

Sekundärprevention vid kranskärlssjukdom – nationellt vårdprogram

Maria Bäck, Docent
Specialistfysioterapeut
Sahlgrenska
Universitetssjukhuset

Nationella arbetsgruppen (NAG) för sekundärprevention

Övergripande mål:

Det övergripande målet är att minska återinsjuknande och död i hjärtsjukdom och hjärtrelaterad ohälsa för patienter med kranskärlssjukdom.



NAG-dokumentet grundar sig på rekommendationer i europeiska guidelines



ESC

European Society of Cardiology

European Heart Journal (2019) 00, 1–71

doi:10.1093/eurheartj/ehz425

ESC GUIDELINES



2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes

The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC)



ESC

European Society of Cardiology

European Heart Journal (2021) 42, 3227–3337

doi:10.1093/eurheartj/ehab484

ESC GUIDELINES

2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies



ESC

European Society of Cardiology

European Heart Journal (2020) 00, 1–79

doi:10.1093/eurheartj/ehaa575

ESC GUIDELINES

2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation

The Task Force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC)



ESC

European Society of Cardiology

European Heart Journal (2020) 00, 1–80

doi:10.1093/eurheartj/ehaa605

ESC GUIDELINES

2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease

The Task Force on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease of the European Society of Cardiology (ESC)

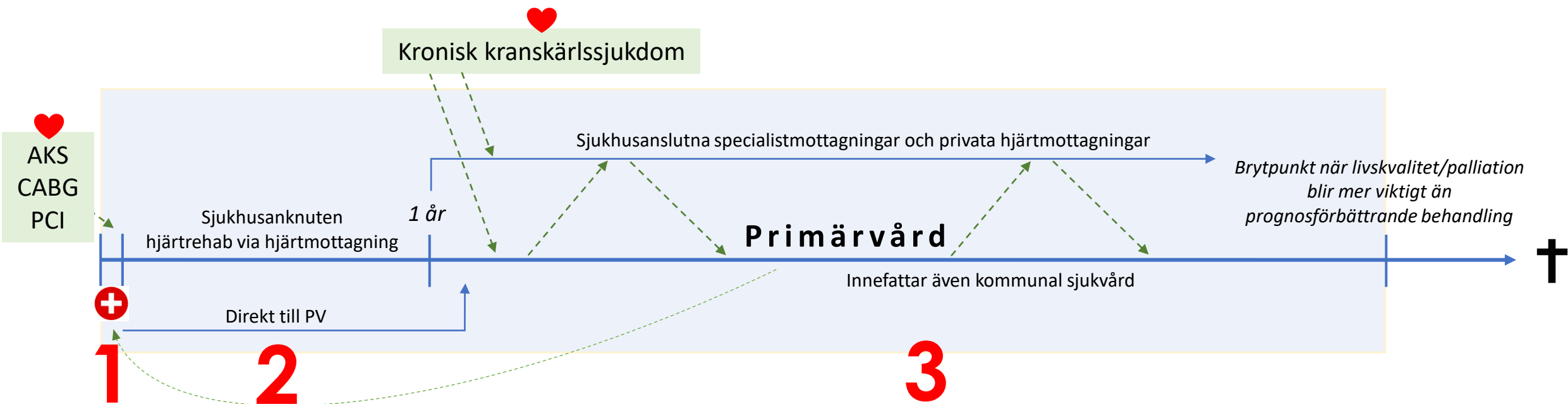
Begreppet "stabil angina" är borta.

