



*Peter Vasko, Hjärtläkare, Växjö  
RiksSvikt, Registerhållare  
[peter.vasko@rikssvikt.se](mailto:peter.vasko@rikssvikt.se)*

*Chairman of RiksSvikt, The Swedish Heart Failure  
Registry, [www.swedehf.se](http://www.swedehf.se)*

*Treasurer of the Swedish Heart Federation, host of The  
Swedish Cardiovascular Spring Meeting, [www.varmotet.se](http://www.varmotet.se)*

*Member of the priority group Swedish guidelines for heart  
diseases, National Board of Health and Welfare,  
[www.riktlinjer.se](http://www.riktlinjer.se)*

*Member of the Steering committee  
Swedeheart, [www.swedeheart.se](http://www.swedeheart.se)*

## Aktuellt medicinskt inom hjärtsvikt och RiksSvikts betydelse

*Ljuset på...*

*Människan med hjärtsvikt*

*Modern Hjärtsviktsvård GENAST*

*OKEJ med samarbete vid hjärtsvikt  
Nationella utbildningsdagar i hjärtsvikt, VIC  
hjärtsviktsgrupp Folkets hus Huddinge*



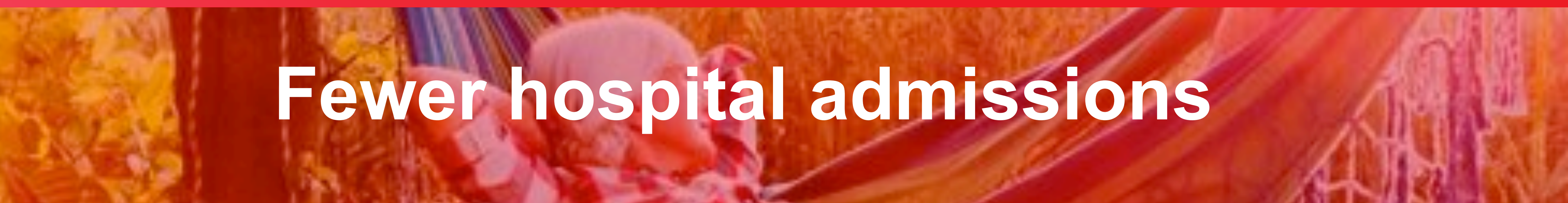
The story begins  
*The Heartfailure Patient in Focus part 1*







**Higher Quality of Life**



**Fewer hospital admissions**



**Reduced morbidity**



**Fewer premature deaths**



Seeing the doctor  
*The Heartfailure Patient in Focus part 2*





Det är lätt...

