia

Checklista förlängd DAPT

Samtliga kriterier ska uppfyllas:

Kriterium	
God följsamhet?	<input type="checkbox"/> Ja
Avsaknad av blödning under pågående behandling med <u>högdos Ticagrelor (Brilique®)</u> ?	<input type="checkbox"/> Ja
Avsaknad av behov av antikoagulationsbehandling (förmaksflimmer)?	<input type="checkbox"/> Ja
Avsaknad av ny akut <u>koronart syndrom (AKS)</u> händelse under senaste året?	<input type="checkbox"/> Ja
Pågående behandling (>11 mån) med <u>Ticagrelor (Brilique®)</u> ? 90 mg x 2 eller < 1 månad från avslutad behandling med <u>Ticagrelor(Brilique®)</u> ?	<input type="checkbox"/> Ja
Minst en av dessa riskfaktorer: <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Tidigare hjärtinfarkt (innan senaste infarkten, 1 år sedan) <input type="checkbox"/> Flerkärllssjukdom (kranskärl) <input type="checkbox"/> Njursvikt (GFR 30-60 ml/minut) <input type="checkbox"/> Perifer artärsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja

Uppfyller patienten kriterier för förlängd DAPT- tas kontakt med läkare för receptförskrivning.

Frasminne förlängd DAPT till primärvården

Patienten har blivit insatt på behandling med lågdos Ticagrelor (Brilique®) 60mg 1 x2 .

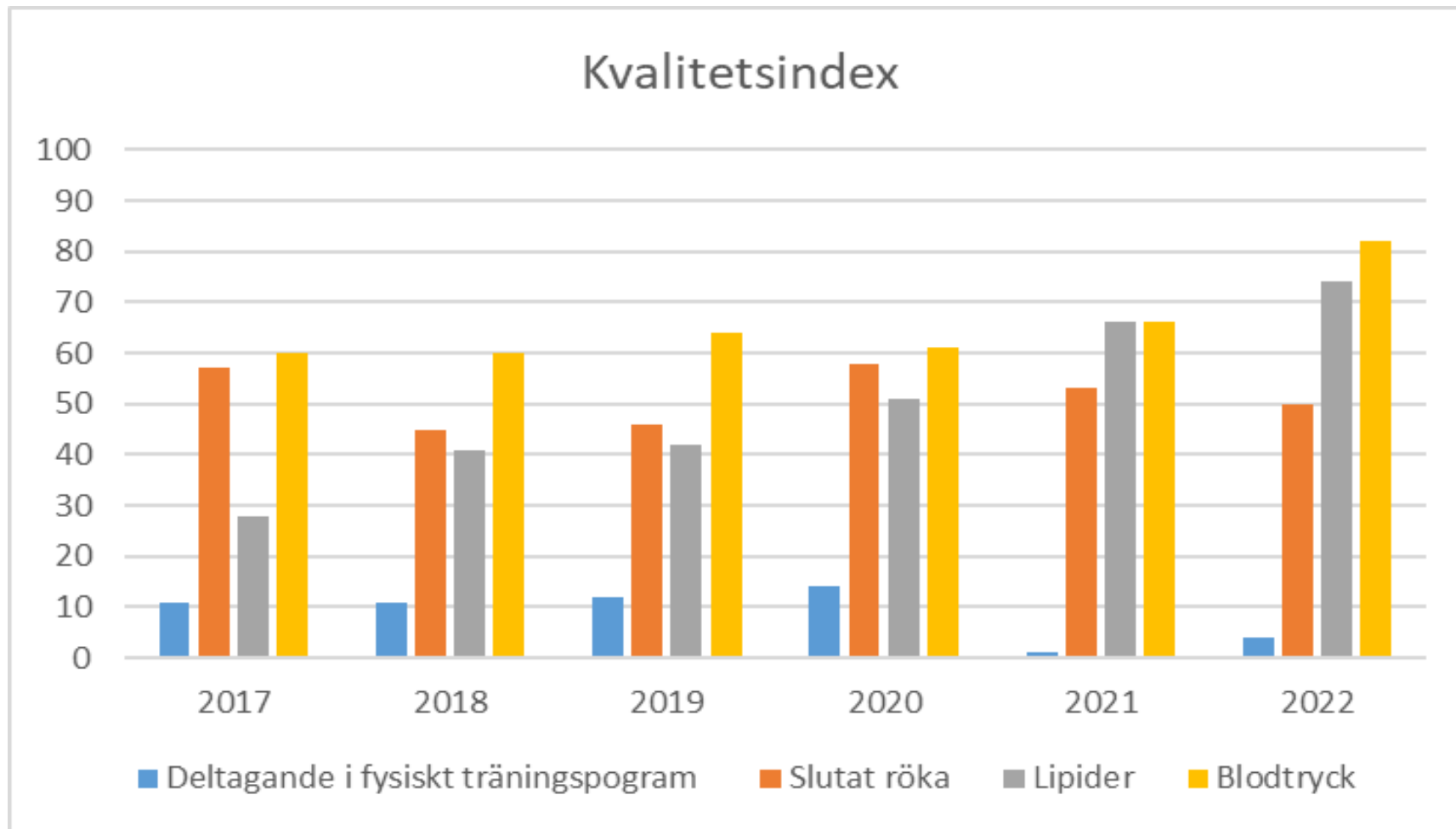
Behandling med lågdos Ticagrelor (Brilique®) ska pågå t.o.m. ._.

