

## Yttrande över personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp – Kronisk hjärtsvikt

Sydöstra sjukvårdsregionen, Region Jönköpings län, Region Kalmar län och Region Östergötland har valt att yttra sig gemensamt inom ramen för samverkan inom sjukvårdsregionen. Beredningen av ärendet och en övergripande analys av systemeffekter har skett med stöd av regionala programområden och regionala samverkansgrupper:

RPO Hjärt- och kärlsjukdomar,  
RPO Hälsofrämjande,  
RPO Kvinnosjukdomar och förlossning,  
RPO Medicinsk diagnostik,  
RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin,  
RPO Äldres hälsa,  
RSG Data och analys,  
RSG Digital utveckling,  
RSG HTA RSG Strukturerad vårdinformation,  
RSG Medicinsk teknik,  
Dnr RÖ 2023-12851

### Omfattning av kunskapsstödet

#### **RPO Hjärt- och kärlsjukdomar**

Det bör framgå tydligt att det omfattar både nyupptäckt och kronisk hjärtsvikt samt att det tydligt ska framgå att som det står under ingång i vårdförloppet: Ingång i vårdförloppet ska inte heller ske om behandlande läkares bedömning eller patientens prioriteringar talar för att patienten inte kommer att få någon nytta av diagnos eller behandling. Detta ska i så fall vara transparent och dokumenterat.

Viktigt att kliniskt kunskapsstöd för primärvården överensstämmer med vårdförloppet.

#### **RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin**

Saknar att det inte finns med något om t.ex. screening för undernäring, då det är relativt vanligt vid hjärtsvikt (åtminstone vid mer avancerad sådan). Sådant som t.ex. besvär med trötthet, andfåddhet och sänkt fysisk kapacitet nämns är att sådana besvär som brukar kunna korrelera med minskat kostintag och ofrivillig viktninskning.

### Om hälsotillståndet – definition – definition av åtgärder – definition avancerad hjärtsvikt

Kontaktperson: [Förnamn Efternamn, titel i sammanhanget]  
Kontaktuppgifter: [e-postadress, telefonnummer]

### **RPO Hälsöfrämjande**

*"I avsnittet Vårdförloppet's åtgärder används begreppen första linjens behandling, andralinjens behandling, hjärtsviktsmottagning och fysisk träning inom hjärtrehabilitering. Dessa begrepp definieras nedan."*

I ovan nämnda skrivning bör man överväga att inkludera definitioner av även andra begrepp som används som matvanor, skadligt bruk av alkohol och tobaks-/nikotinbruk.

### **RPO Hjärt- och kärlsjukdomar**

Instämmer. Viktigt att LOK Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt överensstämmer med vårdförloppet.

### **RSG HTA**

Välskrivet och sakligt, inget att kommentera på.

## **Flödesschema för vårdförloppet**

### **RSG Data och analys och RSG Strukturerad vårdinformation**

Om man aktivt ska avsluta uppföljning av patient så är det svårt utifrån sista kriteriet i listan Utgång ur påbörjat vårdförlopp. Det kan vara en utmaning att fånga i vårddokumentationen om "patienten av andra anledningar inte anses ha nytta av vårdförloppet" (sista punkten under Utgång). Vi känner inte igen detta från andra vårdförlopp.

### **RPO Hjärt- och kärlsjukdomar**

OK.

### **RSG HTA**

Den grafiska översikten verkar inte vara med i den här versionen.

## **Vårdförloppet's åtgärder – åtgärder i vårdförlopp Hjärtsvikt**

### **RSG HTA**

Överlag mycket bra att det framkommer vad hälso- och sjukvården ska göra, respektive vad patienten förväntas göra.

## **B) Behandling**

### **RPO Hälsöfrämjande**

#### **Hälsa- och sjukvårdens åtgärder**

Förslag på tillägg: Uppmärksamma och bedöm patientens levnadsvanor gällande tobak/nikotin, matvanor, fysisk aktivitet och alkohol. Ta stöd av rekommenderade frågor och objektiva mått i *Nationellt vårdprogram för ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling*. Om patienten behöver stöd av hälso- och sjukvårdspersonal för att förändra sina levnadsvanor erbjuds

Kontaktperson: [Förnamn Efternamn, titel i sammanhanget]  
Kontaktuppgifter: [e-postadress, telefonnummer]

rekommenderade åtgärder utifrån det nationella vårdprogrammet. Åtgärder följs upp och dokumenteras.

Uppmärksamma och bedöm patientens psykiska hälsa kopplat till hjärtsvikten.