med hjärtsvikt



# Det är lätt...

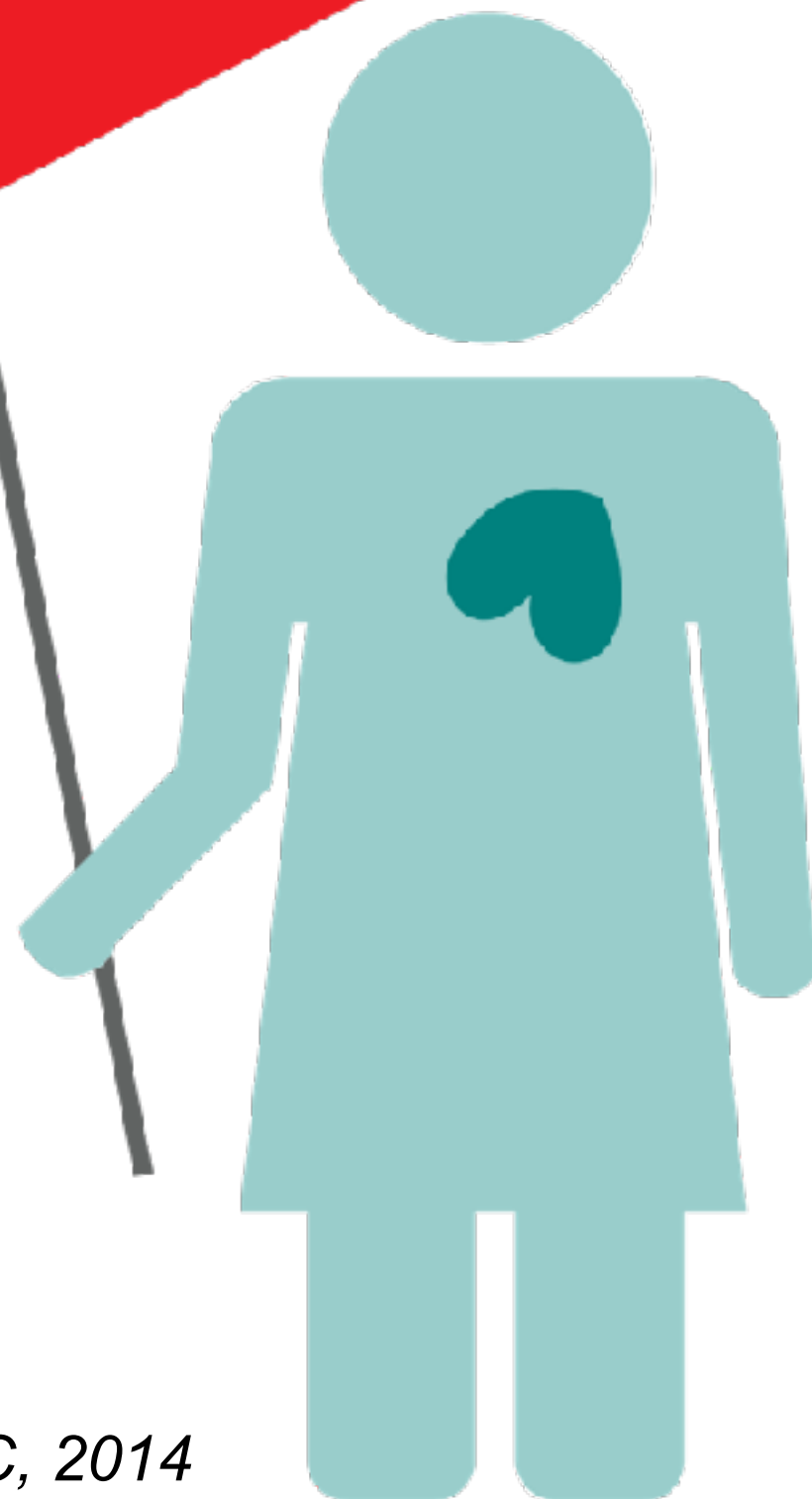
med symtomen vid hjärtsvikt



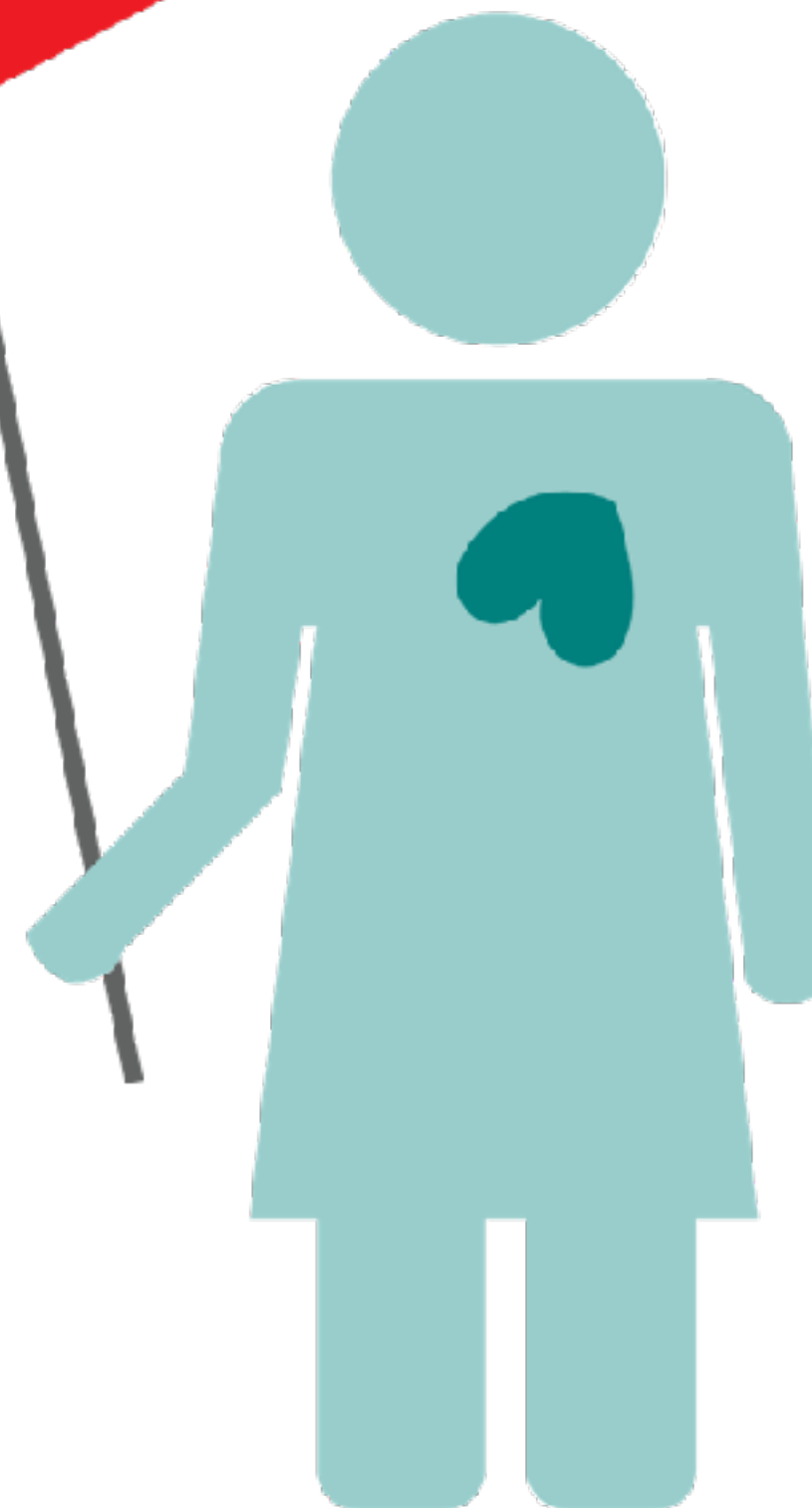
## Red flag symptoms

There are clear **red flag** symptoms to look for

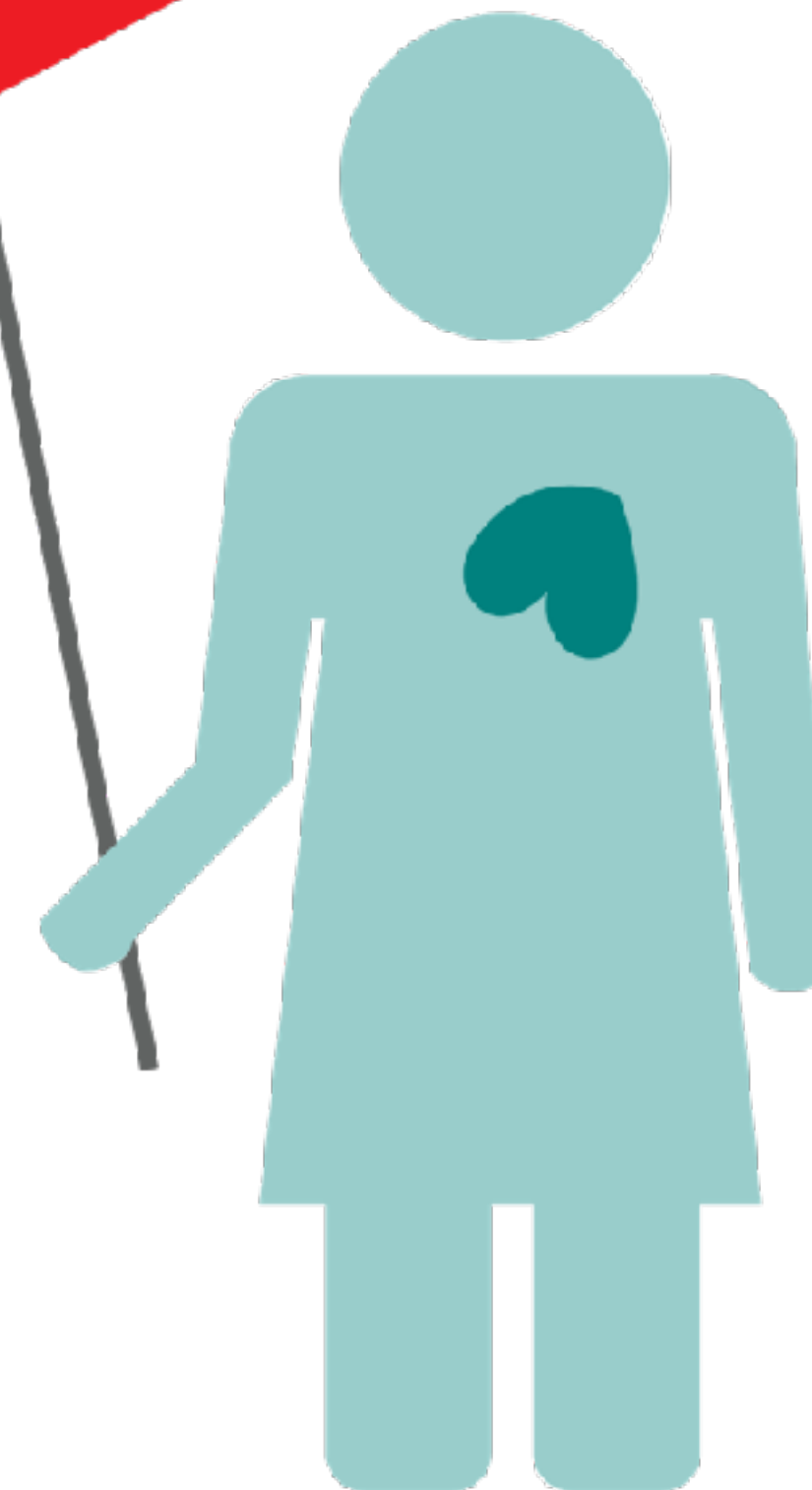
Shortness  
of breath



Fatigue,  
reduced exercise  
tolerance



Ankle  
swelling



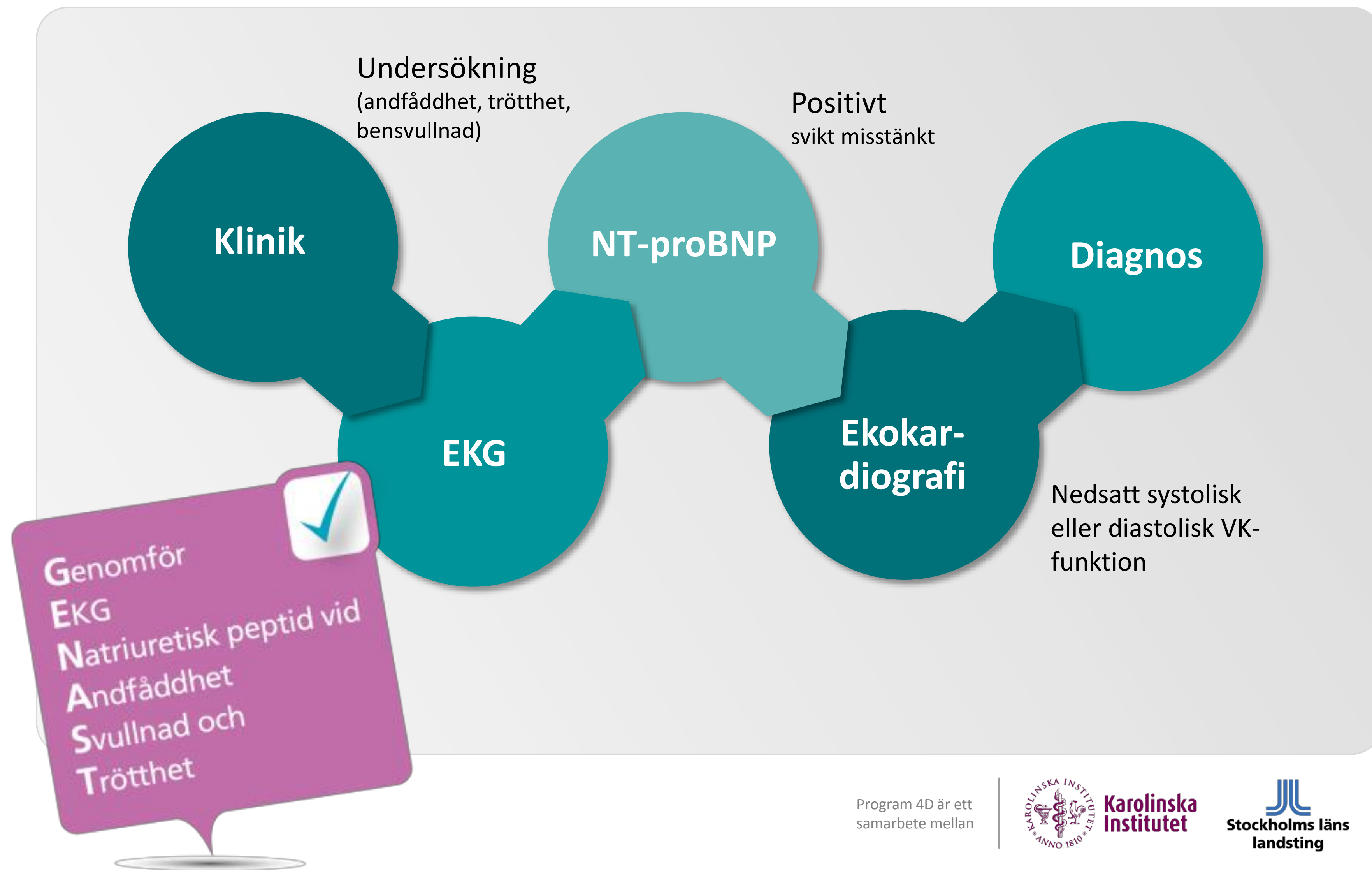


# Det är lätt...

med diagnosen vid hjärtsvikt



# Upptäck hjärtsvikt GENAST!



## PATIENT WITH SUSPECTED HF (non-acute onset)

### ASSESSMENT OF HF PROBABILITY

#### 1. Clinical history

History of CAD (MI, revascularization)  
History of arterial hypertension  
Exposition to cardiotoxic drug/radiation  
Use of diuretics  
Orthopnoea / paroxysmal nocturnal dyspnoea

#### 2. Physical examination

Rales  
Bilateral ankle oedema  
Heart murmur  
Jugular venous dilatation  
Laterally displaced/broadened apical beat

#### 3. ECG:

Any abnormality

Assesment of  
natriuretic peptides  
not routinely done  
in clinical practive

≥ 1 present

#### NATRIURETIC PEPTIDES

- NT-proBNP ≥125pg/mL
- BNP ≥35pg/mL

Yes

No

All absent

### ECHOCARDIOGRAPHY

Normal

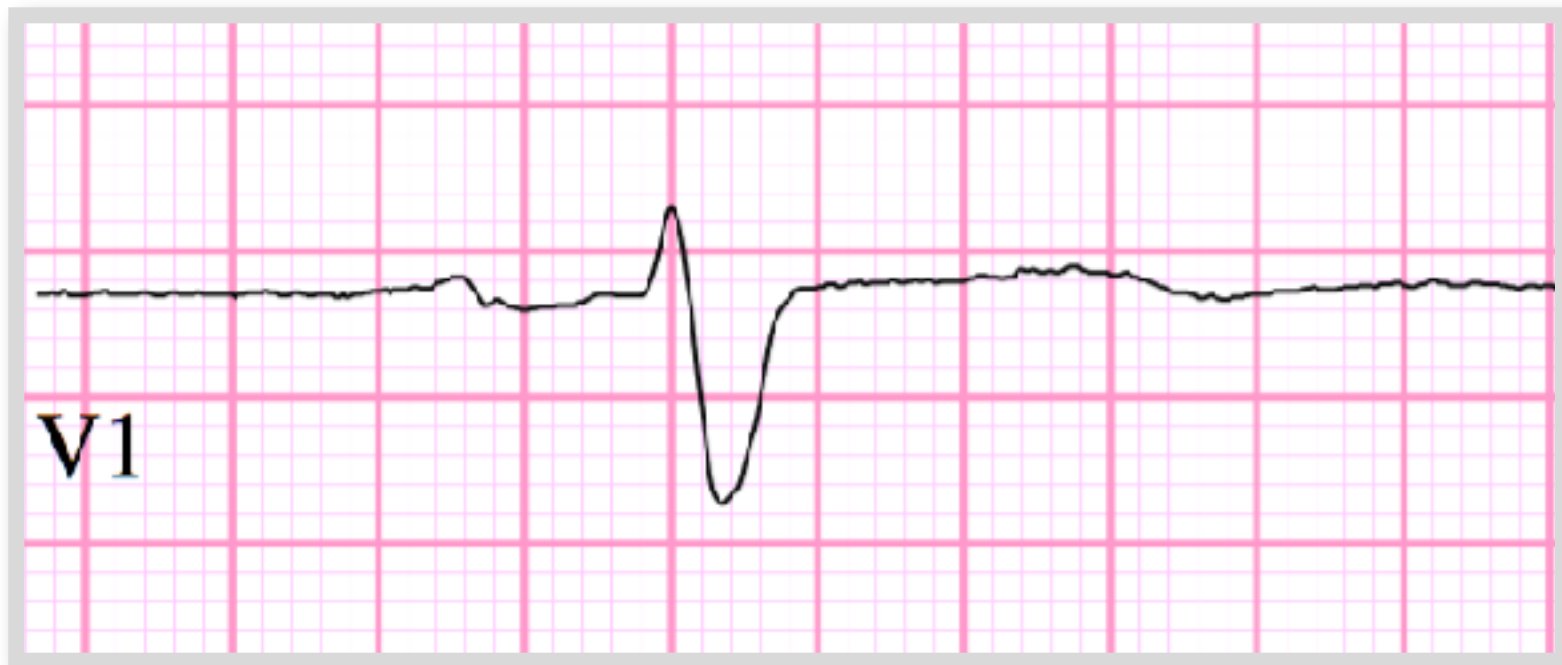
HF unlikely:  
Consider other  
diagnosis

If HF confirmed (based on all available data):  
determine aetiology and start appropriate treatment

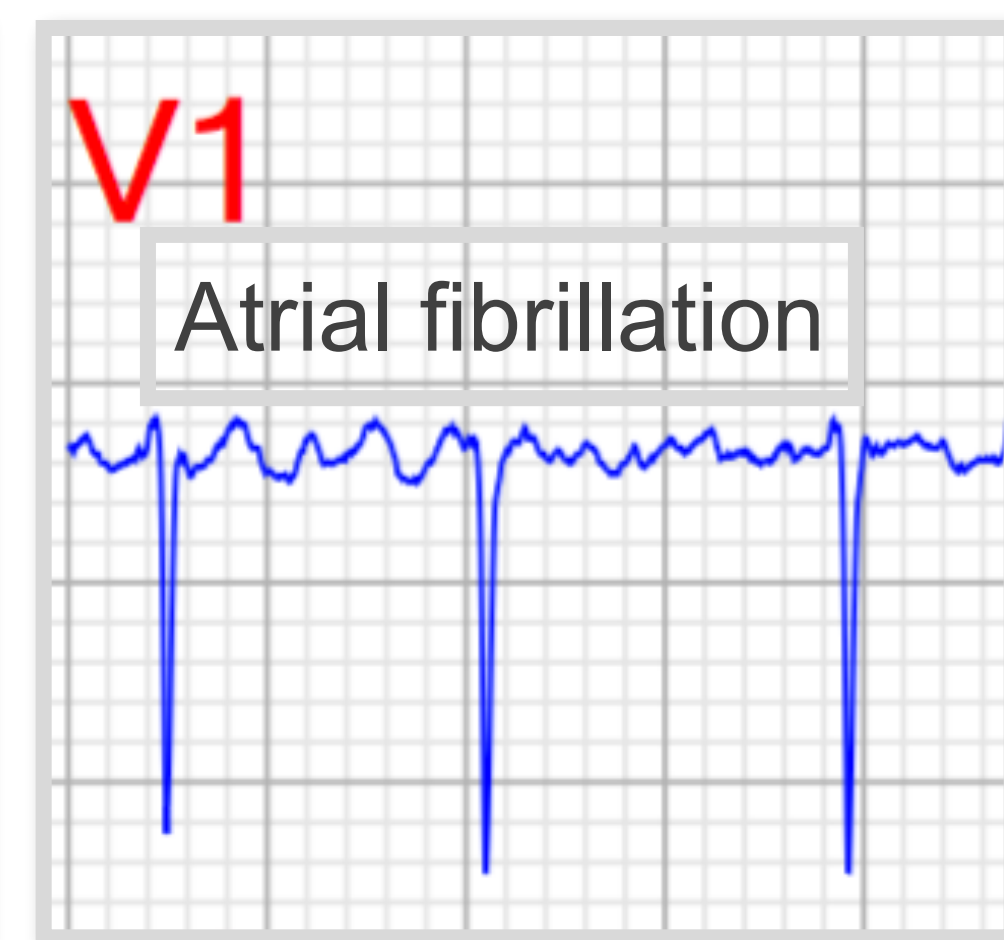
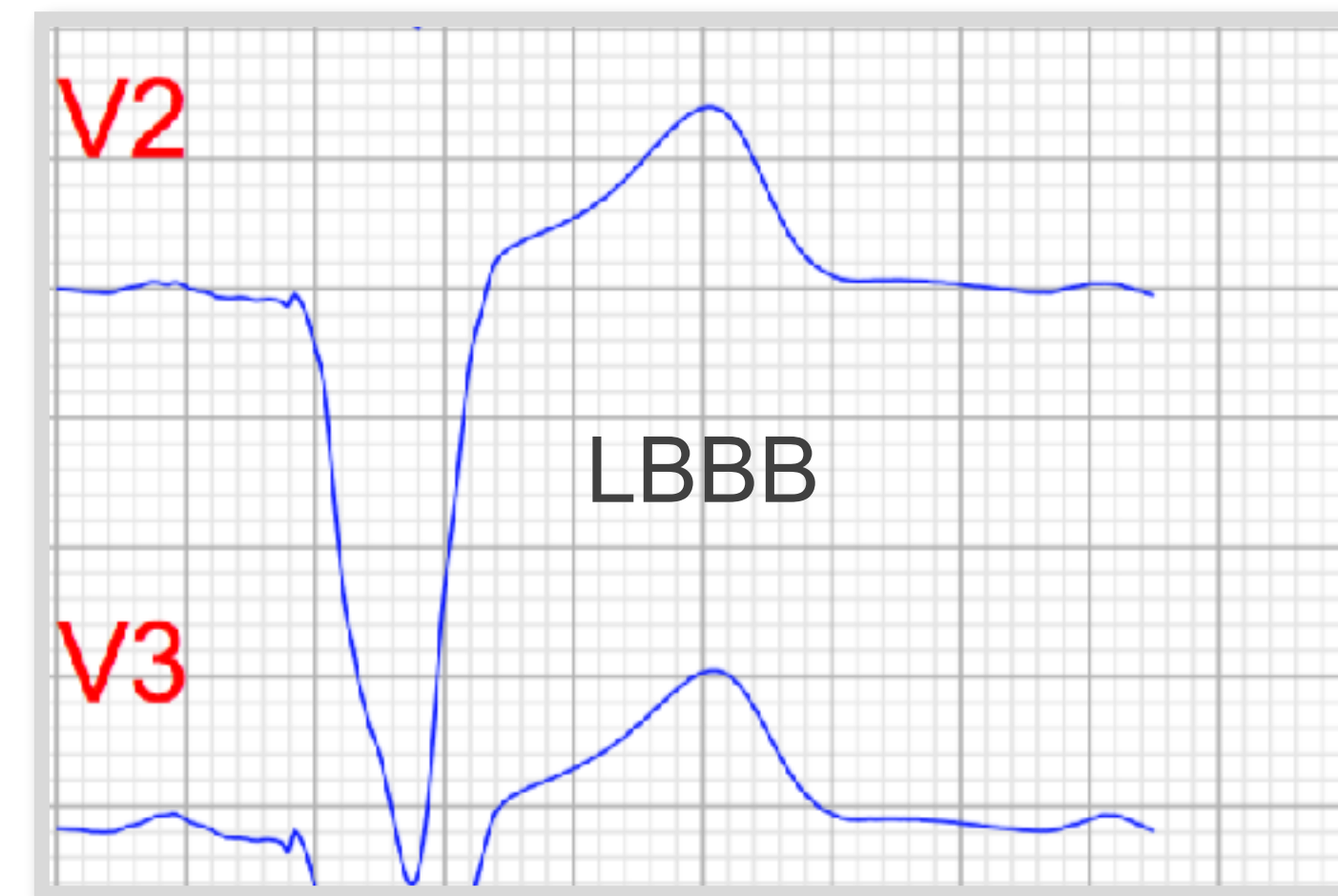


## Electrocardiogram (ECG)

**Normal**  
HF unlikely



**Pathological (more or less)**  
HF possible



## Measurement of LV ejection fraction (EF) – Echocardiography (Echo)



- When diagnosing heart failure, echocardiography of the heart is crucial – to confirm the diagnosis as well as to discover its causes.



