



Stockholm 2021-06-22

## Remissvar Nationell modell för Sekundärprevention vid kranskärslssjukdom

### Sekundärprevention på vårdavdelning (fas 1 hjärtrehabilitering) Övergripande synpunkter på huvuddokument 1

Vi anser att detta är ett väl genomarbetat och innehållsrikt dokument och har en stor relevans för den viktiga sekundärpreventionen.

Det finns en stor förhoppning att detta bidrar till att vi får en mer jämlik vård i regionerna. Dokumentet tydliggör att hjärtrehabiliteringen är resurskrävande samt att teamarbete och personcentrerad vård är centrala och därmed behöver resurser avsättas.

### Kapitel 3: Behandlingsmål för patienter med kronisk kranskärslssjukdom

I den inledande figuren/ tabellen med levnadsvanor står alkohol under samma rubrik som mat, detta kan gärna separeras för tydlighetens skull.

Angående lipider och sekundära behandlingsmål är Non HDL nytt för oss i mötet med patienten. Vi efterfrågar om tanken är att det ska ersätta HDL-värdet i samtal med patienten? Det är inget som analyseras i lab. så det får i så fall räknas ut manuellt.

### Kapitel 4: Rekommendationer fas 1

#### 4:3 Mat och alkohol

Vi upplever skrivningen om att begränsa alkohol otydlig; och efterfrågar ett förtydligande exempelvis om intag av antal enheter.

#### 4:4 Läkemedel

Vi efterfrågar definition av

- vad högt utgångsläge för LDL innebär
- vad som anses vara tidig insjuknande i arterosklerotisk kärlsjukdom.

## Tabell 1 läkemedel:

Metformin, SGLT2 blockerare och GLP-1 analoger

**Vi är av en annan uppfattning:** Metformin har inga RCT data för patienter med kranskärslsjukdom.

Inte alla GLP-1 RA (dvs bara liraglutid, semaglutid, dulaglutide (albiglutide) är visats vara kardioprotektiva. Viss skillnad även för SGLT-2 hämmare map på MACE men de minskar ju alla i alla fall hjärtsvikt. Föreslår även byte från glukossänkande läkemedel till "diabetesläkemedel" mtp att den hjärt-kärtskyddande kardioprotektiva effekten är oberoende av glukossänглиningen)

### 4.6 Psykisk hälsa

Vi efterfrågar screening av depression med förslag på validerade instrument. Vidare saknas beskrivning av fatigue, vilket rapporteras av nästan hälften av alla som har genomgått en hjärtinfarkt. Studier har visat att fatigue efter hjärtinfarkt utgör ett hinder för att genomföra nödvändiga livsstilsförändringar som t.ex. ökad fysisk aktivitet och träning. Forskning om fatigue är begränsad och ökad kunskap behövs. Viktigt att vara lyhörd för detta då patienterna har svårt att beskriva denna annorlunda trötthet.

### 4.7 Patientinformation

Vi ser gärna ett förtydligande kring att information måste anpassas utifrån patientens hälsolitteracitet, vilket är avgörande för hur patienten kan tillgodogöra sig given information. Utgångspunkten för hälsolitteracitet är att människor själva kan främja hälsa, lösa hälsoproblem och vara aktiva samarbetspartners i val av åtgärder och i beslut som fattas.

Information och kommunikation är en basal förutsättning för en välfungerande patientrelation. Hälsolitteracitet kan vara en felande länk i situationer då kommunikationen inte fungerar och viktiga budskap inte når fram.

Hälsolitteracitet omfattar flera sorters färdigheter – att läsa och förstå information, att kunna förhålla sig till och värdera information och att kunna kommunicera hälsobudskap.

Graden av hälsolitteracitet kan variera beroende på den situation eller det sammanhang man befinner sig i. I vissa situationer kan en annars god hälsolitteracitet försämrats t.ex. om en nära anhörig eller man själv blir sjuk. Hälsolitteracitetsnivån hänger med andra ord inte enbart ihop med den utbildning eller kunskap man har, istället varierar graden av hälsolitteracitet beroende på hur man mår och i vilken livssituation, kultur eller omgivning man befinner sig.

## Kapitel 5: Multisjuklighet och skörhet

Vi efterfrågar förslag på validerat instrument att använda för att mäta skörhet för att detta ska kunna bli så objektivt som möjligt. Vi föreslår ett tillägg i punktlistan efter ” Patienter med multisjuklighet har ofta ett stort antal läkemedel. Risken för negativa effekter ökar med antalet läkemedel vilket understryker vikten av återkommande läkemedelsgenomgångar med ställningstagande till utsättning och dosjusteringar”:

- Förtydliga statinbehandling vid multisjukhet och skörhet
- Andra prover som bör följas: HbA1c och fasteglukos.

## Kapitel 6: Förslag till implementering

För att kunna utvärdera med hjälp av kvalitetsregister föreslås satsning på digital överföring av data från patientjournal till kvalitetsregister samt möjliggöra för undersökning av PROM och PREM.

## Rekommendationer – kortversion

Under rekommendationer blodtryck, lipider och blodsocker bör även optimering med tillägg av kardioprotektiva/hjärtkärlsyddande diabetesläkemedel göras vid känd DM.

## Sekundärprevention på vårdavdelning (fas 2 centerbaserad hjärtrehabilitering)

Vi efterfrågar förtydligande av hur kan/bör överlämningen till fas 3 gå till?

## Kapitel 4: Rekommendationer fas 2

### 4.1 Patienter

Alla patienter med genomgången AKS och CABG **ska** (byt ut ordet bör) erbjudas hjärtrehab.