### **Patientens åtgärder**

Patienten bör uppmärksamma sina levnadsvanor i dialog med hälso- och sjukvården och vid behov göra lämpliga överenskomna förändringar utifrån förmåga. Förändringarna görs med eller utan stöd av hälso- och sjukvården enligt överenskommelse.

Uppmärksamma och påtala upplevd psykisk hälsa kopplat till hjärtsvikten.

### **RPO Hjärt- och kärlsjukdomar**

OK.

## **D) Behandling vid HFrEF**

### **RPO Hälsofrämjande**

”Stöd för livsstilsförändring” bör ändras till: Stöd av hälso- och sjukvårdspersonal för förändring av levnadsvanor utifrån Nationellt vårdprogram för ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling.

### **RPO Hjärt- och kärlsjukdomar**

OK.

### **RPO Äldres hälsa**

I remissdokumentet nämns diverse beteckningar (HFrEF m fl) på sid 2 som förklaras först på sid 5, blir otydligt och opedagogiskt.

### **RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin**

Önskvärt med tydliggörande kring vad som anses vara tillräcklig erfarenhet och kompetens vad gäller fysioterapeut inom specialiserad öppenvård inom hjärtrehabilitering. Att detta är samstämmigt i regionerna är en förutsättning för jämlik och säker vård/rehabilitering.

### **RPO Medicinsk diagnostik**

Under punkten: Utred.....osv. kan det underlätta att ange vad som minimum krävs för att utesluta/bekräfta de listade bakomliggande orsakerna. Detta för att undvika över-/underutredning.

## **E) Behandling vid HFmrEF**

### **RPO Hälsofrämjande**

”Stöd för livsstilsförändring” bör ändras till: Stöd av hälso- och sjukvårdspersonal för förändring av levnadsvanor utifrån Nationellt vårdprogram för ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling.

Kontaktperson: [Förnamn Efternamn, titel i sammanhanget]  
Kontaktuppgifter: [e-postadress, telefonnummer]

### **RPO Hjärt- och kärlsjukdomar**

OK.

### **RPO Medicinsk diagnostik**

Under punkten: Utred.....osv. kan det underlätta att ange vad som minimum krävs för att utesluta/bekräfta de listade bakomliggande orsakerna. Detta för att undvika över-/underutredning.

## **F) Behandling vid HFpEF**

### **RPO Hälsöfrämjande**

”Stöd för livsstilsförändring” bör ändras till: Stöd av hälso- och sjukvårdspersonal för förändring av levnadsvanor utifrån Nationellt vårdprogram för ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling.

### **RPO Hjärt- och kärlsjukdomar**

OK.

### **RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin**

*”Etablera kontakt med fysioterapeut inom hjärtrehabilitering efter individuell bedömning.”*

Vad är det som avgör om kontakt med fysioterapeut ska etableras eller inte? Vem gör denna bedömning?

### **RPO Medicinsk diagnostik**

Under punkten: Utred.....osv. kan det underlätta att ange vad som minimum krävs för att utesluta/bekräfta de listade bakomliggande orsakerna. Detta för att undvika över-/underutredning.

## **H) Beslut om vidare åtgärder**

### **RPO Hjärt- och kärlsjukdomar**

OK.

## **I) Utredning om ytterliggare behandling**

### **RPO Hjärt- och kärlsjukdomar**

OK.

## **J) Regelbunden uppföljning samt minst en årlig bedömning**

### **RPO Hälsöfrämjande**

Hittade inte denna rubrik i materialet

### **RSG HTA**

Saknas

Kontaktperson: [Förnamn Efternamn, titel i sammanhanget]  
Kontaktuppgifter: [e-postadress, telefonnummer]

## **K) Efter vårdtillfälle orsakat av försämring av hjärtsvikt**

### **RPO Hälsöfrämjande**

Hittade inte denna rubrik i materialet

### **RSG HTA**

Saknas

## **Utmaningar och mål – Patientens utmaningar**

### **RPO Hjärt- och kärlsjukdomar**

OK.

## **Vårdförloppets mål**

### **RPO Hälsöfrämjande**

Tillägg i meningen: "Andelen patienter som får en strukturerad uppföljning med aktivt ställningstagande till behandling och förändring av ohälsosamma levnadsvanor ökar".

### **RPO Hjärt- och kärlsjukdomar**

OK.