- Repeated echocardiograms are **not necessary** except in cases of unexpected deterioration or to follow the development of a valvular disorder.



## “Tears of the heart”; Natriuretic peptides – an instant hemodynamic marker

| <i><b>Natriuretic peptide</b></i> | <i><b>Acute symptoms</b></i> | <i><b>Non acute symptoms</b></i> |
|-----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| <b>BNP (pg/ml)</b>                | <b>&lt;100</b>               | <b>&lt;35</b>                    |
| <b>NT-proBNP (pg/ml)</b>          | <b>&lt;300</b>               | <b>&lt;125</b>                   |

# Vidga tratten

för att fånga diagnosen hjärtsvikt  
för att kunna hjälpa människan med hjärtsvikt



# Discover heart failure **NOW**

## HIGH RISK PATIENTS:

- Elderly
- Hypertension
- Ischemic heart disease
- Renal failure
- Diabetes
- Use of diuretics

## CLINIC

Investigation  
(breathlessness,  
fatigue, ankle  
swelling)

ECG

NT-proBNP

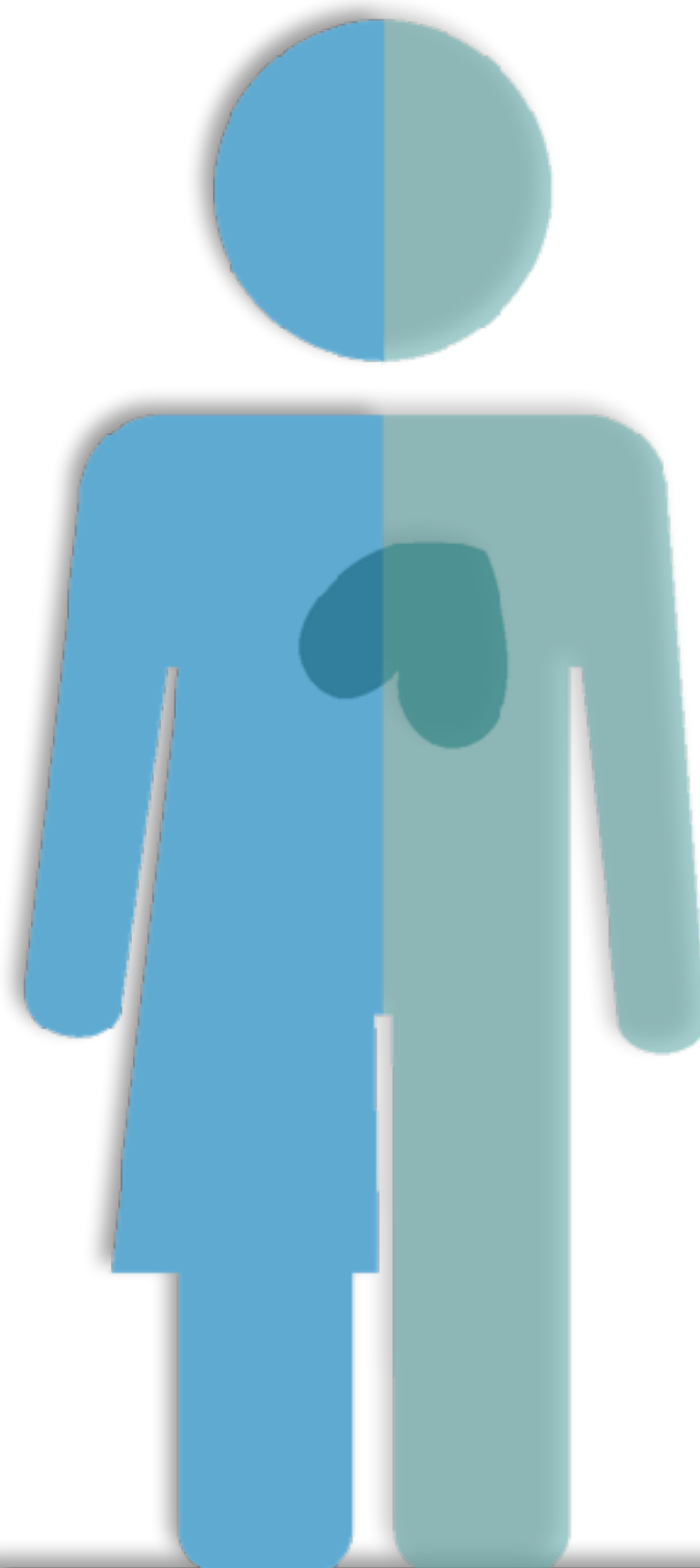
Positive  
(preliminary diagnosis)

ECHO

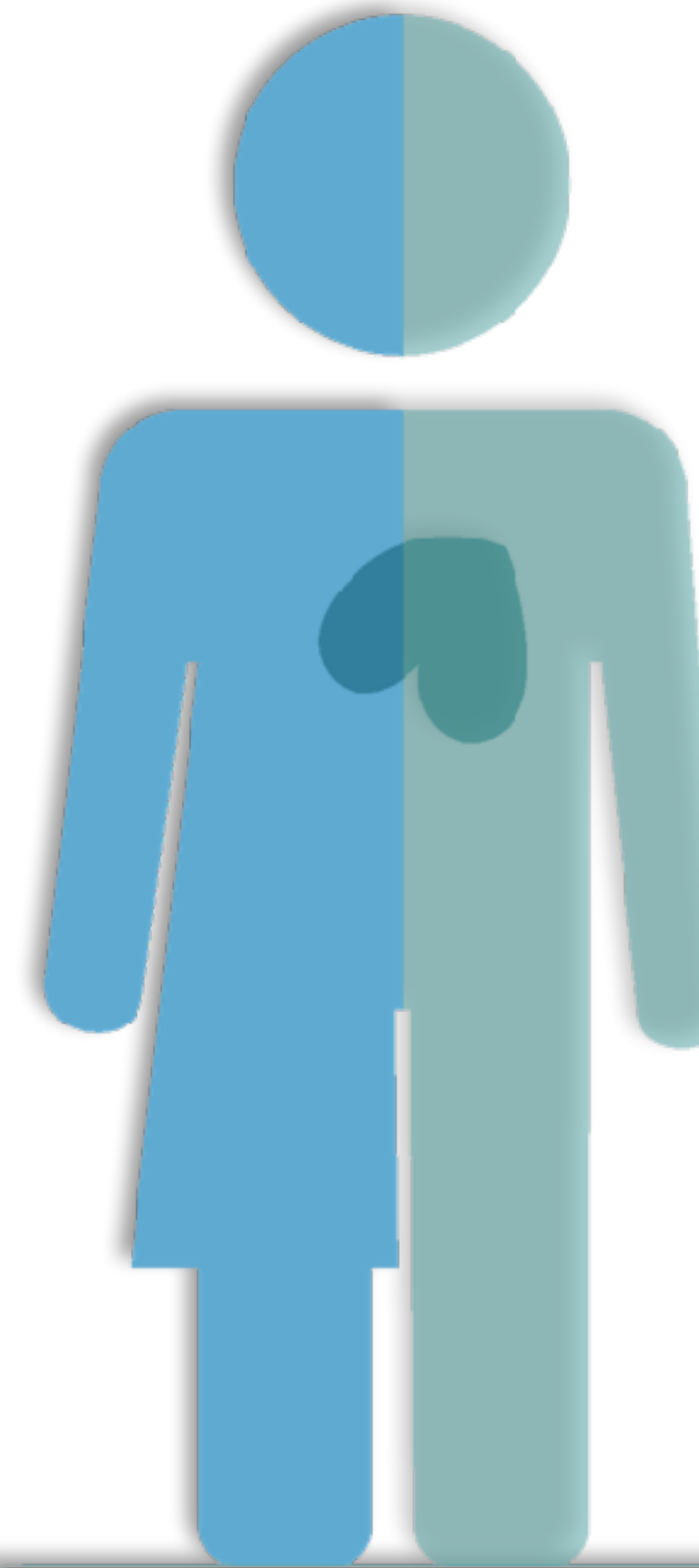
Reduced systolic  
or diastolic LV  
function

DIAGNOSIS

## HFrEF and HFpEF



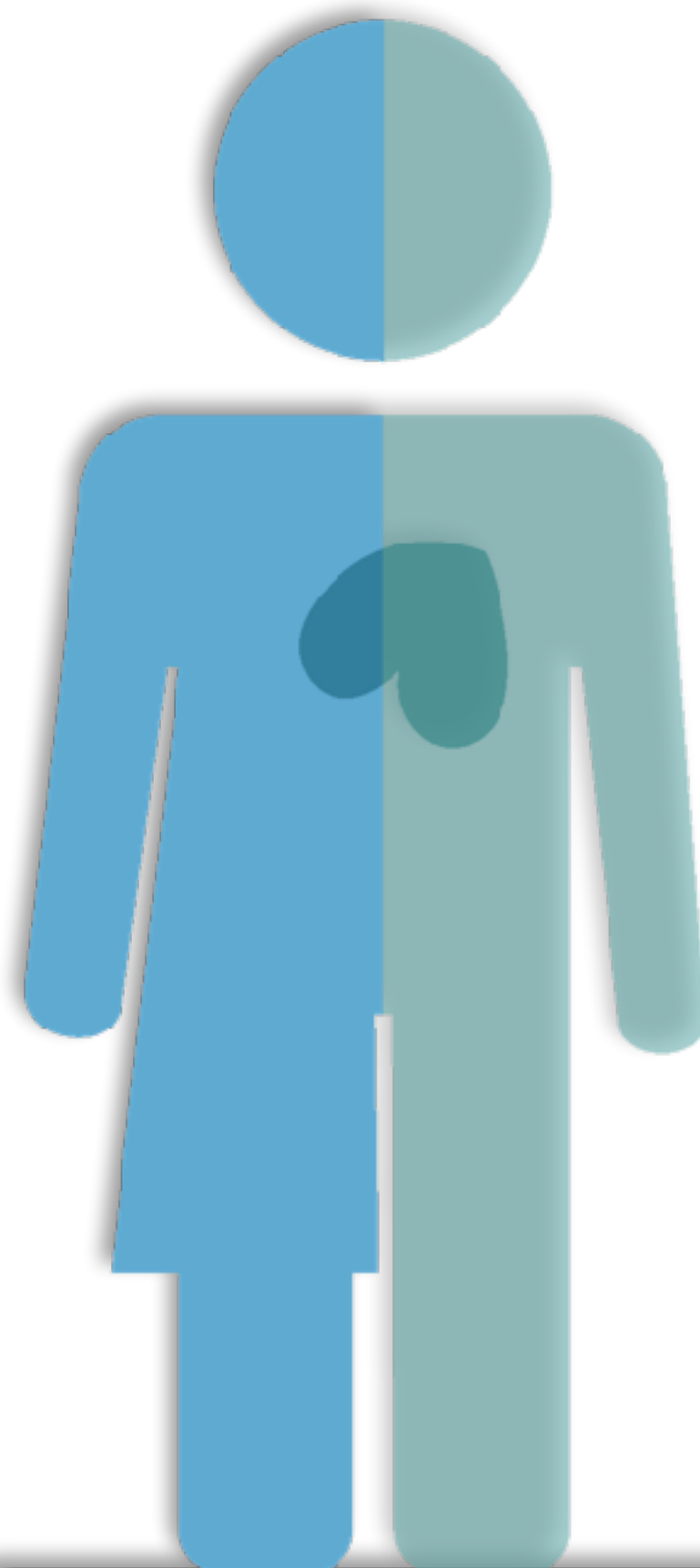
**HFrEF**  
HF with **reduced**  
Ejection Fraction  
 $<40\%$



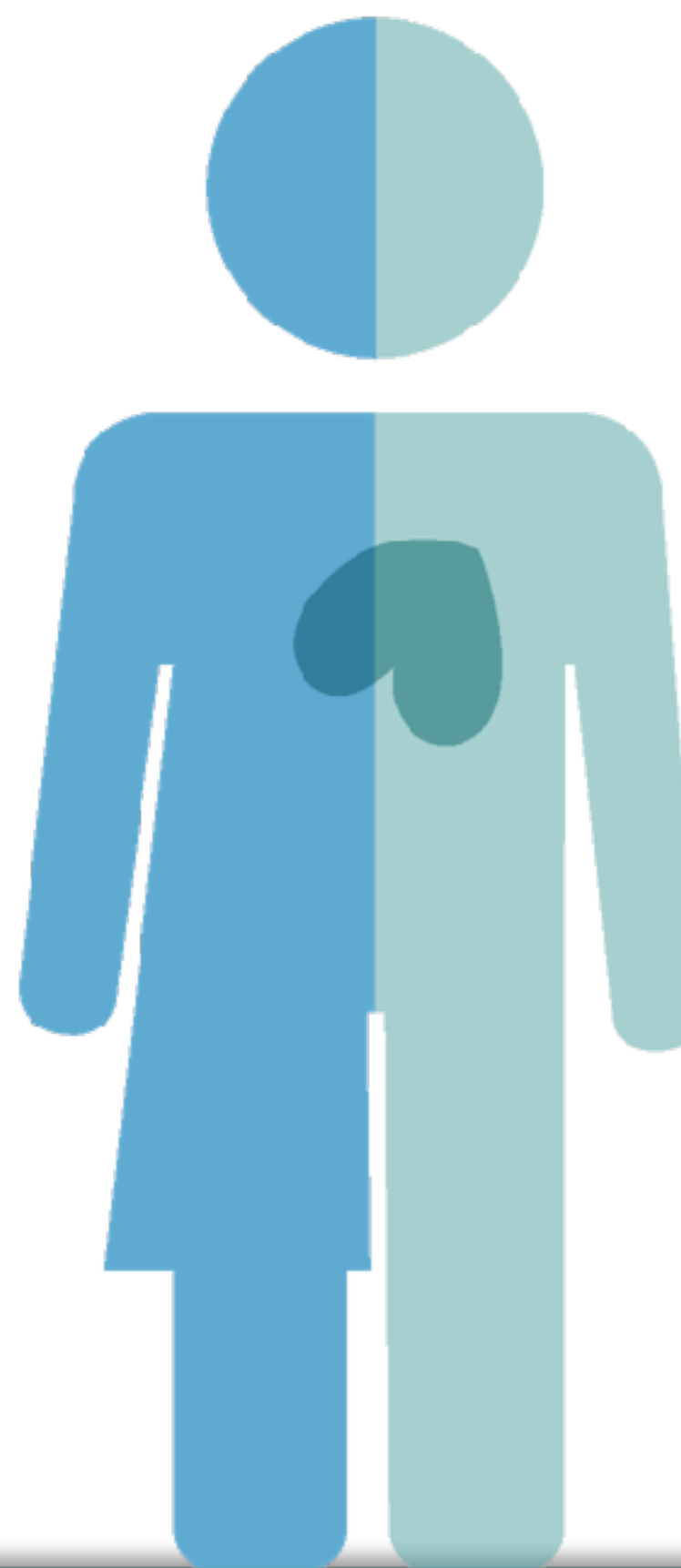
**HFpEF**  
HF with **preserved**  
Ejection Fraction  
 $\geq 50\%$