Kranskärlsjukdom ses som ett **kroniskt progressivt tillstånd.**

Deltagare NAG sekundärprevention

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

NAG dokumentets uppbyggnad

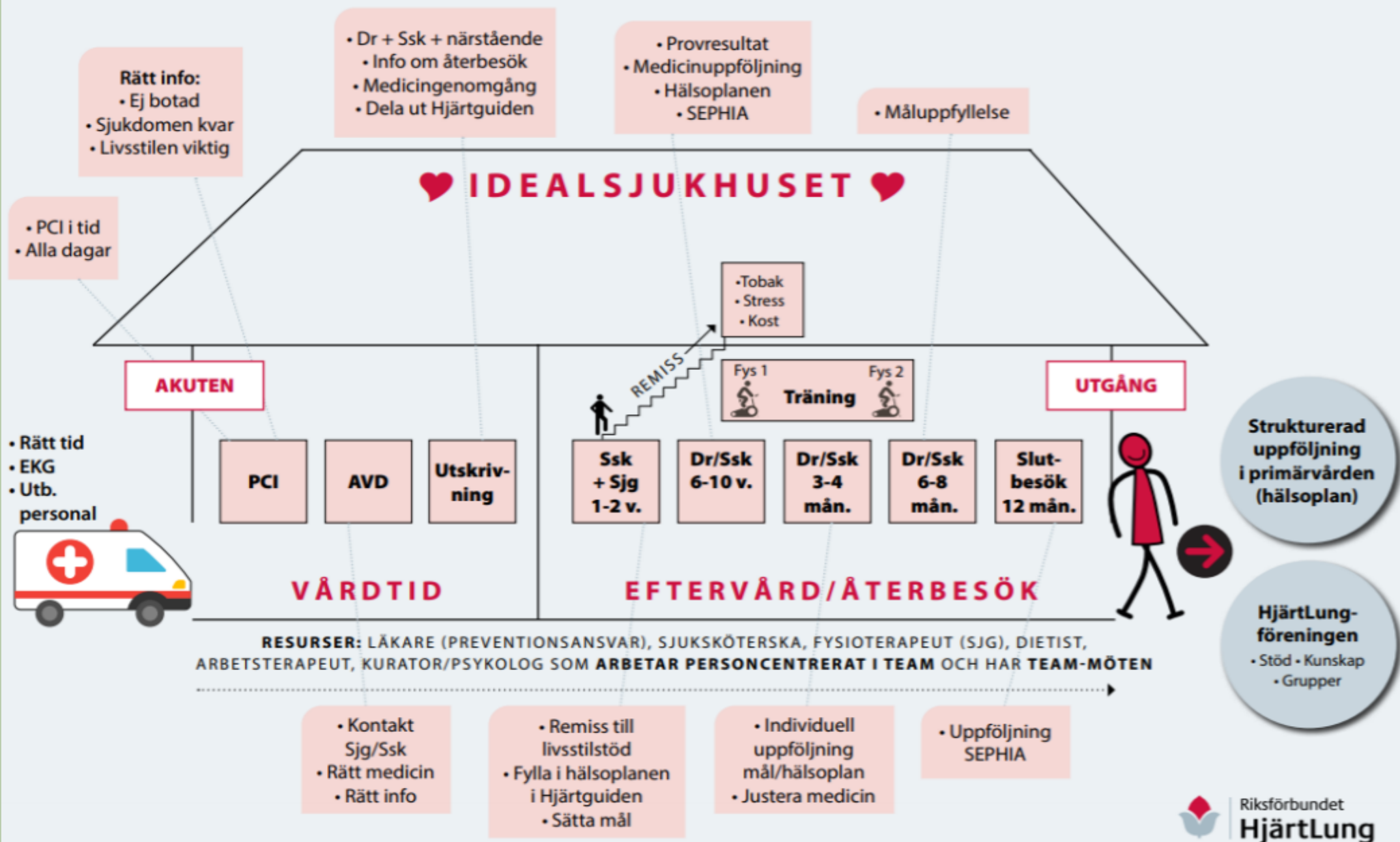


Fas 1 Sekundärprevention på vårdavdelning

Fas 2 Centerbaserad hjärtrehabilitering

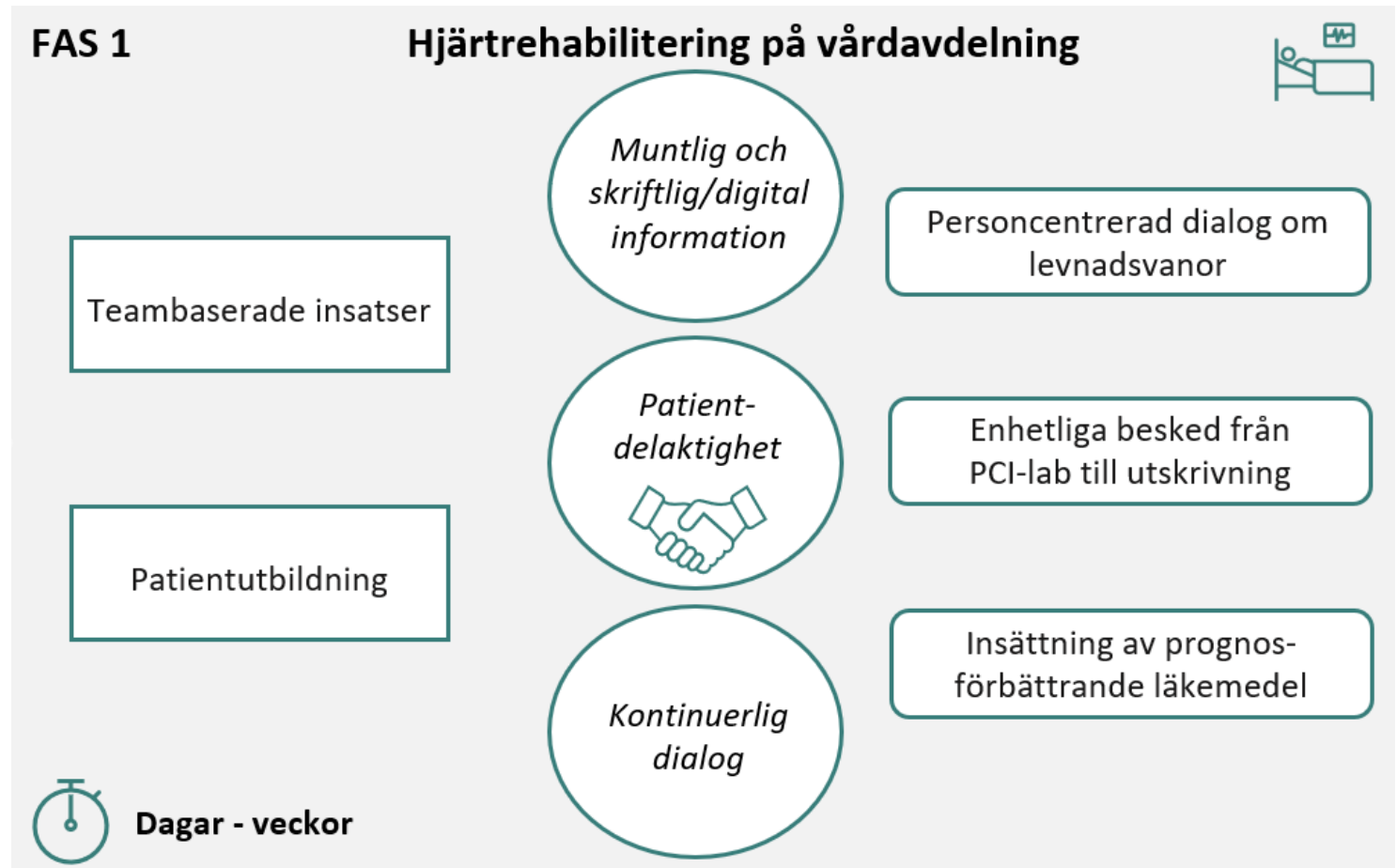
Fas 3 Långsiktig uppföljning inom primärvård

Stöd för styrning och ledning



Fas 1 – På vårdavdelning

- ✓ Tobak
- ✓ Fysisk aktivitet och träning
- ✓ Mat- och alkoholvanor
- ✓ Läkemedel
- ✓ Blodtryck, lipider och blodsocker
- ✓ Psykisk hälsa
- ✓ Patientinformation
- ✓ Utskrivningssamtal
- ✓ Sjukskrivning
- ✓ Multisjuklighet och skörhet
- ✓ Palliativ vård



Behandlingsmål

Behandlingsmål för blodtryck, lipider, fysisk träning och diabetes

Blodtryck (mmHg)

	Systole	Diastole
Patienter <70 år	120-129	<80
Patienter ≥70 år	130-139	<80

Värdena avser mottagningsblodtryck.

Samma målvärden gäller för patienter med diabetes.