### 4.2 Personal och organisation

Vi ser mycket positivt på att olika professioner ska involveras i teamet kring patienten.

Flera förtydliganden under detta avsnitt behövs:

- ska detta ske inom ramen av sjukhusens öppenvård eller även specialiserade mottagningar (behövs i sådana fall någon typ av certifiering)?
- vi efterfrågar en tydligare beskrivning av sjuksköterskans kompetens och föreslår kranskärlssjuksköterska istället för sjuksköterska UNS i texten alternativt distriktsköterska med särskild utbildning
- Vi vill understryka betydelsen av adekvat kompetens innan sjuksköterskor ges behörighet att självständigt justera doseringen för blodtrycksläkemedel och lipidsänkande läkemedel för att försäkra en säker vård
- vi efterfrågar en kardiolog i detta interprofessionella team, alternativt medicinskt ansvarig läkare?
- är det tänkt att VC ska kunna remittera direkt till tex fysioterapi eller via kardiologmottagningen?
- klarar vi detta volymmässigt eller behövs ökat uppdrag från beställarna nationellt? I dagsläget finns det ej resurser att ta hand om de patienter som finns. Tillgång till fysioterapeuter behöver ökas för att detta ska kunna levas upp till i praktiken

Rekommenderat att någon i teamet, har utbildning inom beteendeförändring med tanke på att en beteendeförändring behövs kring levnadsvanor. Detta skulle kunna vara sjuksköterska eller fysioterapeut med kompetens inom arbetet med levnadsvanor.

### 4.3 Centrala komponenter i behandlingen

Vi ser mycket positivt på den tydliga beskrivningen kring strävan efter kontinuitet, involvering av närstående samt ett personcentrerat förhållningssätt.

#### 4.3.3 Fysisk aktivitet

FAR finns med i fas 3 men saknas här, vi föreslår att detta läggs till.

#### 4.3.4 Alkoholvanor

AKS patienter rekommenderas lågt intag: vi uppfattar denna beskrivning som vag och föreslår ett förtydligande.

#### 4.3.5 Vikt och midjemått

Målvärden för midjemått saknas. Vår erfarenhet är att BMI inte används särskilt stor utsträckning när vi pratar hjärt-kärl risk med patienten.

#### 4.3.6 Fysiskt träningsprogram

Vi föreslår att glesbygd kompletteras med ”stora upptagningsområden” kan fysioterapi utföras inom primärvårdsenhet.

Tabell 1 sida 14 samma kommentarer som i FAS 1.

#### 4.3.11 Psykosocialt stöd

Vi efterfrågar förtydligande om vem som efterfrågar psykisk hälsa.

Vi föreslår ändring i texten:

Idag finns också *en hel del* behandlingsmöjligheter via internet. Via 1177.se kan patienten... Skriv istället flera.

#### 4.3.13 Sex och samlevnad

Vi föreslår ett förtydligande om potensmedel och nitroglycering (angående att sildenafil och tadalafil: att nitroglycering INTE får användas samtidigt): det vore bra att förtydliga med tidsspann.

### 4.5 Överlämning till primärvård

Vi föreslår mer utförlig beskrivning om hur överföringen ska ske.

Saknar text om:

ICD (vid fortsatt sänkt EF överväg primärprofylaktisk ICD samt sek profylax vid hjärtstopp utan AKS men ischemisk basis) - kanske dock även bör stå med i fas 1

## Kapitel 6: Förslag till implementering

Vi efterfrågar ett förtydligande vem som ska utvärdera verksamheterna.

### Rekommendationer – kortversion

Samma kommentarer som vid Fas 1.

## Långsiktig uppföljning inom primärvård (fas 3 hjärtrehabilitering)

### Övergripande synpunkter på huvuddokument 3

Många kommentarer återkommer här från Fas 1 och 2.

### Kapitel 4: Rekommendationer fas 3

Vi vill tydliggöra att alla patienter inte debuterar med AKS.

#### 4.3.1 Individualiserad bedömning och målsättning för varje patient

Vi föreslår ett förtydligande om ABI bör tas på alla någon gång eller bara vid symptom?

#### 4.3.5 Vikt och midjemått

Målvärden för midjemått saknas. Vår erfarenhet är att BMI inte används särskilt stor utsträckning när vi pratar hjärt-kärl risk med patienten.

#### 4.3.6 Fysisk träning

Remiss direkt från VC eller via kardiologmott? se även kommentarer Fas 2

#### 4.3.13 Sex och samlevnad

Vi föreslår ett förtydligande om potensmedel och nitroglycerin (angående att sildenafil och tadalafil: att nitroglycerin INTE får användas samtidigt): det vore bra att förtydliga med tidsspann.

### Kapitel 5: Multisjuklighet och skörhet

Vi föreslår att validerat instrument för att identifiera skörhet används för att bedömningen ska ske objektivt

### Kapitel 6: Förslag till implementering

Vi efterfrågar ett förtydligande om vad som ska framgå i rapporten? Ska detta baseras på SEPHIA indikationer eller något annat?

Är det samma indikatorer som tas upp i dokumentet stöd för styrning och ledning, ska hänvisning göras dit?

### Rekommendationer – kortversion

Samma kommentarer som vid Fas 1

## Kapitel 5: Kunskapsluckor

Komplettera med: Samordning sjukhus och primärvård.

## Kapitel 6: Områden i behov av innovation

Komplettera med: Samordning sjukhus och primärvård

## Kapitel 9: Definitioner och förkortningar

Bör finnas med i varje del

Oili Dahl ordförande Svensk sjuksköterskeförening

Monica Olsson Vårdprofessioner inom Cardiologi

Sandra Månsson sakkunnig Svensk sjuksköterskeförening