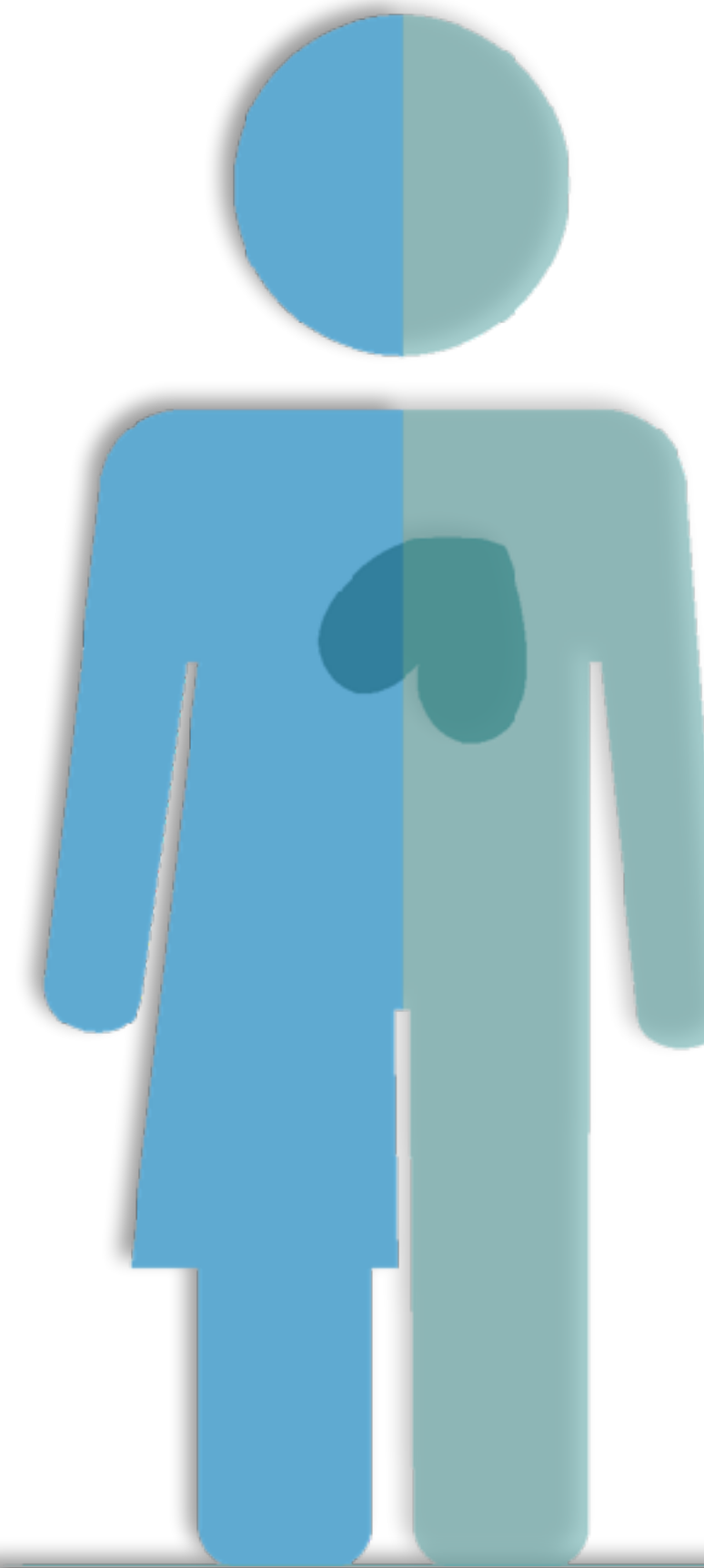
# HFrEF, HFpEF and HFmrEF



**HF<sub>r</sub>EF**  
HF with **reduced**  
Ejection Fraction  
 $<40\%$



**HFmrEF**  
HF with **mid range**  
Ejection Fraction  
40-49%



**HF<sub>p</sub>EF**  
HF with **preserved**  
Ejection Fraction  
 $\geq 50\%$

# Definition of heart failure

**Table 3.1** Definition of heart failure with preserved (HFpEF), mid-range (HFmrEF) and reduced ejection fraction (HFrEF)

| Type of HF |   | HFrEF                         | HFmrEF                                                                                                                                                                                                                    | HFpEF                                                                                                                                                                                                                     |
|------------|---|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRITERIA   | 1 | Symptoms ± Signs <sup>a</sup> | Symptoms ± Signs <sup>a</sup>                                                                                                                                                                                             | Symptoms ± Signs <sup>a</sup>                                                                                                                                                                                             |
|            | 2 | LVEF <40%                     | LVEF 40–49%                                                                                                                                                                                                               | LVEF ≥50%                                                                                                                                                                                                                 |
|            | 3 | —                             | 1. Elevated levels of natriuretic peptides <sup>b</sup> ;<br>2. At least one additional criterion:<br>a. relevant structural heart disease (LVH and/or LAE),<br>b. diastolic dysfunction (for details see Section 4.3.2). | 1. Elevated levels of natriuretic peptides <sup>b</sup> ;<br>2. At least one additional criterion:<br>a. relevant structural heart disease (LVH and/or LAE),<br>b. diastolic dysfunction (for details see Section 4.3.2). |





## One, two, three

### 1. Make **correct diagnosis** – **evaluate**:

- Acute or chronic
- Left and/or right chamber
- Forward and/or backward failure
- Ejection fraction; HFrEF, HFmrEF or HFpEF
- Other anomalies of heart

### 2. Check **aetiology** to heart failure; is there something to cure?

### 3. Ask the **patient** → NYHA class and QoL-measurement

Getting the diagnosis  
*The Heartfailure Patient in Focus part 3*

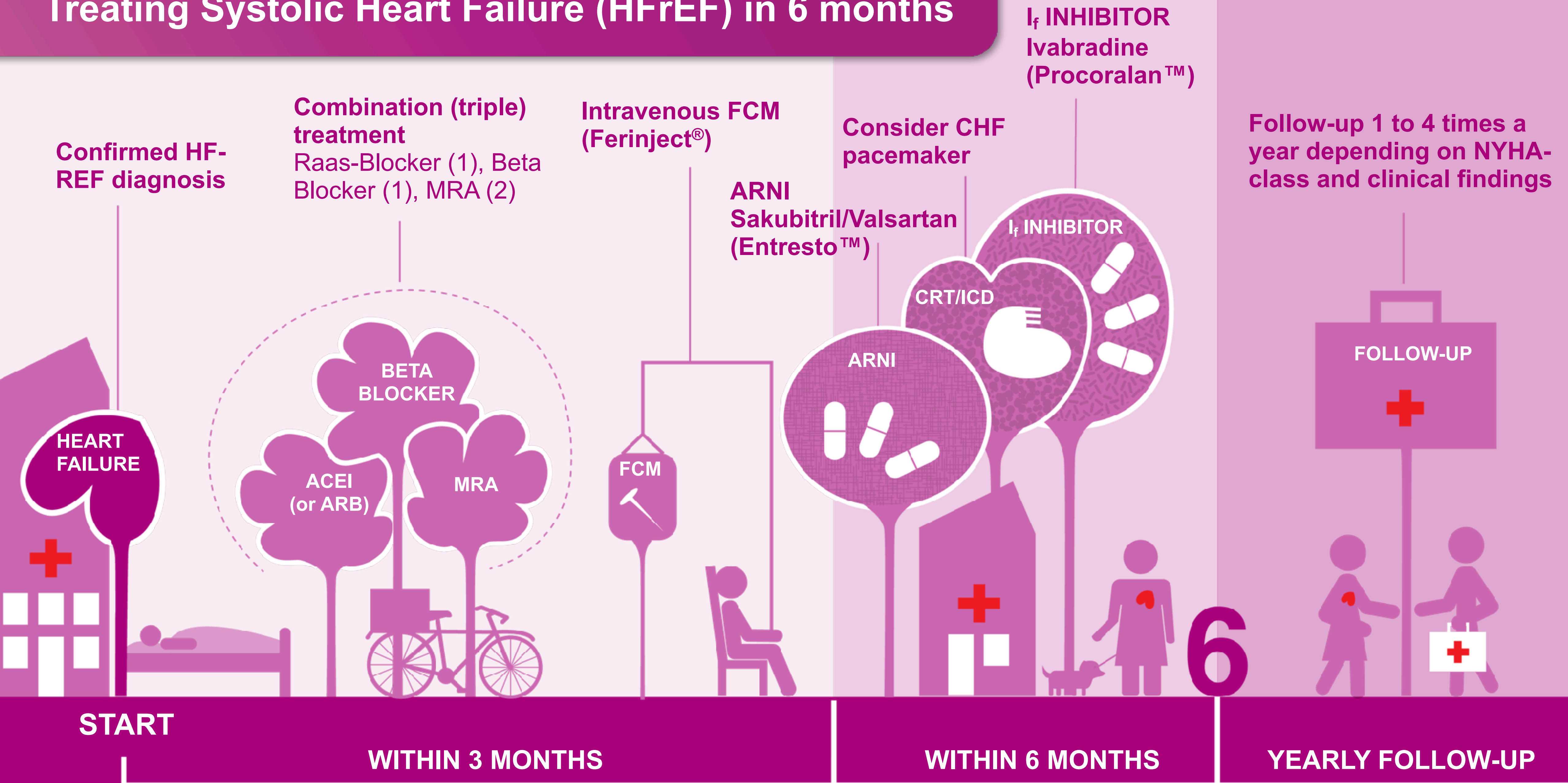


# Det är lätt...

att behandla hjärtsvikt  
Välkommen till min trädgård



# Treating Systolic Heart Failure (HFrEF) in 6 months



# Det är lätt...are

om vi gör det  
med varandra  
med patienterna  
tillsammans i nätverk



# Rikssvikt

nationellt hjärtsviktsregister





Vårdprofessioner Inom Cardiologi

# Vårdprofessioner inom Cardiologi

Hjärtsviktsgruppen





SJUKGYMNASTERS

*Samtal om*

LEVNADSVANOR



Arbetssterapi i Jönköpings län

Arbetssterapimetoder

Arbetssterapiprogram och riktlinjer

Dokumentation

Projekt och uppsatser

Samverkan

Utveckling och lärande

Verksamhetsförlagd utbildning

Du är här: [Landstinget Plus](#) / [Hälsa, vård och tandvård](#) / [Arbetssterapi](#) / [Arbetssterapiprogram och riktlinjer](#) /  
[Arbetssterapiprogram hjärtsvikt](#) /

## Arbetssterapiprogram hjärtsvikt

**Gäller för arbetsterapeuter inom Jönköpings län**

### Innehåll på sidan

- [Inledning](#)
- [Indikationer för arbetssterapi](#)
- [Arbetssterapeutisk utredning](#)
- [Arbetssterapeutisk intervention](#)
- [Patientsäkerhet](#)
- [Målnivå och mätetal](#)
- [Utvärdering av arbetssterapiprogram](#)
- [Referenser](#)

### Inledning

Syftet är att skapa enhetliga rutiner och beskriva arbetssterapeutisk utredning, mål, intervention och utvärdering för hjärtsviktpatienter. Genom att arbetssterapiprogrammet följs tillgodoses kravet på en bra och säker rehabilitering som ger kvalitetsutveckling och kvalitetssäkring i arbetet. Programmet är ett led i att förbättra samverkan mellan landsting och kommun. Alla patienter med hjärtsvikt erbjuds samma arbetssterapeutiska åtgärder genom hela vårdkedjan.

### Ansvarig

Leg. Arbetsterapeut  
Katarina Allgurin  
[katarina.allgurin@lj.se](mailto:katarina.allgurin@lj.se)  
tfn 0370-698863

### Bilagor

- [Montreal Cognitive Assessment, MoCA](#)
- [Hälsorelaterad livskvalitet EQ5D](#)

### Arbetssterapiprogrammet

Godkänt  
2014-04-16

Uppdaterat







Riksförbundet  
**HjärtLung**





# Andfådd

## Utredning

COPD6  
<0,73

EKG

Nt-proBNP  
>300

## Vidare utredning

Om normal ingen  
trolig KOL

Utred vidare med  
spirometri

Om normalt ingen  
trolig hjärtorsak

Överväg mätning  
av  
vänsterkammars-  
funktion, t ex EKO

Om normalt värde  
ingen trolig  
hjärtsvikt

## Behandling

Om KOL behandla  
enligt riktlinjer

Om hjärtsvikt  
behandla enligt  
riktlinjer

# Rökstopp!



CORE: Hand-in-hand in heart failure

CORE provides **FREE, CME-accredited\***, expert led education for the multidisciplinary team involved in the management of heart failure.

Find out more and **register** for **small local roundtable meetings**:

[www.corehearteducation.com](http://www.corehearteducation.com)

\*CME-accreditation application is currently in process

CORE is supported by funding from Novartis Pharma AG. All educational content and materials are created by the CORE Steering Committee in collaboration with PCM Scientific, the medical education company acting as secretariat. The financial supporter has had no involvement in the creation or development of the educational content.