Fysisk träning inom hjärtrehabilitering*

- Konditionsträning minst 3 ggr/vecka som utförs sammanhängande under 30-60 min per tillfälle på måttlig till hög intensitet (vanligen 70-95% av HFmax; Borg RPE 14-17).
- Styrketräning minst 2 ggr/vecka, 8-10 övningar i 1-3 set. 10-15 repetitioner med en intensitet av 40-80% av ett

Lipider

Primärt behandlingsmål

LDL	<1.4 mmol/L <u>och</u> minst 50% sänkning från ett obehandlat värde
-----	---

Sekundära behandlingsmål

Triglycerider	<1.7 mmol/L
Non-HDL	<2.2 mmol/L

Diabetes

- Generellt behandlingsmål för patienter med diabetes och samtidig kranskärslsjukdom är HbA1c 53-69 mmol/mol.

Levnadsvanemål

Rekommendationer för levnadsvanor, midjemått och BMI

Matvanor

- Rikligt intag av grönsaker, baljväxter, frukt och bär, minst 500 g eller 5 portioner dagligen. I praktiken motsvarar detta två nävar grönsaker/baljväxter och 2-3 frukter.
- En näve osaltade nötter och frön dagligen (ca 30 g).
- Fisk och skaldjur 2-3 ggr/vecka.
- Växtbaserade matfetter och oljor, omättade fetter hellre än fasta smörbaserade, mättade fetter.
- Välja fullkornsprodukter för pasta, bröd och gryn.
- Begränsa salt, sockersötad dryck, godis, kakor, glass, rött kött och charkvaror.
- Välja nyckelhålsmärkta produkter.

Alkohol

- Begränsa intag av alkohol.

Tobak

- ***Rökstopp har högsta prioritering för personer som röker!***

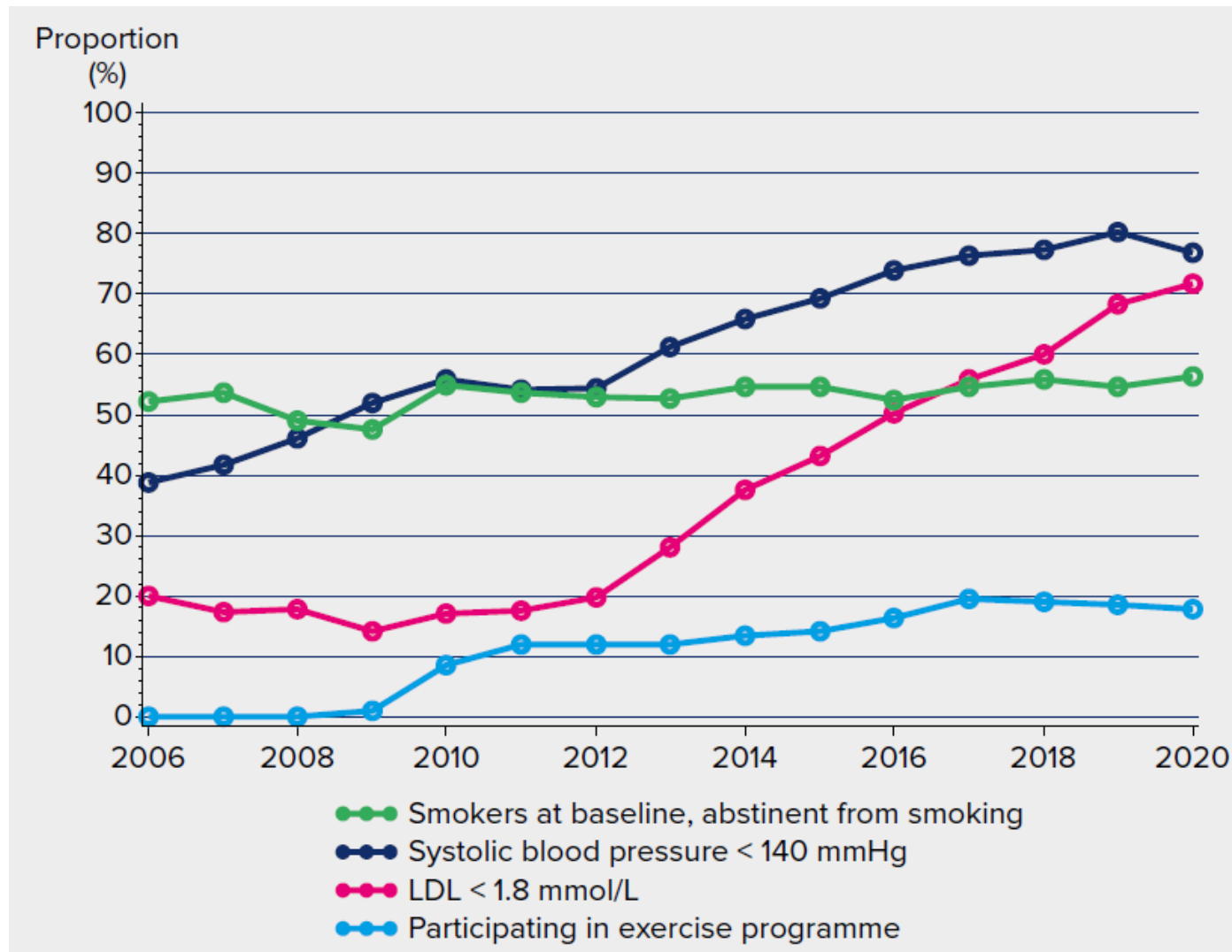
Fysisk aktivitet

- Pulshöjande fysisk aktivitet 150-300 minuter på måttlig intensitet eller 75-150 minuter på hög intensitet/vecka. Aktivitet på måttlig och hög intensitet kan kombineras. Aktiviteten bör spridas över veckan och behöver inte utföras sammanhängande.
- Stillasittande tid bör begränsas.