## **Kvalitetsuppföljning – indikatorer för uppföljning - processmått**

### **RSG Data och analys och RSG Strukturerad vårdinformation:**

[Andel patienter med hjärtsvikt med LVEF  $\leq 40\%$  (HFrEF) som hämtat ut recept på SGLT2-hämmare inom 120 dagar från diagnos.]

Denna indikator går inte att fånga. Regionerna kan inte fånga huruvida patienter hämtat ut medicin på sina recept. Vilka slutsatser tänker man att man ska kunna dra utifrån detta om det gick att fånga?

[Andel patienter med hjärtsviktsdiagnos som avlidit och där man någon gång dokumenterat "Samtal vid allvarlig sjukdom".]

Vad är definitionen av Samtal vid allvarlig sjukdom (är det lokalt färgat från Kronoberg)? Är det brytpunktssamtal som åsyftas? Är det en specifik metod?

Samtal vid allvarlig sjukdom ska följas upp men står inte angivet som en del av förloppets åtgärder utan nämns enbart i definitionen av begreppet avancerad hjärtsvikt (och där endast att det ska övervägas). Det sägs endast indirekt att det rör palliativ vård, tydliggörande behövs av termen.

Generell kommentar angående indikatorerna är att de är för många, de är inte prioriterade och det är dålig samordning mellan vårdförloppet och kvalitetsregistren.

### **RPO Hälsöfrämjande:**

#### **Processmått**

Förslag på tillägg: Andel patienter med hjärtsviktsdiagnos som haft uppföljningsbesök med dokumenterad förändring av ohälsosamma levnadsvanor.

Kontaktperson: [Förnamn Efternamn, titel i sammanhanget]  
Kontaktuppgifter: [e-postadress, telefonnummer]

### **RPO Hjärt- och kärlsjukdomar:**

Viktigt att indikatorerna är enkelt mätbara.

### **RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin:**

*"Andel patienter med hjärtsvikt med LVEF <50 % (HFrEF, och HFmrEF) som genomfört ett individuellt besök till fysioterapeut inom specialiserad hjärtrehabilitering inom 90 dagar för bedömning med pre-exercise screening, inkluderat test av fysisk kapacitet och förskrivning av individuellt anpassat träningsprogram inom hjärtrehabilitering."*

Var ska test och träning ske? Specialiserad hjärtrehabilitering finns i dagsläget framför allt inom sjukhusens specialiserade öppenvård. Upplevelse av att vårdcentralerna tycker det är svårt att hålla tillräcklig nivå på säkerheten för att låta dessa patienter träna hos dem.

## **Sammanfattning av vårdförloppet**

### **RPO Hjärt- och kärlsjukdomar:**

Bra

### **RSG HTA:**

De mest svårbedömda delarna för detta vårdförlopp berör sådant som inte ingår i del 2, dvs bedömning av välgrundad misstanke.

## **Synpunkter och återkoppling på det separata dokumentet**

## **Konsekvensbeskrivning kronisk hjärtsvikt (pdf) samt bilaga F palliativ vård vid hjärtsvikt (pdf) under Relaterad information**

### **RSG Data och analys och RSG Strukturerad vårdinformation:**

Se tidigare kommentarer om Samtal vid allvarlig sjukdom.

Konsekvensbeskrivningsdokumenten är delvis svåra att förstå syftet med.

### **RPO Hjärt- och kärlsjukdomar:**

Konsekvensbeskrivningen för vårdförloppet Hjärtsvikt är väl beskrivet och det är viktigt för implementeringen att mycket kan skötas i "nära vård". Det kan ta tid att bygga upp kompetensen och volymen för fysisk träning och att det kommer att ta tid att nå målen.

### **RPO Äldres hälsa:**

I konsekvensbeskrivningen verkar det som att dokumentet i huvudsak gäller införande av SGLT2-hämmare – är det så fast det inte framgår riktigt i remissdokumentet eller nämns SGLT-hämmare i här i huvudsak pga kostnaden?

### **RSG HTA:**

Kontaktperson: [Förnamn Efternamn, titel i sammanhanget]  
Kontaktuppgifter: [e-postadress, telefonnummer]

Överlag mycket bra konsekvensbeskrivning för de aktuella delarna. Bra att risken för undanträngning beaktas och flaggas för att den behöver ses över framöver. Både hälsoekonomiska och etiska perspektiv tas upp på ett bra sätt, med särskilt plus för de olika budgetpåverkansanalyserna i bilaga 1.