## HEART FAILURE IN **FOCUS**

### Untapping the potential

#### The extent of the problem

- Epidemiology
- Considerable human suffering
- Socioeconomic costs

#### What we can do

### Turn on the radar

#### Heart Failure – how it works

- Pathophysiology

#### Turn on the radar

- Red flag symptoms

#### Diagnosing Heart Failure

- ECS guidelines

#### Investigative methods

#### Measuring results that matter

### Treating Systolic Heart Failure

#### Diagnosis – looking back

#### Treating Systolic Heart Failure (HFrEF) in 6 months

#### Combination treatment

- Intravenous FCM
- ARNI
- CRT / ICD
- I<sub>f</sub> INHIBITOR

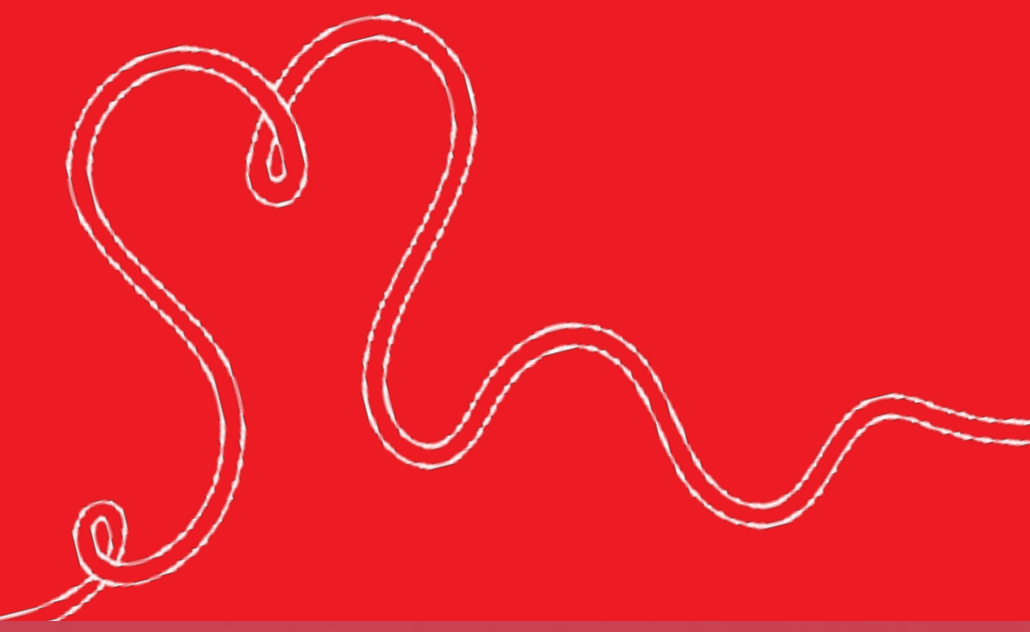
#### Follow-up and patient centered homebased care

### It's time for action!

*Rikssvikt in Sweden together with collaboration partners Vifor Pharma and Novartis is introducing a series of educational sessions addressing the challenges in finding and treating Heart Failure patients.*



# We can actually help if we...



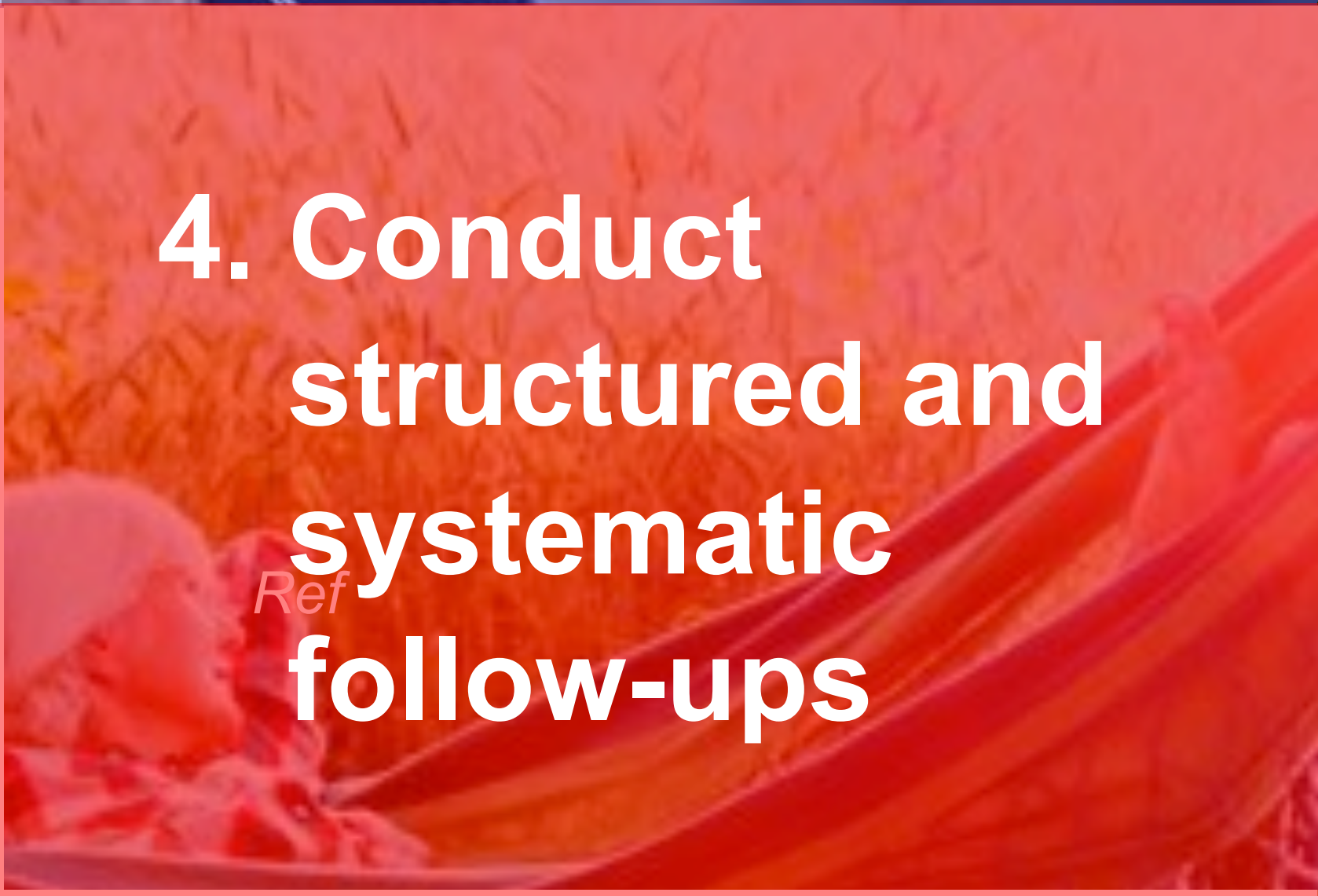
**1. Make the right diagnosis**



**2. Put the patient in charge**



**3. Provide correct treatment**



**4. Conduct structured and systematic follow-ups**



**5. Coordinate Home, Primary, and Hospital Care**



**6. Assure quality of care based on gathered data**





**We can actually help people  
with heart failure...  
... if we find them!**





**Drygt 400 000 svenskar har hjärtsvikt**

**Mer än 300 000 svenskar har förmaksflimmer**

**Ljuset på**



**Ungefär 500 000 svenskar har KOL**



# Ljuset på!

Riksförbundet HjärtLungs  
kampanj om våra **dolda folksjukdomar!**



Starting the treatment  
*The Heartfailure Patient in Focus part 4*

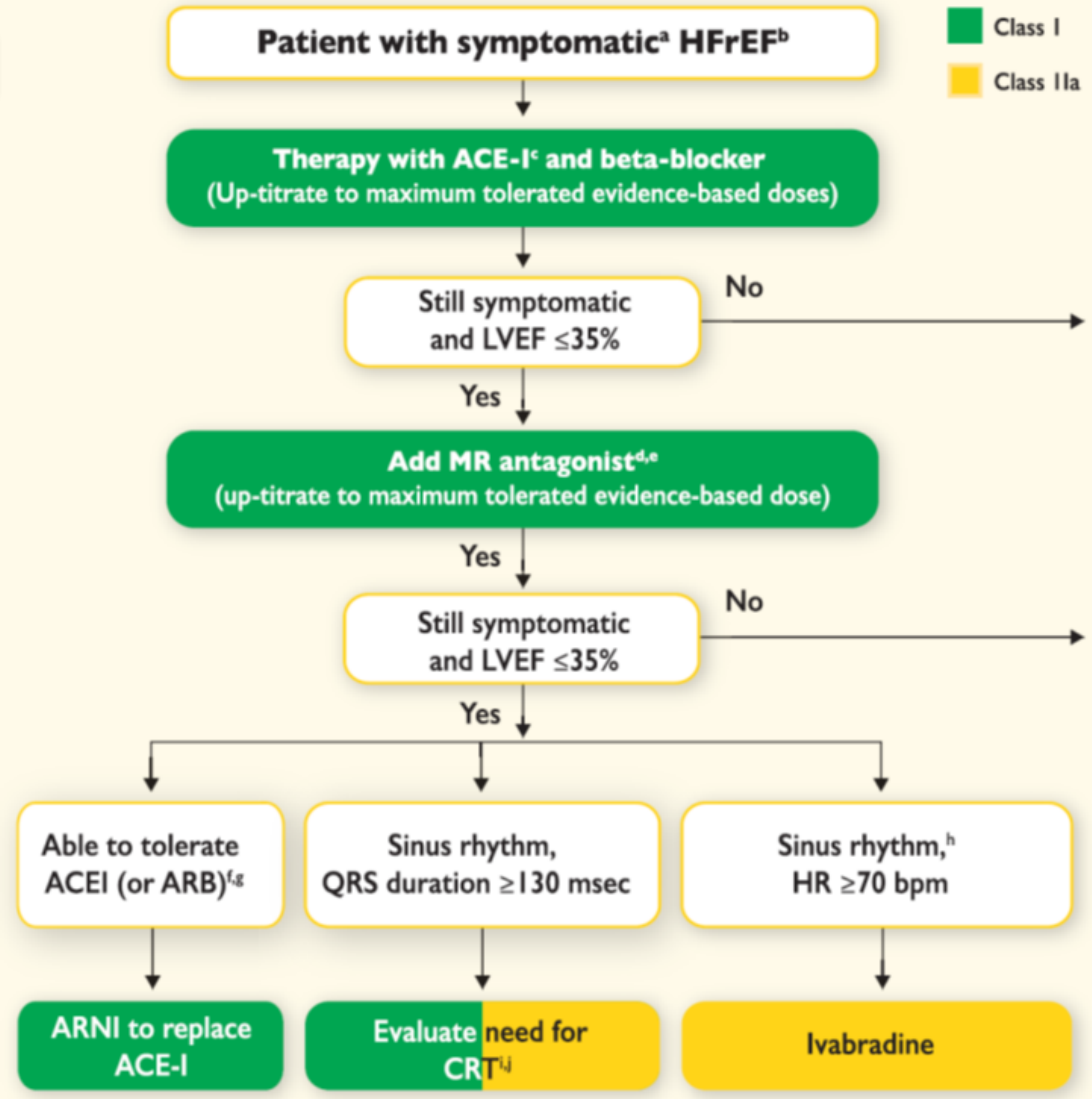




# Therapeutic algorithm

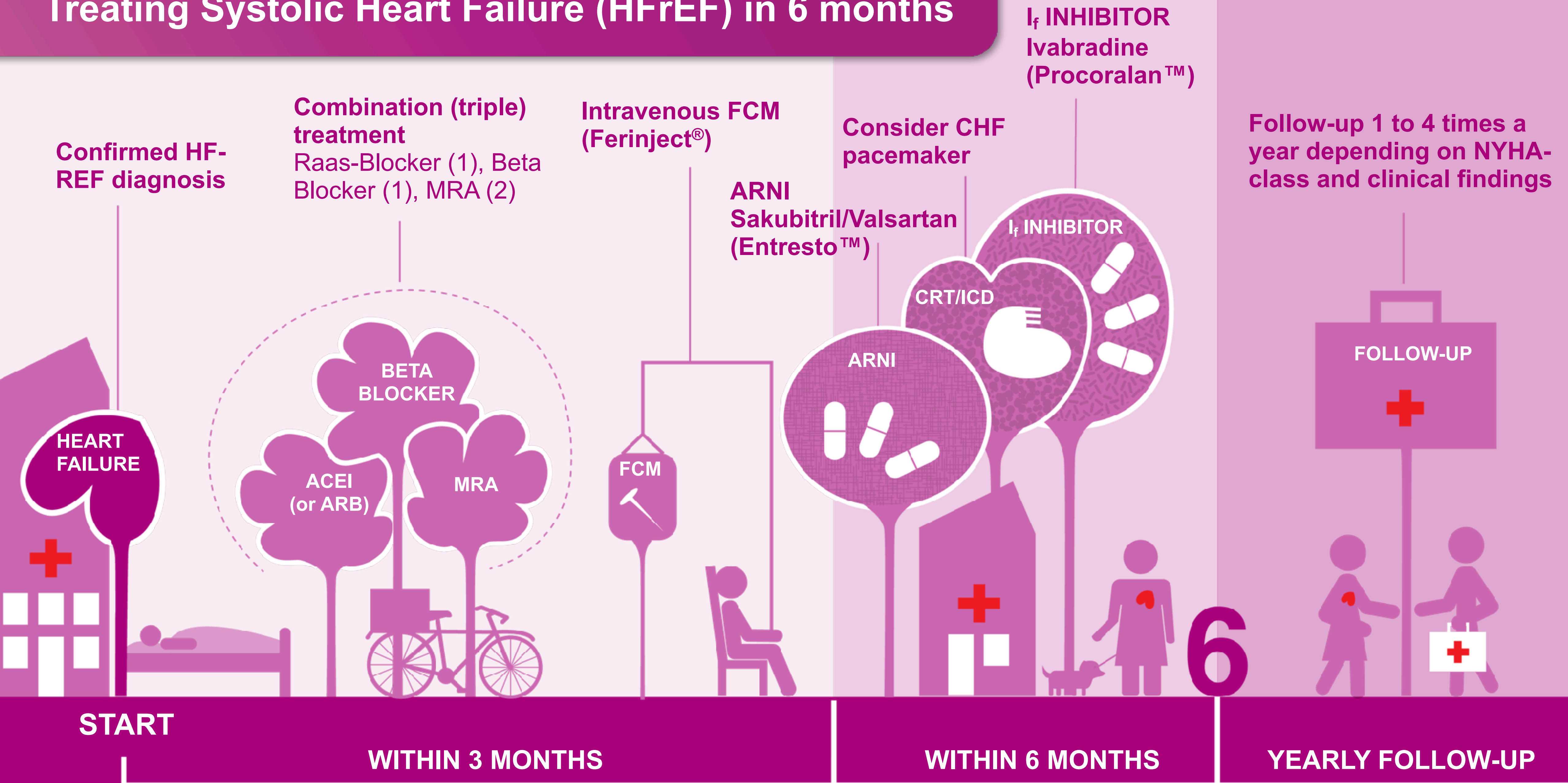
Diuretics to relieve symptoms and signs of congestion

If LVEF  $\leq 35\%$  despite OMT  
Or a history of symptomatic VT/VF, implant ICD