Midjemått och BMI

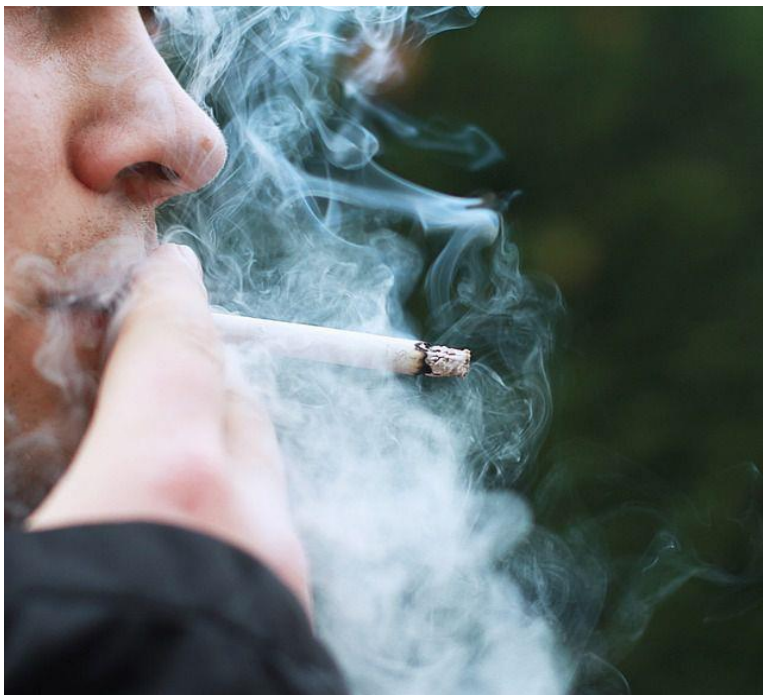
		Önskvärt	Ökad risk
Midjemått (cm)	Män	< 94	≥ 102
	Kvinnor	< 80	≥ 88
BMI (kg/m ²)		18.5-24.9	≥30.0

Måluppfyllelse för våra patienter 2020



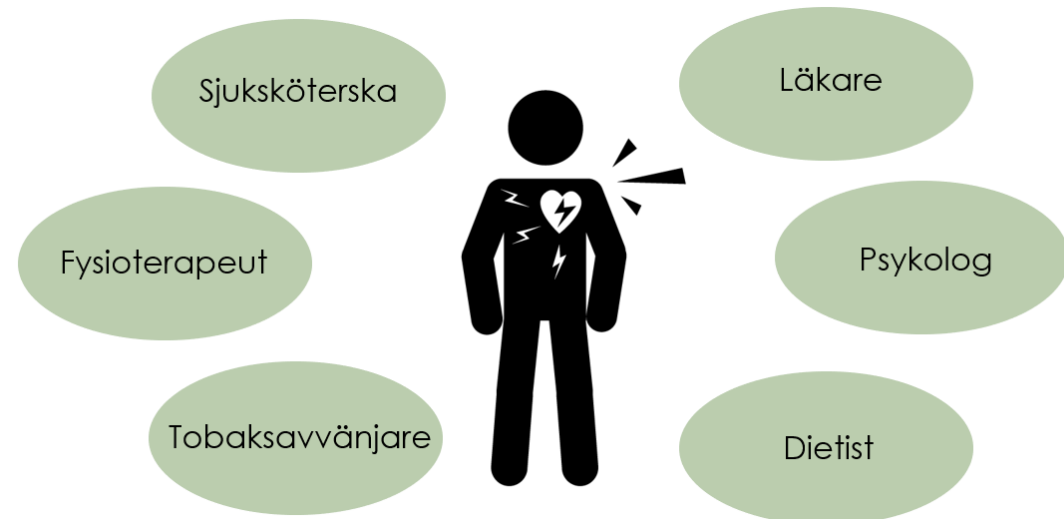
Patienter med
hjärtinfarkt
< 80 år

Hur svårt kan det vara att ändra livsstil ?



Fas 2 – Centerbaserad hjärtrehabilitering

- Ett strukturerat uppföljnings- och behandlingsprogram, lett av ett multiprofessionellt **team** (eng. centre-based cardiac rehabilitation)
- Behandlingen bygger på beteendeförändring, vilket är tidskrävande om hållbar effekt ska uppnås
- Bedrivs idag vanligen vid sjukhusanknutna hjärtrehabiliteringsenheter. Motsvarande program kan dock erbjudas inom primärvård eller privat hjärtmottagning om kraven för innehåll i centerbaserad hjärtrehabilitering uppfylls



Innehåll och organisation

Start och längd på programmet

För patienter med AKS/revask, bör hjärtrehabilitering starta under sjukhusvistelsen (fas 1 hjärtrehabilitering)

Första besök till centerbaserad hjärtrehabilitering (fas 2) bör ske senast 3 veckor efter utskrivning

Fas 2 hjärtrehabilitering bör pågå minst 3-6 månader, helst upp till ett år

Personal

Medicinskt ansvarig läkare

Centrala yrkesgrupper i teamet: sjuksköterskor, fysioterapeuter och läkare

Yrkesgrupper med viktiga stödfunktioner: tobaksavvänjare, psykologer, kuratorer, dietister, undersköterskor, sekreterare/vård-administratörer

Yrkesgrupper med konsulterande funktion: arbetsterapeut, farmaceut, diabetolog, allmänläkare, patientförening

Organisation

Regelbundna ronder för att diskutera patientärenden

Regelbundna team möten för att diskutera arbetsfördelning, kvalitet, förbättringsarbete mm