### **RSG Medicinsk teknik:**

Det finns ett tydligt önskemål kring ökad och jämlik tillgång till egenmonitorering. I dagsläget pågår upphandlingsinitiativ antingen gemensamt eller på egen hand i de flesta regionerna. Dock finns det fortsatt rättsliga osäkerheter kring hantering av datamängder relaterade till hälsodata i så kallade molnlösningar samt att marknaden ännu är i framväxt med leverantörer/samarbeten som kommer och går. I de fall upphandlingar genomförts överklagas dessa frekvent, vilket ytterligare försvårar en bredare introduktion och tillgängliggörande av tekniken. I de upphandlingar för egenmonitorering som genomförs/genomförts är vikt en parameter som tas in i de vårdförlopp som hanterar hjärtsvikt, emedan detta ej återfinns i vårdförloppet.

## **Övergripande eller övriga synpunkter**

### **RSG Digital utveckling:**

Beskrivning av vårdförloppen är ur vårt perspektiv generellt sätt bra och lättlästa till sin struktur. Innehållet och det medicinska perspektivet saknar vi kompetens för att bedöma, utan vi har läst med glasögonen ”digitaliseringens som möjliggörare”.

Vårdförlopp generellt beskriver sällan utifrån möjligheten att verkligen nyttja digitala verktyg och tjänster för att åstadkomma än mer nytta och möjligheter, inte minst ur ett tillgänglighetsperspektiv.

Detta förlopp är inget undantag. Vilket är synd.

Vi är medvetna om att beskriva HUR aktiviteter i vårdförloppen ska utföras kanske inte är uppdraget men vi tror att för att undvika stuprör mellan olika nationella satsningar så skulle arbetet med vårdförloppen, liksom andra satsningar ha stor nytta av att redan i initialt skede riggas utifrån ett mer teambaserat arbetssätt, där resurser med både informatisk kompetens men också resurser med kunskap om digitala lösningar involveras i arbetet i ett tidigt skede, både nationellt och sjukvårdsregionalt. Vi vet ifrån erfarenhet att det går i vårdförloppsliknande arbete applicera många digitala alternativ som skulle gagna patient, medarbetare och verksamhet.

Vi saknar hänvisningar till att nyttja stöd- och behandlingsprogram, både i det preventiva arbetet och livsstilsförändringar som nämns av flera av vårdförloppen men också nyttjande i syfte behandling och stöd, där det passar. Behov av utbildning till patienter nämns också i några vårdförlopp och även här skulle digitala lösningar vara ett alternativ.

Även digitala möten för uppföljning och kontakt med patienten skulle kunna rekommenderas via vårdförloppen.

Egenmonitorering finns med i vårdförloppen Hjärtsvikt (dock enbart i konsekvensdokumentet) men skulle givetvis kunna vara aktuellt för flera. Önskvärt att detta och andra digitala lösningar skulle finnas med som möjlighet att ta ställning till i vårdförloppen.

Digitala beslutstöd skulle också kunna involveras i vårdförloppen.

Kontaktperson: [Förnamn Efternamn, titel i sammanhanget]  
Kontaktuppgifter: [e-postadress, telefonnummer]

Det informatiska arbetet med koppling till vårdförloppen är redan igång via NSG strukturerad vårdinformation där arbetet ffa med indikatorer för uppföljning har prioriterats (och behöver fortsatt prioritering) och där också regionerna förväntas bidra med resurser

Vårdplaner och patientkontrakt är en central del i vårdförloppen och även här tror vi att ytterligare satsningar på gemensamt nationellt arbete och "standard" för minsta gemensamma nämnare i innehåll skulle kunna bidra till samtliga vårdförlopps arbete. SÖSR har anmält intresse för att vara pilot i sådan satsning.

Flera av vårdförloppen tar upp behovet av information till patienten kring sjukdom, behandlingar och innehåll i vårdplaner – även här finns digitala lösningar som kan nyttjas i än högre grad ( Min vårdplan 1177) och omnämns som en bärare av information.

Det finns också arbete, via Inera, gemensam planering 1177 som skulle kunna vara ett alternativ för att göra planering och information tillgänglig för patient och närstående liksom för involverade aktörer. Tillgång till rätt information i rätt tid kräver åtkomst till gemensamma plattformar

Uppföljning av vårdförlopp sker via indikatorer som antingen hämtas via regionens vårdinformationssystem alternativt via kvalitetsregister. Även här är det viktigt att arbetet sker i samverkan med resurser med informatisk kompetens och resurser med kunskap om digitala tjänster och möjligheter. I arbetet med indikatorer för PSVF kan också synkronisering och arbete ske med indikatorer för befintliga kvalitetsregister. Kopplat till en förbättrad och förenklad struktur och inmatning i regionens vårdinformationssystem möjliggör det också utdata i realtid.