# Treating Systolic Heart Failure (HFrEF) in 6 months



## Long-term management

Follow-up 1-4 times / year depending on NYHA-class and clinical findings

**NYHA I once a year**



**NYHA II twice a year**



**NYHA III three times a year**

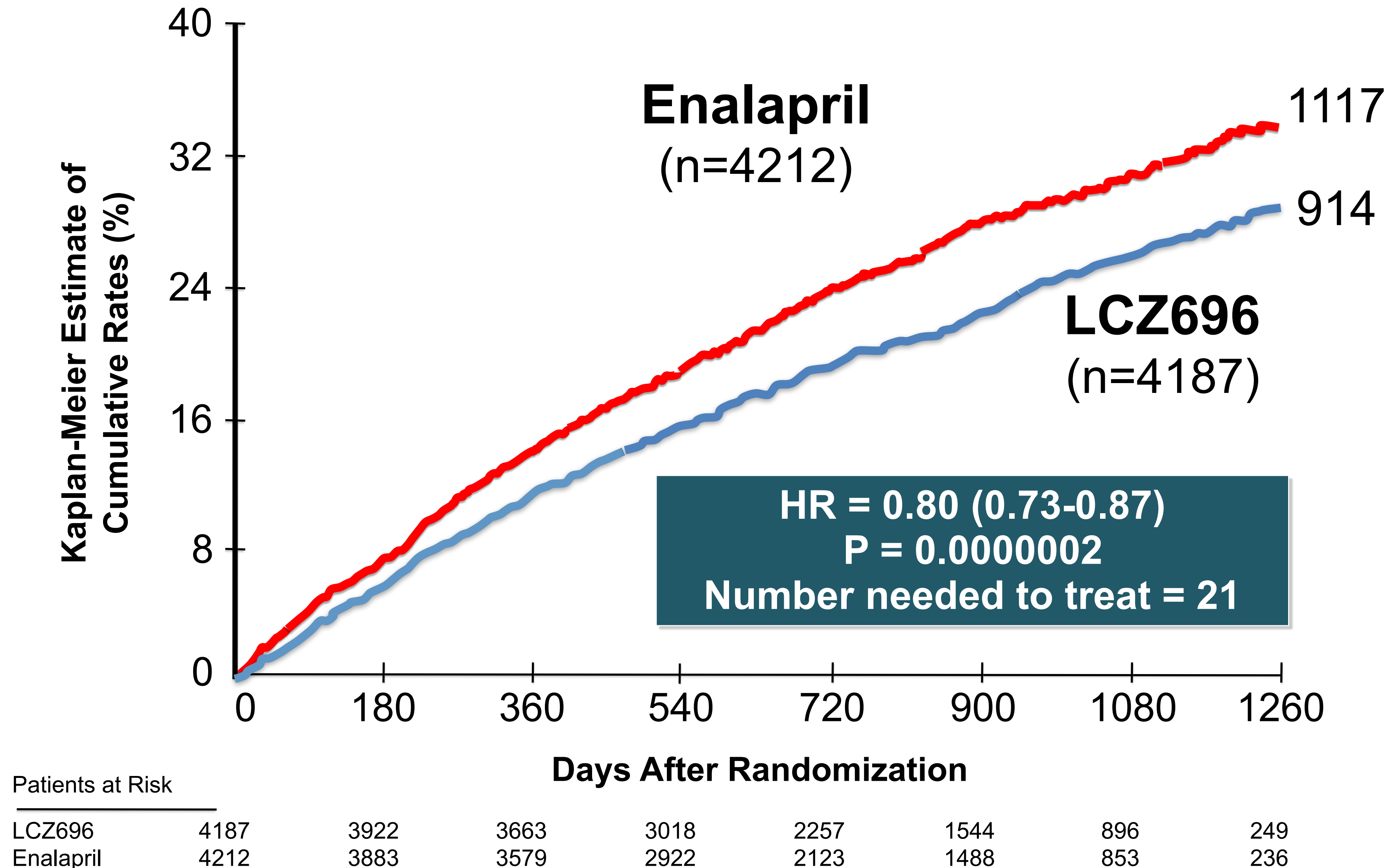


**NYHA IV four times a year**





# PARADIGM-HF: Cardiovascular Death or Heart Failure Hospitalization (Primary Endpoint)



# Overactivation of the RAAS and SNS is detrimental

## Natriuretic peptide system<sup>1</sup>

NPRs ← NPs

### Vasodilation

- ↓ Blood pressure
- ↓ Sympathetic tone
- ↑ Natriuresis/diuresis
- ↓ Vasopressin
- ↓ Aldosterone
- ↓ Fibrosis
- ↓ Hypertrophy

HFrEF SYMPTOMS  
&  
PROGRESSION

## Sympathetic nervous system (SNS)

Epinephrine  
Norepinephrine →  $\alpha_1, \beta_1, \beta_2$  receptors

### Vasoconstriction

- RAAS activity ↑
- Vasopressin ↑
- Heart rate ↑
- Contractility ↑

## Renin-angiotensin-aldosterone-system (RAAS)

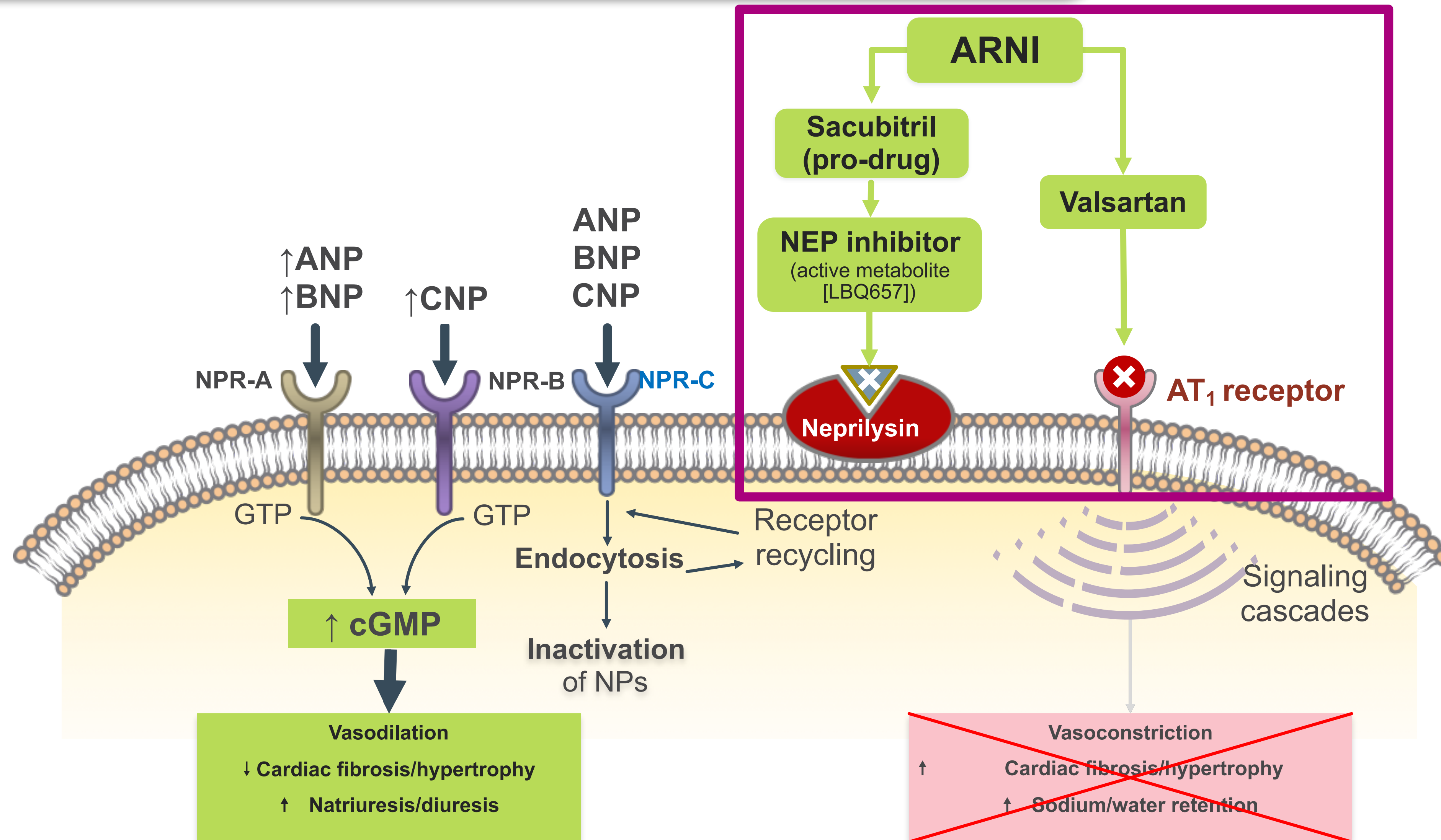
Ang II →  $AT_1R$

### Vasoconstriction

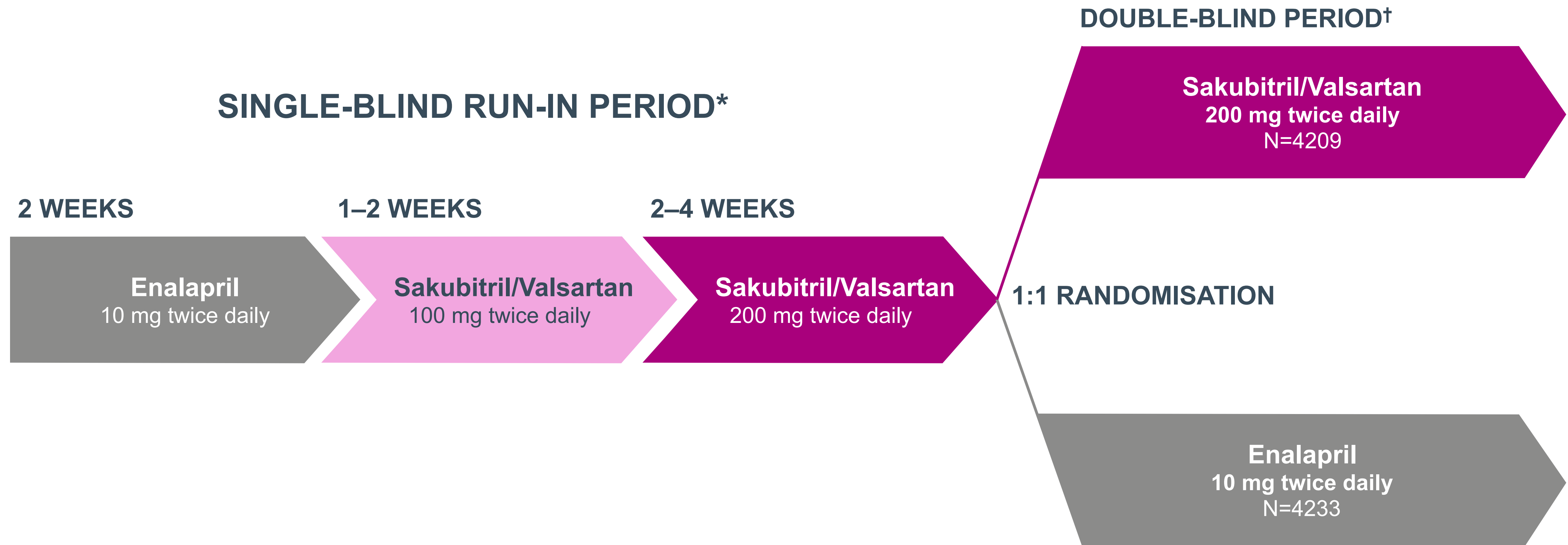
- Blood pressure ↑
- Sympathetic tone ↑
- Aldosterone ↑
- Hypertrophy ↑
- Fibrosis ↑



# ARNI enhances the beneficial effects of the NP system



# PARADIGM-HF is the largest clinical trial ever conducted for Systolic HF<sup>1</sup>

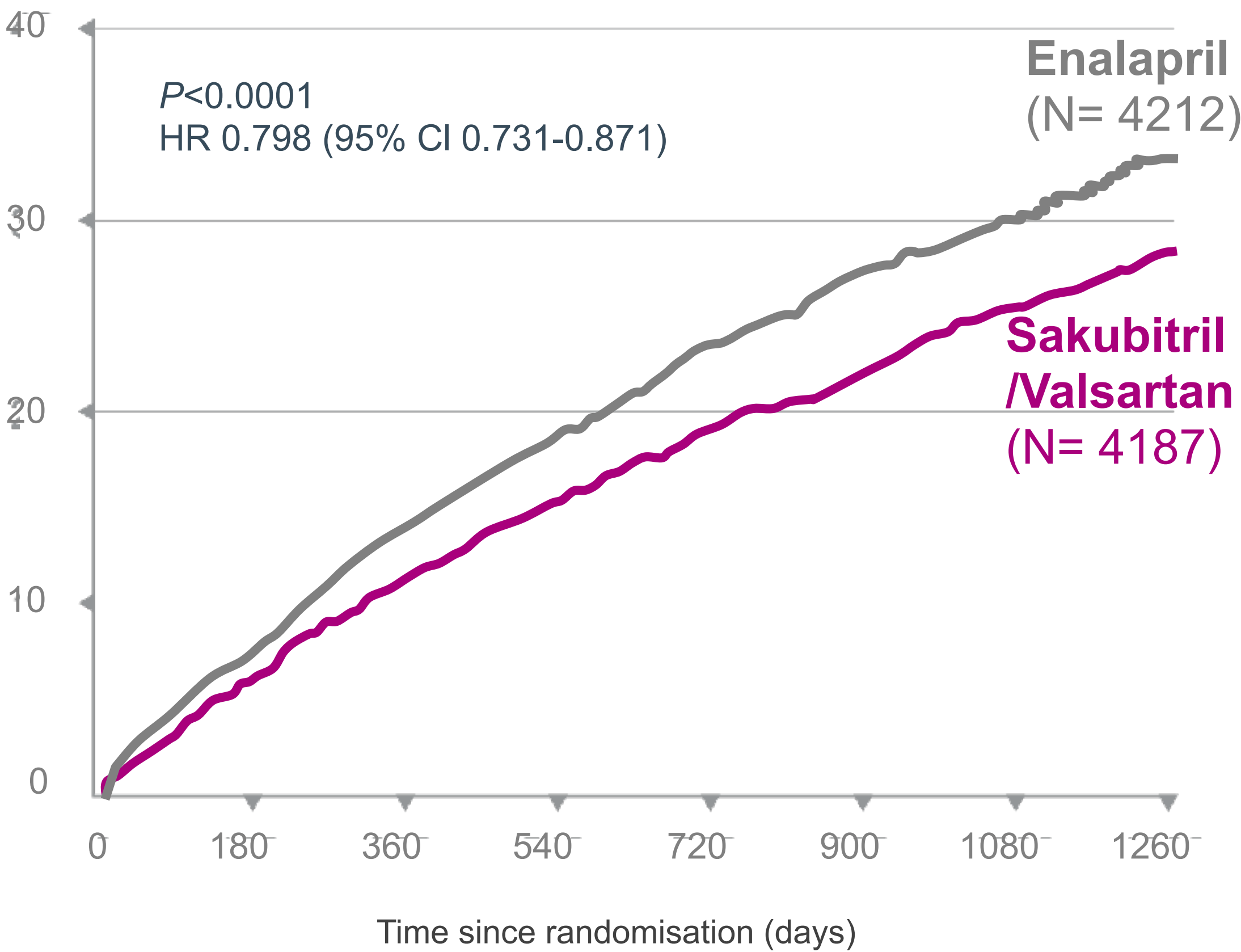


1. McMurray JJ et al. Eur J Heart Fail. 2014  
2. McMurray JJ et al. N Engl J Med. 2014



# Sakubitril/Valsartan helps Systolic HF patients stay out of the hospital and live longer

Kaplan-Meier Estimate of cumulative failure rate (%)