Rapportering till kvalitetsregister och uppföljning av resultat

Centrala komponenter i behandlingen

Individualiserad bedömning av varje patient

Bedömning och behandling av högt blodtryck

Bedömning och behandling av höga lipider

Bedömning och behandling av högt blodsocker /diabetes

Bedömning och behandling med fysisk träning

Rådgivning om fysisk aktivitet

Tobaksavvänjning

Rådgivning om mat- och alkoholvanor

Rådgivning om vikt/viktnedgång

Bedömning och behandling av psykosociala faktorer

Program bör innehålla

Individualiserad patientutbildning

Interaktiv grupputbildning där närstående bjuds med

Center-baserad, handledad, fysisk träning

Fas 2 - Patienter

Patienter med akut vårdtillfälle på sjukhus

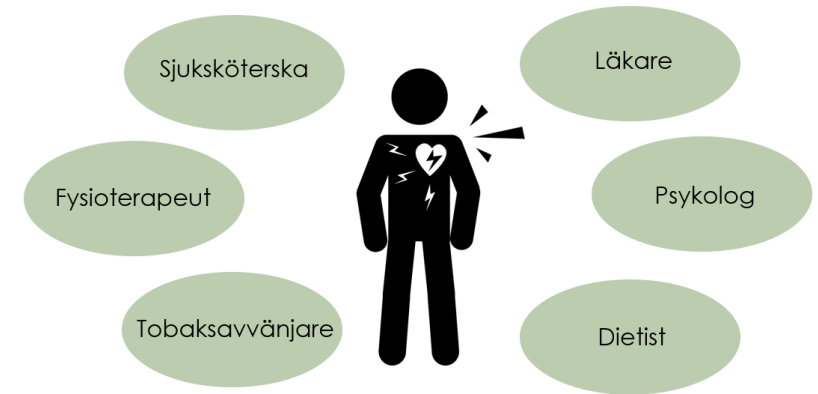
- Alla patienter med genomgången AKS (hjärtinfarkt eller instabil angina) och/eller revaskularisering (CABG eller PCI)
- Tidig start: Företrädesvis inom 1-2 veckor efter utskrivning
- Programmet varar första året

Patienter med kronisk kranskärslsjukdom, utan akut vårdtillfälle på sjukhus

- Patienter utan AKS eller revaskularisering som bedöms ha nytta av centerbaserad hjärtrehabilitering
- Rekommendation att få tillgång till programmet inom det första året efter diagnos
- Personcentrerad bedömning avseende längd och innehåll, men rekommenderas minst innefatta:
 - Besök till sjuksköterska
 - Besök till fysioterapeut
 - Deltagande i patientutbildning

Fas 2 – Personal och organisation

- Medicinskt ansvarig läkare
- Rekommenderad MI-utbildning
- Minst en i teamet som är utbildad tobaksavvänjare
- Utbildning i S-HLR
- Sjuksköterskor kan ges behörighet att självständigt justera dosering av blodtrycksläkemedel och lipidsänkande läkemedel
- Fysioterapeuter med kompetens inom kardiologi och arbetsfysiologi
- Regelbundna ronder och team-möten
- Rapportering till SEPHIA och uppföljning av resultat



Fas 2 – Rekommendationer

- **Individualiserad bedömning och uppföljning av patienten**

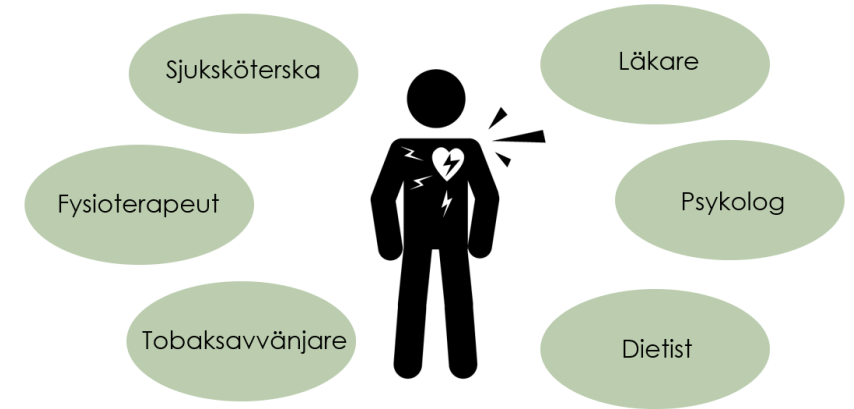
- Personcentrerad vård, delaktig patient
- Skriftliga kopior och uppföljning av patientens mål
- Sträva efter att patienten får träffa samma vårdgivare

- **Rekommendationer för levnadsvanor**

- Tobaksavvänjning. Nikotinersättningsmedel
- Fysisk aktivitet enligt folkhälsorekommendationerna
- Mat- och alkoholvanor. Socialstyrelsens frågor, AUDIT
- Vikt- och midjemått. Mät BMI. I vissa fall remiss till dietist eller överviktsenhet

- **Psykosocialt stöd**

- Fråga om psykisk hälsa. Använd gärna screeningformulären PHQ-2 och GAD-2
- Koppla in psykolog eller kurator vid behov



Fas 2 – Behandlingsmål

- **Fysioterapeut-ledd fysisk träning inom hjärtrehabilitering:**

- Pre-exercise screening samt bedömning av fysisk kapacitet utförs på sjukhus
- Förskrivning av och deltagande i individanpassad fysioterapeutledd fysisk träning kan utföras på enhet som uppfyller kraven för centerbaserad hjärtrehabilitering

- **Blodtryck**

- Mäts standardiserat vid varje besök. Hembloodtryck och/eller 24 tim BT-mätning bör övervägas