### **RPO Hjärt- och kärlsjukdomar:**

Vårdförlopp Hjärtsvikt och dess konsekvensbeskrivning är väl dokumenterat och ekonomiskt belyst. För framgångsrik implementering är samarbetet mellan specialistvård och primärvård av största betydelse för att uppnå målen.

### **RPO Äldres hälsa:**

I remissdokumentet hittar vi inga överväganden vad gäller äldre/skörhet/multisjukdom.

I konsekvensbeskrivningen finns bra formuleringar gällande sådana aspekter under rubrik 3.4.1 palliativ vård, en del sådana överväganden kan vara rimliga hos de äldsta även i det allmänna omhändertagandet utan att det nödvändigtvis benämns palliativ vård.

**RPO Kvinnosjukdomar och förlossning** har läst och granskat vårdförloppet för hjärtsvikt och konstaterar att vi inte har några synpunkter mer än att när patienter som ingår detta vårdförlopp vårdas på Kvinnoklinikerna är det viktigt med ett samarbete med hjärtsviktsmottagning för planering av vård under graviditet eller inför gynekologisk åtgärd.

### **RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin:**

*"Bedömning med pre-exercise screening, innefattande symtombegränsat arbetsprov och muskulär kapacitet görs ur patientsäkerhetsperspektiv hos fysioterapeut inom sjukhusanknuten hjärtrehabilitering."*

Det vore till hjälp med en uppskattning av resursåtgång om alla patienter ska testas hos fysioterapeut inom sjukhusens hjärtrehabilitering.



Kontaktperson: [Förnamn Efternamn, titel i sammanhanget]  
Kontaktuppgifter: [e-postadress, telefonnummer]

## Konsekvensbeskrivning

### 3.2.4 Verksamhetskonsekvenser

*”Det behövs utökning av mottagningstider för årsbesök för hjärtsvikt. En utökning av antalet sjuksköterskor med utbildning inom hjärtsvikt behövs sannolikt. Utbildningsinsatser behövs även för läkare och eventuellt övriga yrkeskategorier som fysioterapeuter.”*

Utökning av mottagningstider behövs för fysioterapeuter på samma sätt som för sjuksköterskor. Viktigt att nämna båda professionerna.

Utbildning inom hjärtrehabilitering och hjärtsvikt behövs för fysioterapeuter, på samma sätt som för sjuksköterskor.

### Bilaga C - Exempel på handläggning i en medelstor eller liten region

#### *Strukturella förutsättningar*

Även test- och träningsutrustning för fysioterapeutbesök behövs

#### *Beräknad tidsåtgång*

Precis som för läkare och ssk: Ange tid för fysioterapeutinsats avseende preexercise screening och träning då det är en patientgrupp som vanligen inte ingår i löpande mottagningsarbete.

*”Sjuksköterskorna som arbetar i primärvården har genomgått poängutbildning i hjärtsvikt, har avsatt tid för mottagning, titrerar läkemedel samt utbildar i egenvård. Regionerna anordnar nätverksträffar 1–2 gånger per år där både primärvård och slutenvård deltar för att diskutera rutiner och samarbete.”*

Utbildning för fysioterapeuter kommer att behövas om rehabilitering ska ske i primärvård, exempelvis Fysisk kapacitet och träning inom fysioterapeutisk hjärtrehabilitering, 7,5 hp Göteborgs Universitet.

#### **RSG HTA:**

Det mesta är väl beskrivet och faktagrundat. Blir dock ganska svårt att endast bedöma några delar av ett helt vårdförlopp.

#### **RPO Medicinsk diagnostik:**

Denna grupp patienter har en ökad risk för CIRCULATIONS ÖVERBELASTNING(TACO) och att man ska se till att när man transfunderar att man inte överbelastar patienten.

Det skrivs på flertalet platser Thoraxradiolog, detta blir problematiskt då det inte finns den specifika kompetensen på regionsjukhusen inom Sydöstra sjukhusregionen

Kontaktperson: [Förnamn Efternamn, titel i sammanhanget]  
Kontaktuppgifter: [e-postadress, telefonnummer]

**RSG Medicinsk teknik:**

Remissförfarandet med markering av det som skall bedömas inom hakar gjorde det svårare att arbeta ur ett helhetsperspektiv, i synnerhet om man ej arbetat med remissrundan av del 1.