20% reduced relative risk of **first HF hospitalisation or CV death** vs Enalapril<sup>1,2\*</sup>

- \* Primary end point.
- Absolute risk reduction -4,7 %pts<sup>1</sup>
- NNT 21<sup>2</sup>



# Clinical value of Sakubitril/Valsartan

|                                                                                                                           | PRIMARY<br>ENDPOINT <sup>9</sup> | ABSOLUTE<br>RISK<br>REDUCTION  | NUMBERS<br>NEEDED TO<br>TREAT  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CV Mortality &<br>HF Hospitalization<br> | ✓ 20%                            | 4,69%                                                                                                             | 21                                                                                                                |
| CV Mortality<br>                         | ✓ 20%                            | 3,12%                                                                                                             | 32                                                                                                                |
| HF Hospitalization<br>                 | ✓ 21%                            | 2,79%                                                                                                             | 35                                                                                                                |

Calculated over the period of the trial:



The absolute risk reduction (ARR) is the difference between the LCZ group rate and the ACEI enalapril event rate



The number needed to treat (NNT) is the inverse of the ARR

|                                                                                                            | SECONDARY<br>ENDPOINT <sup>9</sup> | ABSOLUTE<br>RISK<br>REDUCTION  | NUMBERS<br>NEEDED TO<br>TREAT  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| All-cause Mortality<br> | ✓ 16%                              | 2,8%                                                                                                                | 35                                                                                                                  |

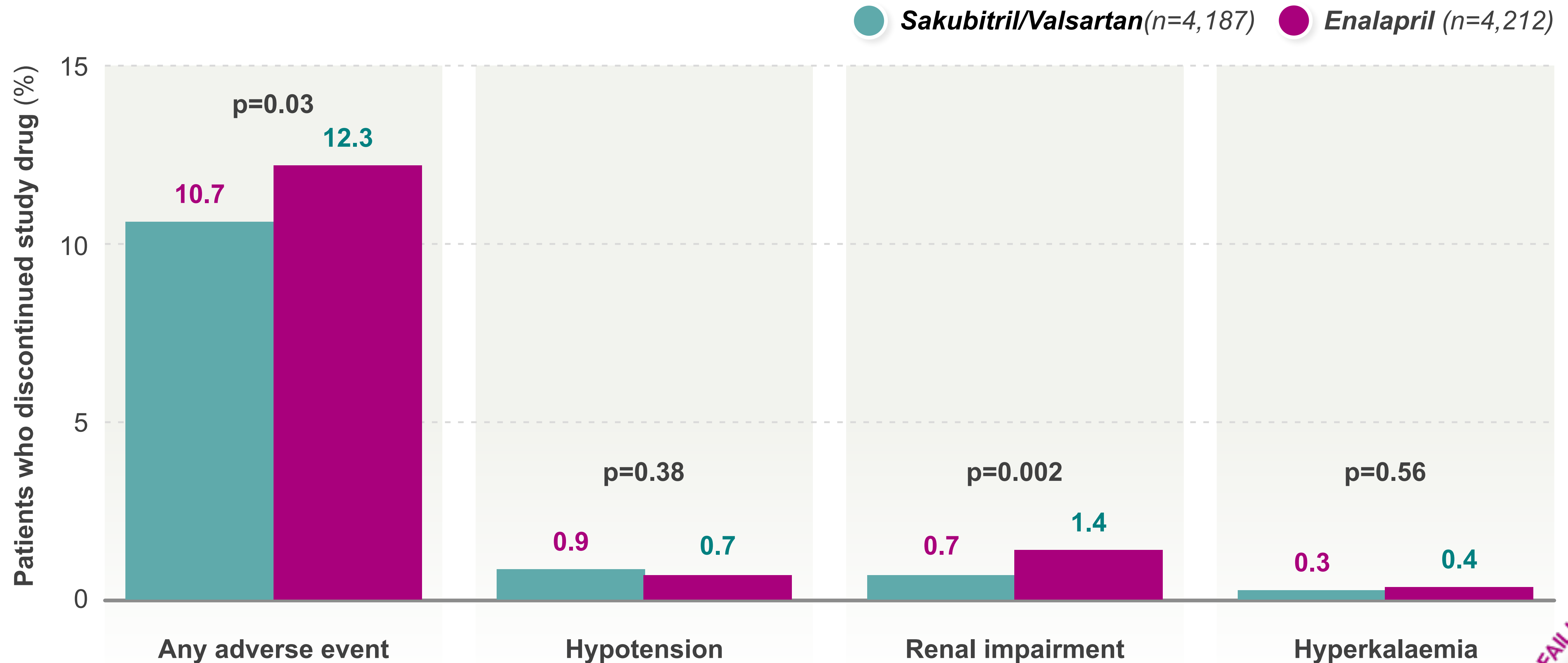
1. Entresto SmPC 2016.

2. McMurray JJ et al. N Engl J Med. 2014



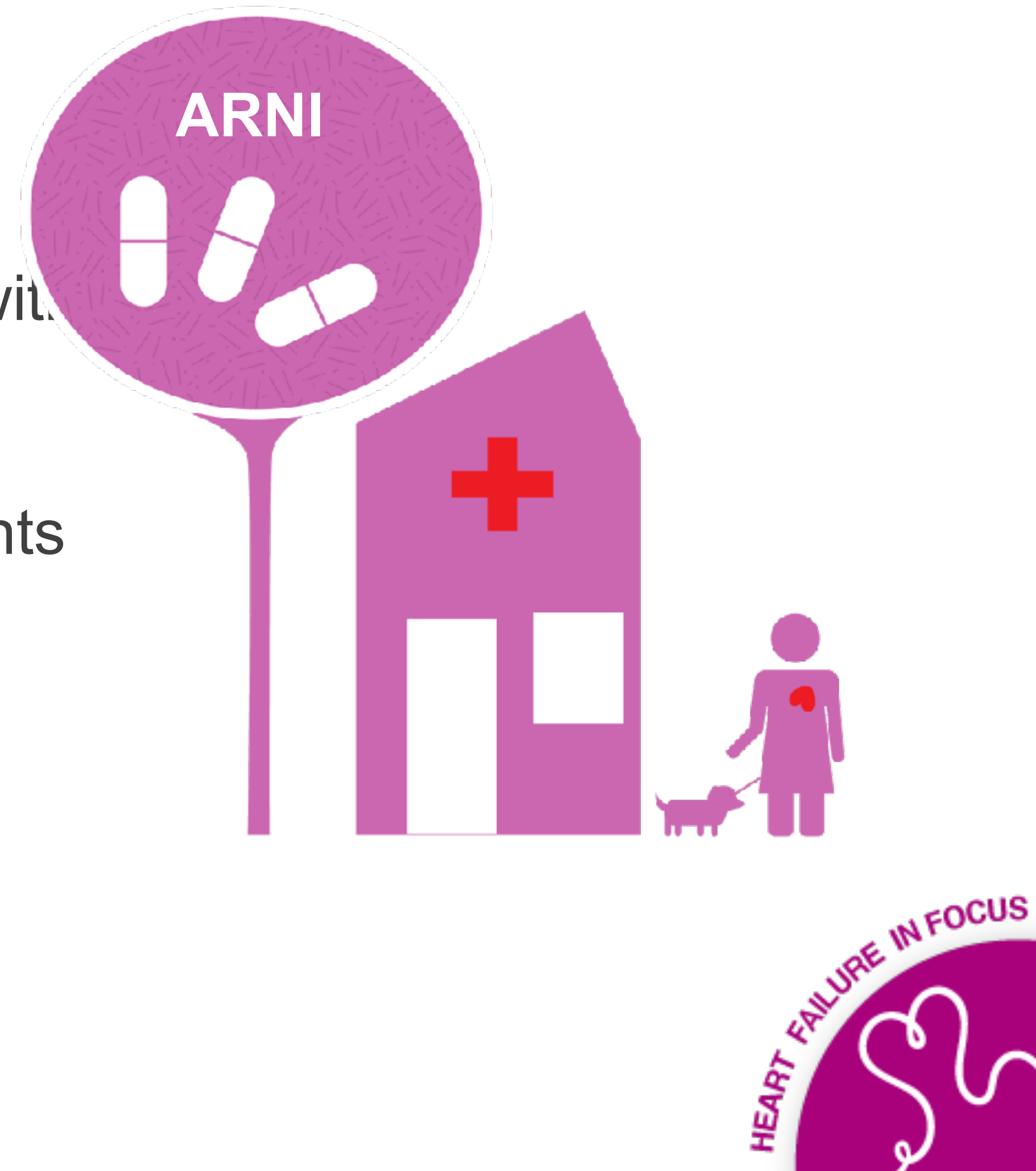
# Paradigm-HF: adverse events leading to permanent study drug discontinuation

Fewer patients in the Sakubitril/Valsartan group than in the enalapril group discontinued study drug due to an adverse event (10.7 vs 12.3%;  $p=0.03$ )



## Therapeutic indication – Entresto

- **Entresto** is indicated in adult patients for treatment of symptomatic chronic heart failure with reduced ejection fraction<sup>1</sup>
- **Entresto** is to be used alongside other treatments for heart failure, instead of an ACE inhibitor or angiotensin II receptor blocker (ARBs)<sup>1</sup>





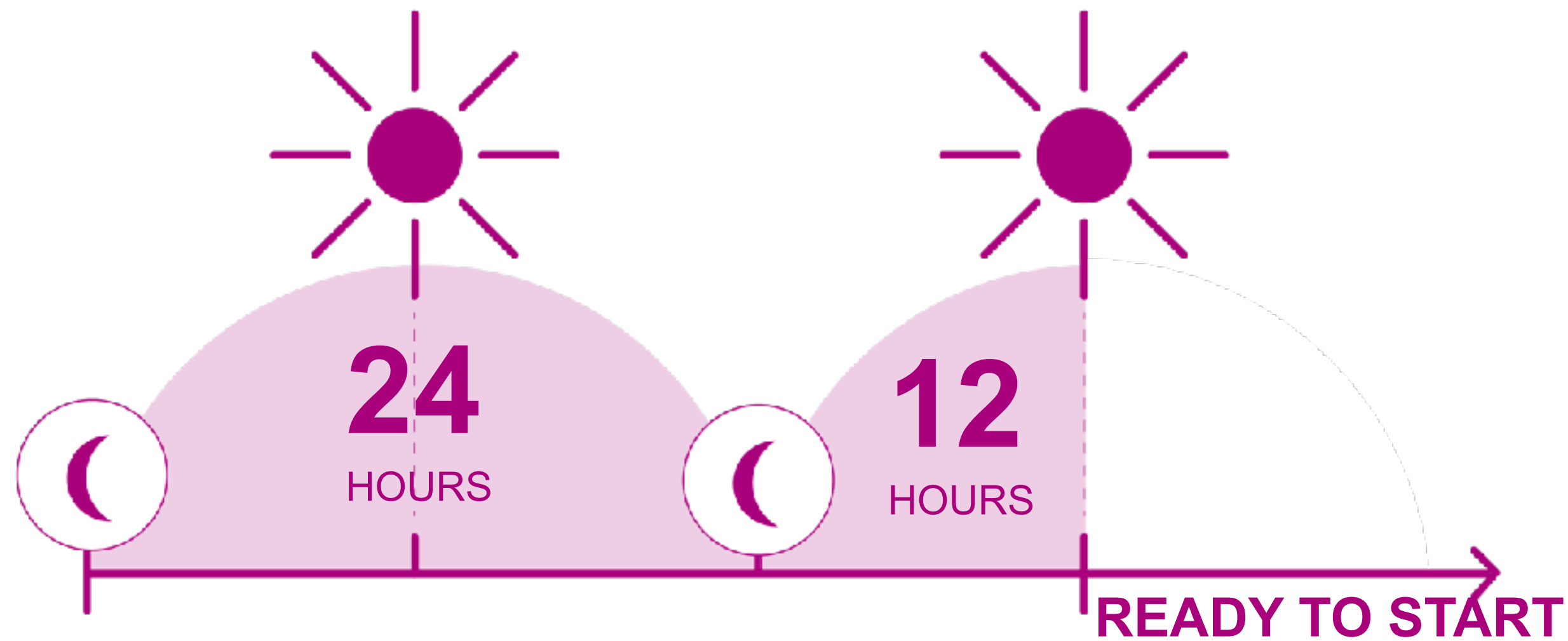
## Vid byte från **ACE-hämmare**. Washout

- Entresto får ges tidigast 36 timmar efter utsättning av en ACE-hämmare på grund av risken för angioödem
- Sätt ut ACE-hämmare 36 timmar för insättning av Entresto
- Entresto 24 mg/26 mg 1+0+1 eller högre dos (49/51 mg, 97/103 mg)