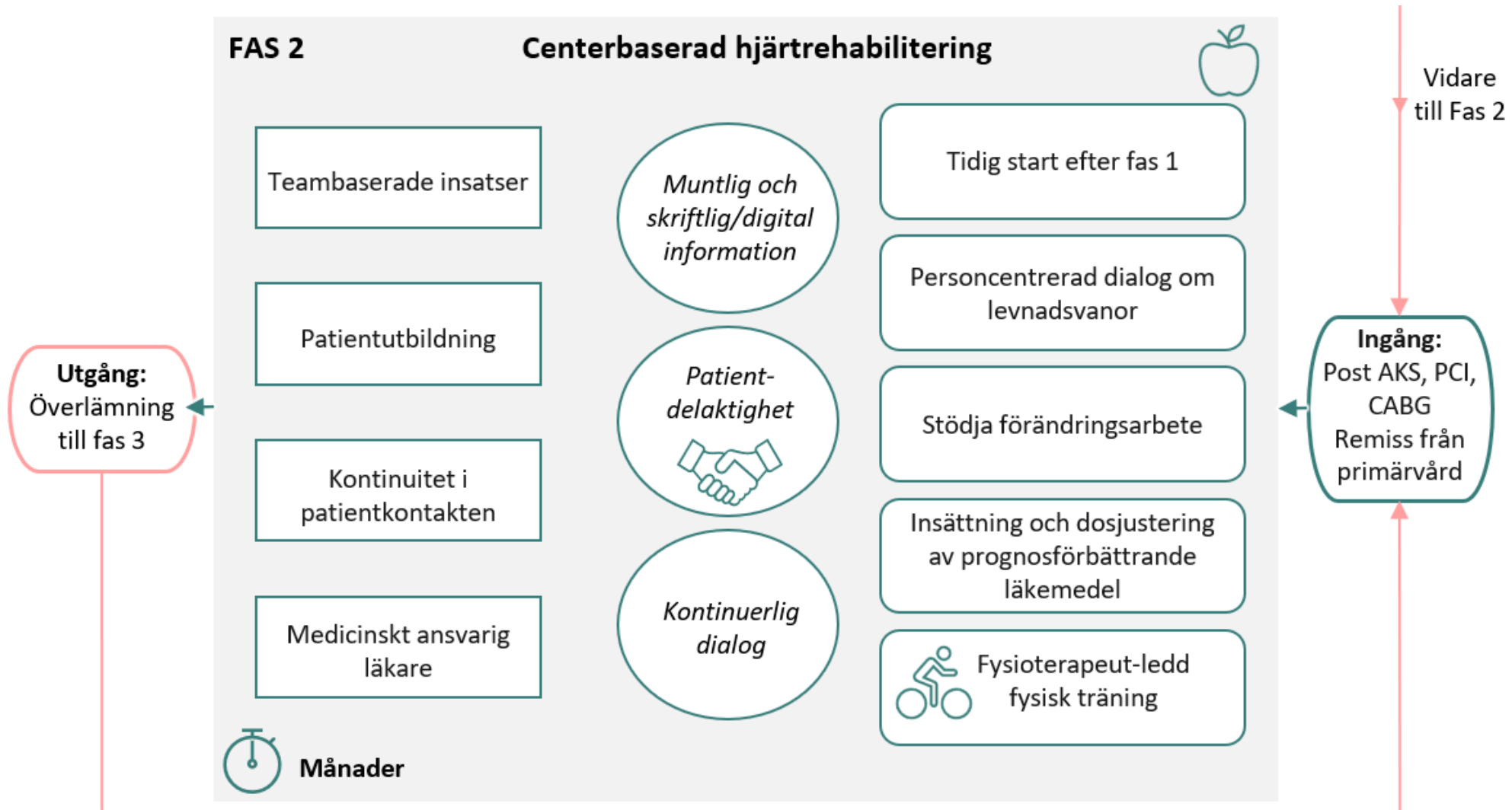
- **Lipider**

- Kontrolleras inom 1-2 mån från utskrivning
- Om målen inte uppnås med statin i högsta tolerabla dos, bör ezetimib läggas till
- Om målen fortfarande inte uppnås med statin och ezetimib kan PCSK-9 hämmare tilläggas

- **Diabetes**

- Kontrollera fastebloodsocker och HbA1c regelbundet
- Vid inkonklusiva värden – utför oralt glukostoleranstest (OGTT)
- Vid nyupptäckt typ-2 diabetes bör behandling initieras och remiss skickas till PV för fortsatt uppföljning

Fas 2 – Centerbaserad hjärtrehabilitering



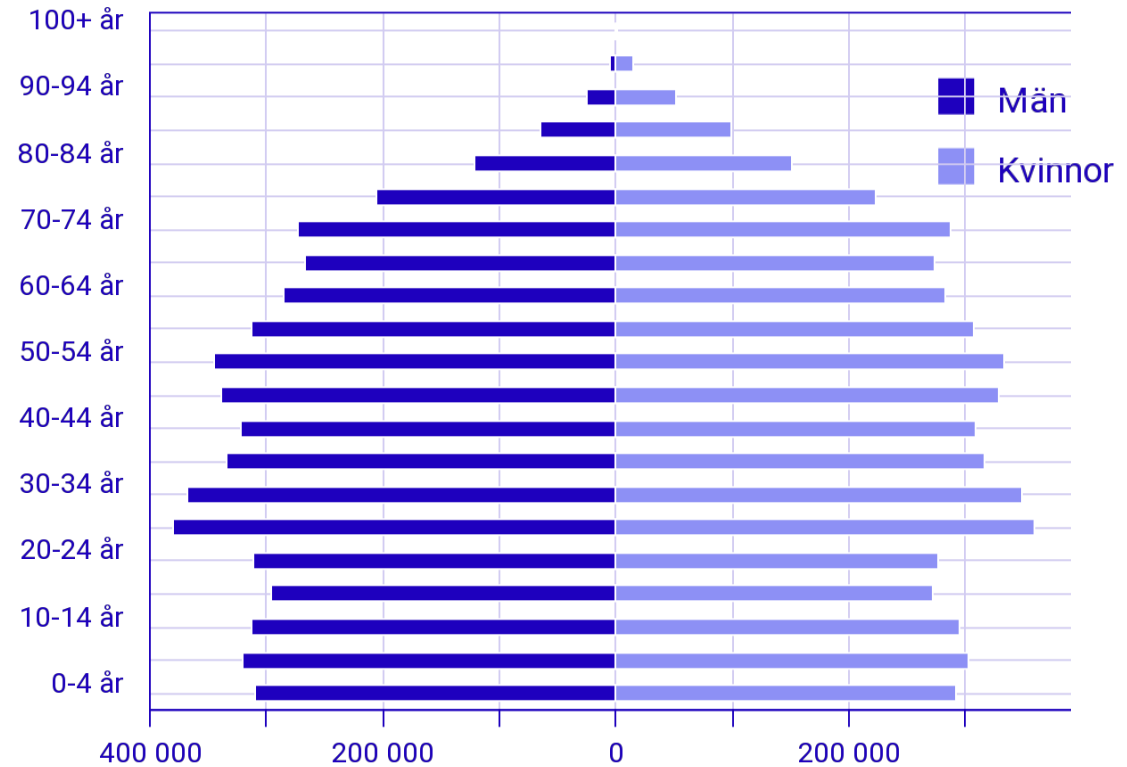
Fas 3 – Långsiktig uppföljning inom primärvård

1. Strukturerat och **multiprofessionellt omhändertagande** där läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter och psykologer/kuratorer arbetar tillsammans med patienterna utifrån ett **personcentrerat** förhållningssätt.
2. Sjuksköterskor med särskild kompetens kan med fördel ansvara för sådan mottagning, i samråd med en eller flera ansvariga läkare samt övriga yrkesgrupper i teamet.
3. Strukturerat kallelsesystem för patienter med kronisk kranskärslsjukdom rekommenderas.