Patienten har fått recept på 1 år. Tacksam receptförnyelse i ytterligare 2 år i samband med återbesök för sedvanlig kontroll efter hjärtinfarkt. Några extra besök utöver årliga rutinbesök behövs inte.

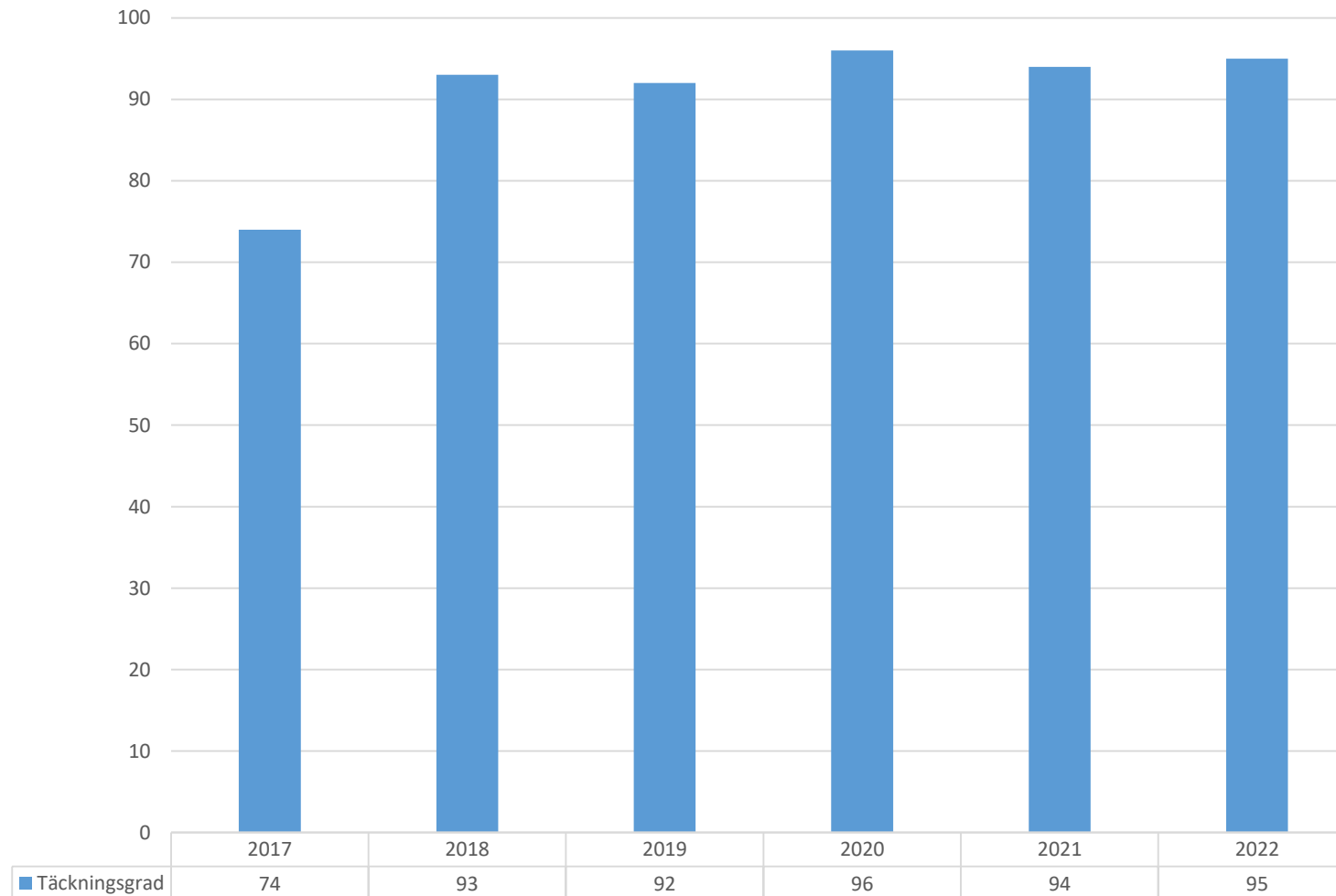
Om behovet av antikoagulantia (NOAK, Warfarin) eller om njurfunktionen $eGFR < 15 \text{ ml/min} / 1,73 \text{ m}^2$ uppstår bör behandlingen med lågdos Ticagrelor (Brilique®) 60 mg 1 x 2 sättas ut.