Allt fler äldre i Sverige



SCB 2019



År 2050

80+ dubbleras från 496 000 till ca 900 000

90+ tredubblas från 70 000 till ca 200 000

Kortversioner för både vårdgivare och patient

Sekundärprevention på vårdavdelning (fas 1 hjärtrehabilitering)

- kortversion -

Rekommendation

	Gör vi redan	Kan vi förbättra	Behöver vi inleda
Kranskärslssjukdom är en <i>kronisk sjukdom</i> . Patienten bör informeras om detta, så att patienten inte får en felaktig uppfattning att tillståndet är botat genom behandling av den akuta hjärtinfarkten.			
LEVNADSVANOR			
All personal bör vara insatt i vilka råd och rekommendationer som gäller om <i>hälsosamma levnadsvanor</i> , så att enhetliga besked ges till patienten.			
Diskussion kring levnadsvanor bör dokumenteras i journalen och åtgärdskodas.			
Rökning			
<i>Rökstopp</i> har högsta prioritet för rökande patienter! Vikten av rökstopp bör tas upp i samtalet med patienten av samtlig personal, kontinuerligt under vårdtiden.			
Erbjud adekvata doser nikotinersättningsmedel (plåster, tuggummi, sugtabletter).			
Vareniklin kan användas, om patienten gjort tidigare misslyckade rökstopp med hjälp av nikotinersättningsmedel. Behandlingen kan med fördel initieras på vårdavdelning.			
Erbjud fortsatt hjälp med tobaksavvänjning antingen i primärvården eller på det egna sjukhuset, beroende på var resurser finns.			
Fysisk aktivitet och träning			
<i>Patienten bör träffa fysioterapeut under vårdtiden</i> för att få information om vikten av fysisk aktivitet och träning och vilka rekommendationer som gäller under den första tiden efter hemgång.			
Mat- och alkoholvanor			
Under vårdtiden bör alkoholkonsumtion penetreras och i de fall riskbruk finns, erbjuda patienten hjälp för vidare utredning och behandling.			
Har patienten problem med övervikt och/eller ohälsosamma matvanor kan dietist kopplas in redan under vårdtiden.			
ORO OCH NEDSTÄMDHET			
Oro, nedstämdhet och stress är underskattade riskfaktorer för kranskärslssjukdom. Det är viktigt att all personal beaktar detta och är lyhörda för att patienten kan ha behov av samtal eller annat stöd. Koppla gärna in kurator eller psykolog redan under vårdtiden.			
LÄKEMEDEL			
Prognosförbättrande läkemedel bör sättas in tidigast möjligt under vårdtiden. För detaljer kring läkemedelsbehandling för patienter med kronisk kranskärslssjukdom se bifogad tabell.			

Sekundärprevention vid kranskärslssjukdom

- vad bör jag som patient erbjudas?

Erbjuden behandling

	Detta fick jag	Detta fick jag delvis	Detta fick jag inte	Ej relevant för mig
Under vårdtiden (vid hjärtinfarkt eller bypass operation)				
Rökning				
Personalen på vårdavdelningen diskuterade vikten av rökstopp med mig, och erbjöd mig hjälpmedel för att sluta röka.				
Jag blev erbjuden fortsatt hjälp med tobaksavvänjning antingen i primärvården eller på sjukhuset.				
Fysisk aktivitet och träning				
Jag fick träffa fysioterapeut under vårdtiden, som gav mig information om vikten av fysisk aktivitet och träning och vilka rekommendationer som gäller under den första tiden efter hemgång.				
Mat- och alkoholvanor				
Jag blev tillfrågad om min alkoholkonsumtion. Om riskbruk av alkohol identifierades, blev jag erbjuden hjälp för vidare utredning och behandling.				
Personalen på vårdavdelningen frågade mig om mina matvanor.				
För mig som är överviktig eller har ohälsosamma matvanor, erbjöds jag hjälp för att ta itu med detta.				
Oro och nedstämdhet				
Jag upplevde att personalen på vårdavdelningen var lyhörda avseende min psykiska hälsa, och erbjöd kontakt med kurator eller psykolog om jag mådde dåligt.				
Läkemedel				
Läkare och/eller sjuksköterska på vårdavdelningen diskuterade med mig vilka nya läkemedel sattes in och <i>varför</i> de nyinsatta läkemedlen borde intas, vilka indikationer fanns för benadlingen och hur länge medicinerna skulle tas.				
För mig som inte haft nitroglycerinspray tidigare, fick jag testa detta före hemgång. Testning är viktigt för att möjliggöra undervisning i rätt teknik samt att observera eventuell blodtrycksreaktion efter användandet.				
Information				
Jag fick information om att kranskärslssjukdom är en <i>kronisk sjukdom</i> .				
Jag fick träffa sjuksköterska från hjärtrehabiliteringsteamet redan under vårdtiden, för att diskutera t.ex. mål för riskfaktorer samt levnadsvanor.				
Jag fick information om och/eller erbjudande om att delta i hjärtskola				

Matnyttiga bilagor

LATHUND för nikotinberoende*

Hur snabbt efter uppvaknandet röker du?

	Poäng
☐ Inom 5 minuter	3
☐ 5–30 minuter	2
☐ 31–60 minuter	1
☐ Mer än en timme	0

Hur många cigaretter röker du per dag?

	Poäng
☐ < 10	0
☐ 11–20	1
☐ 21–30	2
☐ 31 eller fler	3

Totalsumma: 4 poäng och mindre

Erbjud nikotinplåster 14 mg/24 timmar, ett per dag och eventuellt nikotin sugtabletter 2 mg vid behov.

Totalsumma: 5–6 poäng

Erbjud nikotinplåster 21 mg/ 24 timmar, ett per dag och nikotin sugtabletter 2 mg.

Öka	Byt ut		Begränsa
Grönsaker och baljväxter	Spannmålsprodukter av vitt/siktat mjöl	▶	Spannmålsprodukter
Frukt och bär	Smör, smörbaserade matfetter	▶	Vegetabiliska oljor, oljebaserade matfetter
Fisk och skaldjur	Feta mejeriprodukter	▶	Magra mejeriprodukter
Nötter och frön			
			Charkprodukter Rött kött
			Drycker och livsmedel med tillsatt socker
			Salt
			Alkohol

Standardiserad Blodtrycksmätning

- Undvik kaffe, te eller tung fysisk ansträngning innan blodtrycksmätningen
- Vila minst 5 min under tystnad inför mätning
- Blodtrycket mäts i sittande med stöd för rygg och arm
- Flera mätningar kan behövas vid arytmi, t.ex. vid förmaksflimmer då manuell mätning bör användas eftersom de flesta digitala mätare inte är validerade för mätningar hos patienter med förmaksflimmer
- Manschetten bör sitta på överarmen i höjd med hjärtat, ett par cm ovan armvecket
- Vid första besöket bör blodtrycket mätas i både höger och vänster arm för att upptäcka en eventuell skillnad mellan armarna. Använd sedan den arm där blodtrycket är högst som referensvärde
- Liggande och stående blodtrycksmätning bör övervägas hos patienter som ofta drabbas av ortostatisk hypotension, t.ex. äldre och hos patienter med diabetes

Screening för oro och nedstämdhet

Under de senaste 14 dagarna, hur ofta har du besvärats av följande problem?	Inte alls	Flera dagar	Mer än hälften av dagarna	Nästan varje dag
1) Känt dig nervös, ängslig eller väldigt stressad	0	1	2	3
2) Inte kunnat sluta oroas dig eller kontrollera din oro	0	1	2	3
3) Lite intresse eller glädje i att göra saker	0	1	2	3
4) Känt dig nedstämd, deprimerad eller känt att framtiden ser hopplös ut	0	1	2	3

Fråga 1) och 2) tillhör skalan **GAD-2** om oro och panikångest. Över 2 poäng sammanlagt här är en klar indikation på att patienten bör erbjudas en djupare bedömning.

Fråga 3) och 4) tillhör skalan **PHQ-2** om nedstämdhet. Över 2 poäng sammanlagt här är en klar indikation på att patienten bör erbjudas en djupare bedömning.

Stöd för styrning och ledning

- Deltagande i centerbaserad hjärtrehabilitering för patienter som vårdats för **akut koronart syndrom (AKS)** eller har genomgått revaskularisering ges högsta möjliga rekommendation i internationella riktlinjer.
- Även patienter med kronisk kranskärslsjukdom, **utan föregående händelse**, kan dra nytta av deltagande i centerbaserad hjärtrehabilitering.
- Sekundärprevention är också en viktig del av behandlingen vid **extrakardiell ateroskleros**, till exempel benartärsjukdom.

Stöd för styrning och ledning

Områden i behov av resurstillskott:

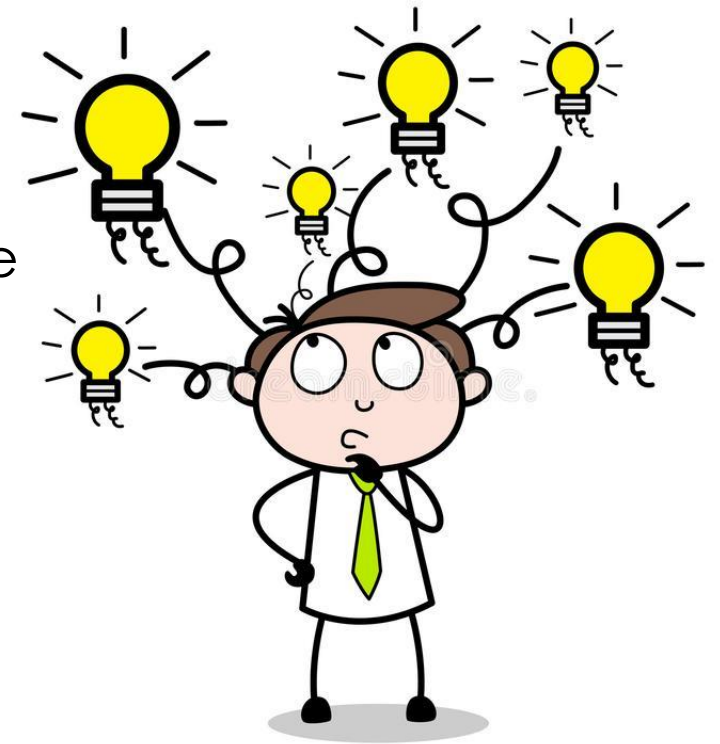
- Ökat antal fysioterapeuter inom sjukhusanknuten hjärtrehabilitering
- Sjuksköterskeledd teambaserad uppföljning av patienter inom primärvård
- Ökad kapacitet inom centerbaserad hjärtrehabilitering för att kunna ta emot fler patienter

Huvudsakliga indikatorer

1. Andel patienter med AKS eller som har revaskulariserats som har rökt vid insjuknandet/före ingreppet, men som är rökfria 11-13 månader efter händelsen
2. Andel patienter med AKS eller som har revaskulariserats som deltar i fysiskt träningsprogram ≥ 3 månader inom centerbaserad hjärtrehabilitering under det första året efter händelsen
3. Andel patienter med diagnos kranskärslsjukdom som behandlas med kolesterol-sänkande läkemedel
4. Andel patienter med diagnos kranskärslsjukdom som haft återbesök i primärvården och/eller på sjukhus de senaste 18 månaderna
5. Andel patienter med oplanerad återinläggning pga hjärtinfarkt 11-13 månader efter diagnos AKS eller revaskularisering
6. Tid från utskrivning från vårdavdelning efter AKS eller revaskularisering till första besök (till ssk/läk) inom centerbaserad hjärtrehabilitering

Utmaningar i implementering

- ✓ Förflyttning mellan fas 1 > 2 > 3 måste fungera
- ✓ Informationsöverföring
- ✓ Kunskap – hela kedjan måste vara pålästa och uppdaterade
- ✓ Tillgänglighet
- ✓ Jämlik vård
- ✓ Måluppfyllnad
- ✓ Kvalitetsuppföljning



TACK !

E-mail: maria.m.back@vgregion.se