Vid frågor kring behandlingen, vid uppehåll eller utsättning, var god se faktadokument alternativt kontakta kardiologkonsult, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping.

Kvalitetsindikatorer över tid



Täckningsgrad över tid



Fördelar med sjuksköterskebaserad kranskärlsmottagning

- Frigör läkarresurser
- Kontinuitet – samma sjuksköterska genom hela hjärtrehabiliteringen
- ”Spindeln i nätet”
- Bokar besök tillsammans med patienten
- ”Expert” på sekundärprevention – stärker sjuksköterskerollen
- Onlinerapportering ger bättre ifyllnad – klarmarkerar direkt
- Bättre måluppfyllelse SEPHIA- bättre täckningsgrad



Gamla vs nya arbetssättet

- Olika vårdgivare
- Personalcentrerat arbetssätt
- Dåligt utnyttjande av kompetens
- Sämre måluppfyllnad
- Pappersformulär
- Läkarberoende
- Ej uppnådd täckningsgrad
- Svårt att få tag på läkare vid frågor
- Samma sjuksköterska
- Personcentrerat arbetssätt
- RAK
- Bättre måluppfyllnad
- On-line rapportering
- Självgående sjuksköterskor med delegering
- Täckningsgrad i topp
- Tillgänglig kardiologkonsult för frågor



Take home message

- Teamarbete – A och O
- Centerbaserad hjärtrehabilitering under första året efter hjärtinfarkt
- Involvera alla och upprätthåll arbetsglädje i teamet
- DLE
- ”Håll i , håll ut” – förändringsarbete tar tid!!!



Va det bättre förr?

DET VAR
BÄTTRE
FÖRR
NÄR DET VAR
SÄMRE

Når vi målen bättre med sjuksköterskebaserad
hjärtmottagning med läkarstöd?

Tack för uppmärksamheten!