## Vid byte från **ARB**. Ingen Washout

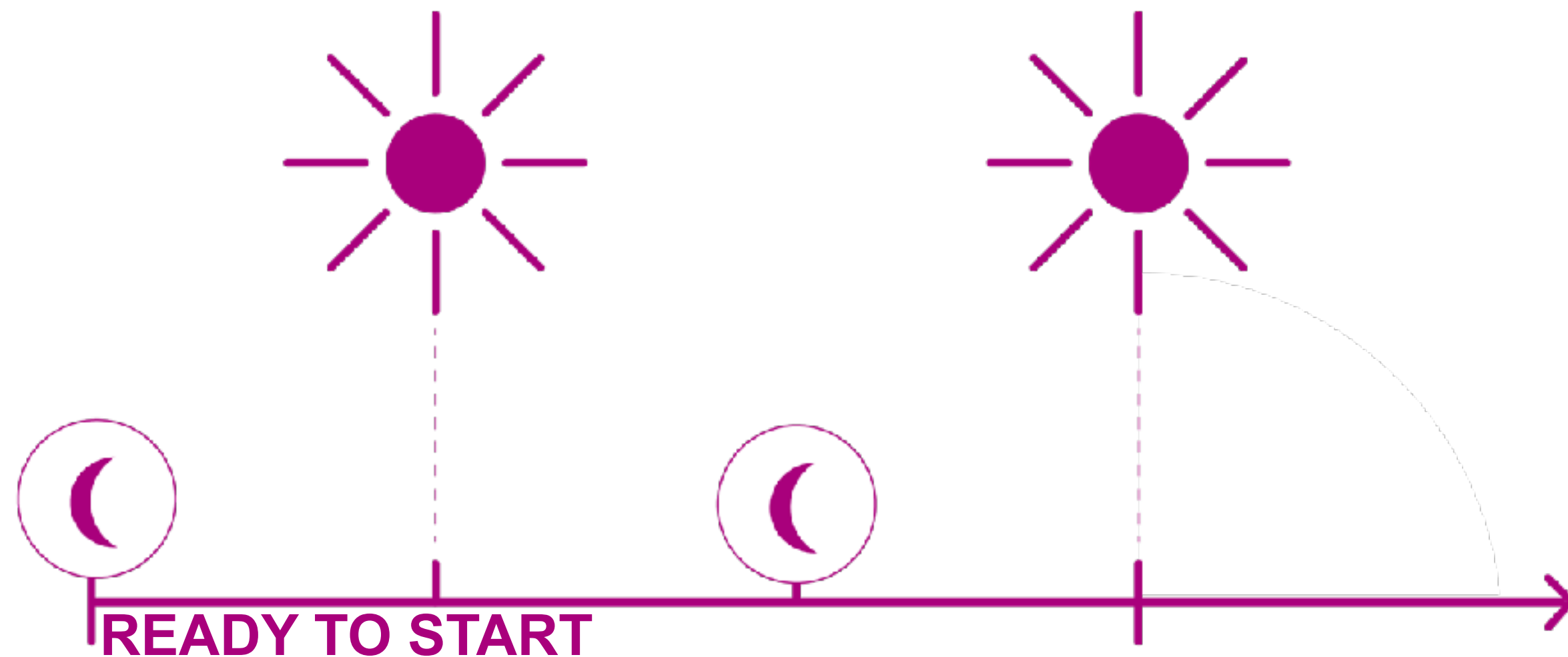
- Avsluta nuvarande behandling
- Ingen Washout krävs
- Entresto 24 mg/26 mg 1+0+1 eller högre dos (49/51 mg, 97/103 mg)

## Need for washout period?



### ACEi THERAPY<sup>1</sup>

Due to the potential of angioedema, Entresto must **not** be administered until **36 hours** after discontinuing ACEi therapy.



### ARB THERAPY<sup>1</sup>

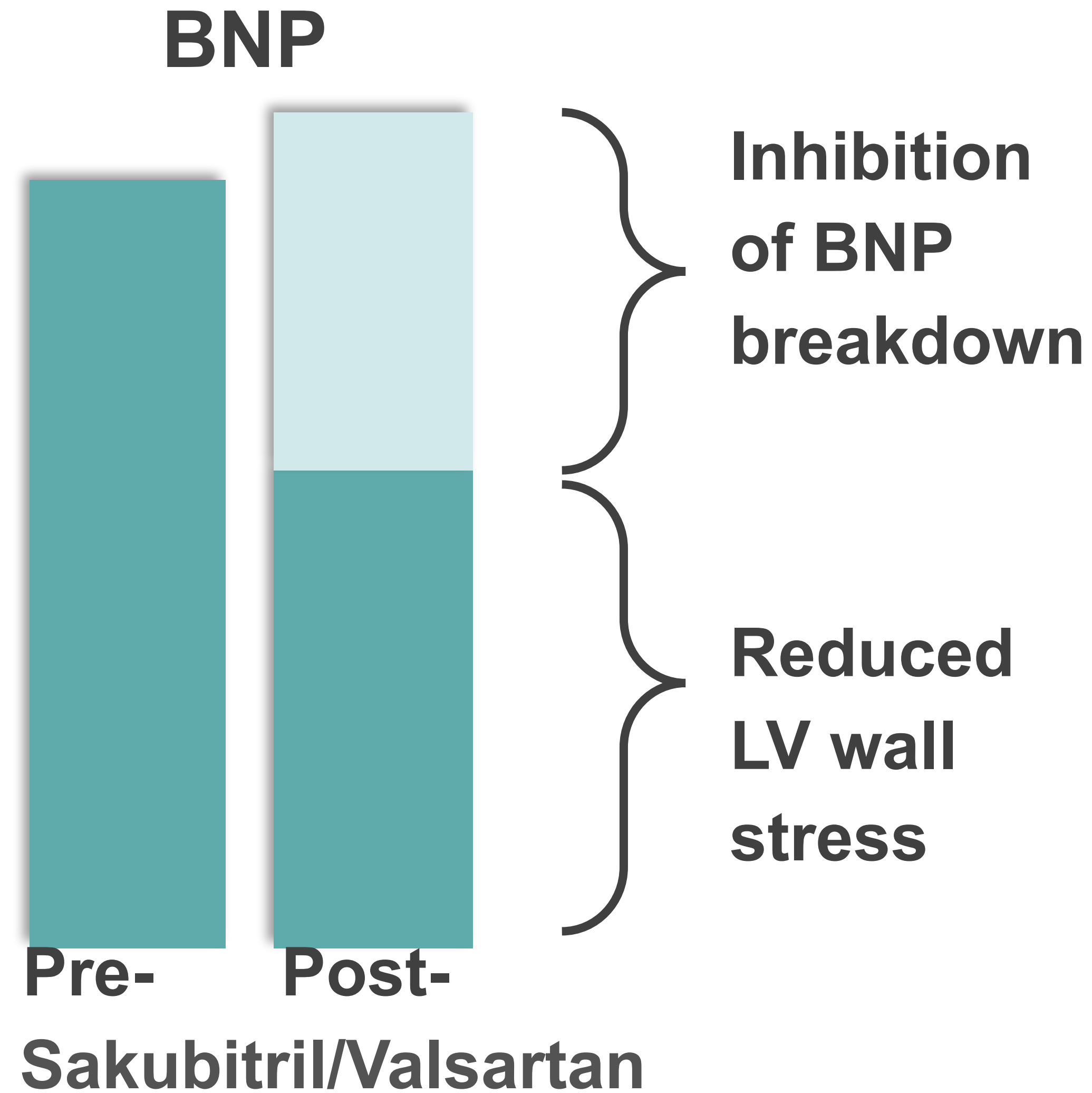
**No need for washout period**



# Entresto och natriuretiska peptider

- Genom hämning ökar bland annat mängden natriuretiska peptider
- BNP är inte en lämplig biomarkör för hjärtsvikt hos patienter som behandlas med Entresto eftersom den är ett neprilysinsubstrat
- NT-proBNP är inte ett neprilysinsubstrat och är därför en lämpligare biomarkör.

## BNP is not a suitable biomarker of heart failure in patients treated with Entresto



# Entresto, biverkningar

- Angioödem
- Hypotoni
- Kognitiv funktion? Neprilysin bryter ned amyloid-beta-peptid, en substans som anses ha betydelse för utveckling av Alzheimers sjukdom
- Samma biverkningar som är kända för valsartan



## Entresto vid hjärtsvikt

---

### Införandeprotokoll för nationellt ordnat införande av läkemedel

Syftet med detta dokument är att det ska vara ett stöd och samlat kunskapsunderlag till landstingen vid introduktion av nya läkemedel.  
Protokollet kan komma att uppdateras efter hand som information blir tillgänglig

### 5.3.1. Beskrivning av patienter aktuella för behandling

- Patienter aktuella för behandling med Entresto bör vara NYHA-klass II-IV med LVEF<35% med kvarstående symtom och behov av ytterligare behandling utöver basbehandling enligt 5.2.
- Maximalt tolererad dos av ACE-hämmare/ARB ska vara uppnådd innan byte till Entresto.
- Om indikation finns bör patienter ha erhållit tillägg av CRT (sviktpacemaker) innan behandling med Entresto.
- Start av behandling med Entresto genomförs lämpligtvis av kardiolog på hjärtsviktsmottagning.

Det finns idag ingen möjlighet att med markörer identifiera patienter som har mer nytta av behandlingen än övriga.

### 5.3.2. Patienter där det i dagsläget är tveksamt att använda läkemedlen trots indikation (avgränsning utöver kontraindikationer enligt SPC)

- Patienter som ej testat full basbehandling (RAAS-blockad, betablockad samt MRA).

service.lakemedelsverket.se/formservice/formDownload?serviceName=biverkningsrapport\_tr\_lakemedelsverket

- Till kvalitetsregistret RiksSvikt rapporteras enligt dokument/mallar med fokus på att registrera NYHA-klass samt LVEF (vänsterkammarens ejektionsfraktion).

## 8. Tidplan för nationellt ordnat införande

- **Tidpunkter för revision av protokollet**

Protokollet kan behöva redigeras när ny information rörande aktuella läkemedel blir tillgänglig, eller om nya preparat tillkommer.

Version 2.0 kommer under våren 2016 och kompletteras med hälsoekonomisk information från TLV:s beslut om Entresto ska ingå i läkemedelsförmånen för aktuell indikation, samt en rekommendation från NT-rådet.

- **Tidplan för uppföljning av introduktionen av Entresto vid hjärtsvikt**

Nationell uppföljning – kompletteras i samband med att TLV:s beslut och NT-rådets rekommendationer är klara.

- **Tidpunkt för start av införande**

Införande av respektive läkemedel startar när TLV har presenterat sin hälsoekonomiska bedömning och NT-rådet gett en rekommendation.

- **Slutpunkt för det ordnade införandet**

Cirka två år efter införandets start, preliminärt våren 2018

## 9. Kommunikationsplan

- **Mottagare och tidpunkt för införande-/uppföljningsprotokoll version 1.0**

Landstingsrepresentanterna för ordnat införande (<http://www.janusinfo.se/Nationellt-inforande-av-nya-lakemedel/Kontakt/Landstingsrepresentanter/>) erhöll version 1.0 av införande/uppföljningsprotokollet i februari 2016. Landstingsrepresentanterna förväntades



## Consider CRT, CRT-D, or ICD

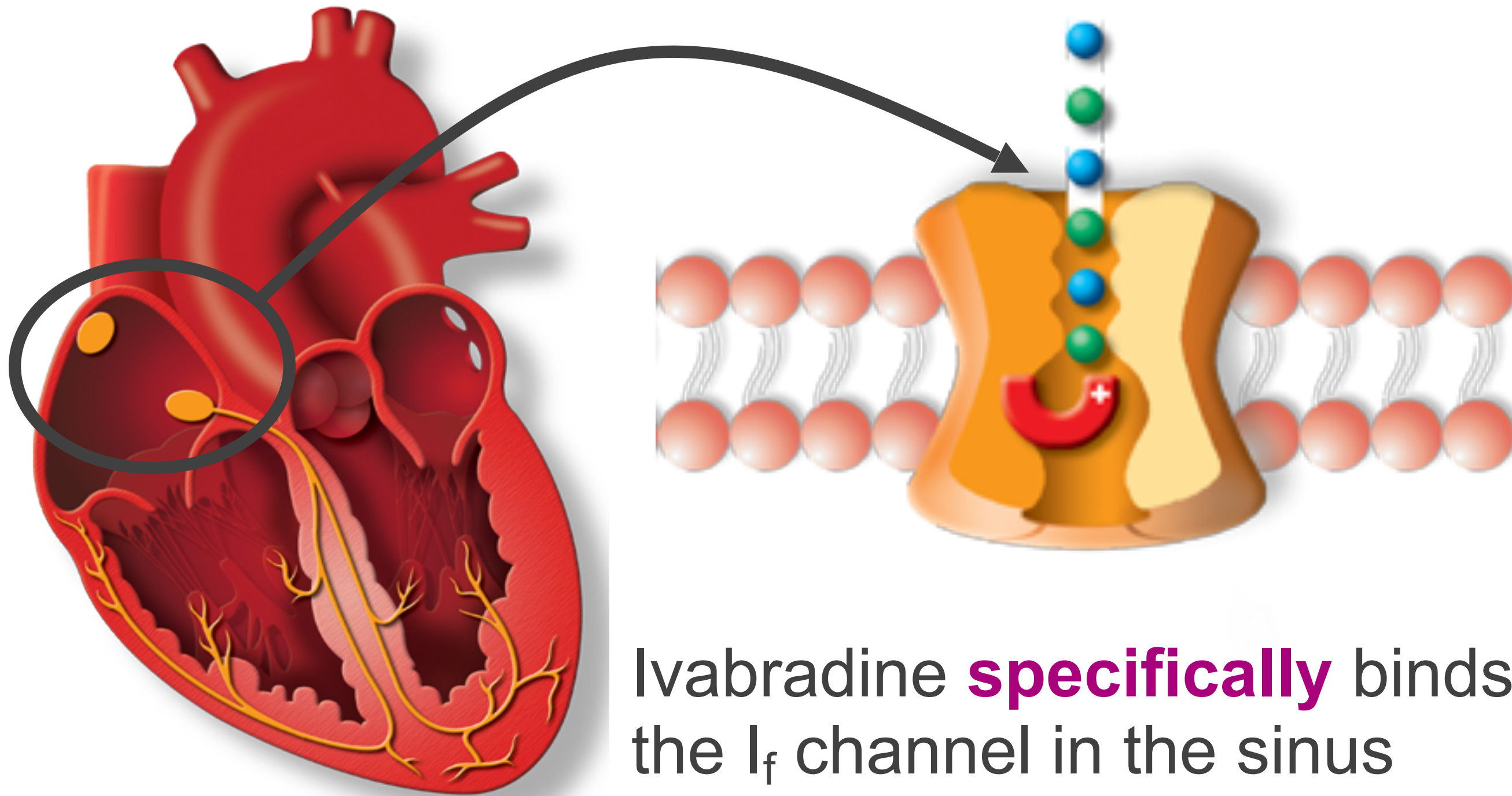
CRT improves cardiac performance in appropriately selected patients, improves symptoms and well-being and reduces morbidity and mortality.





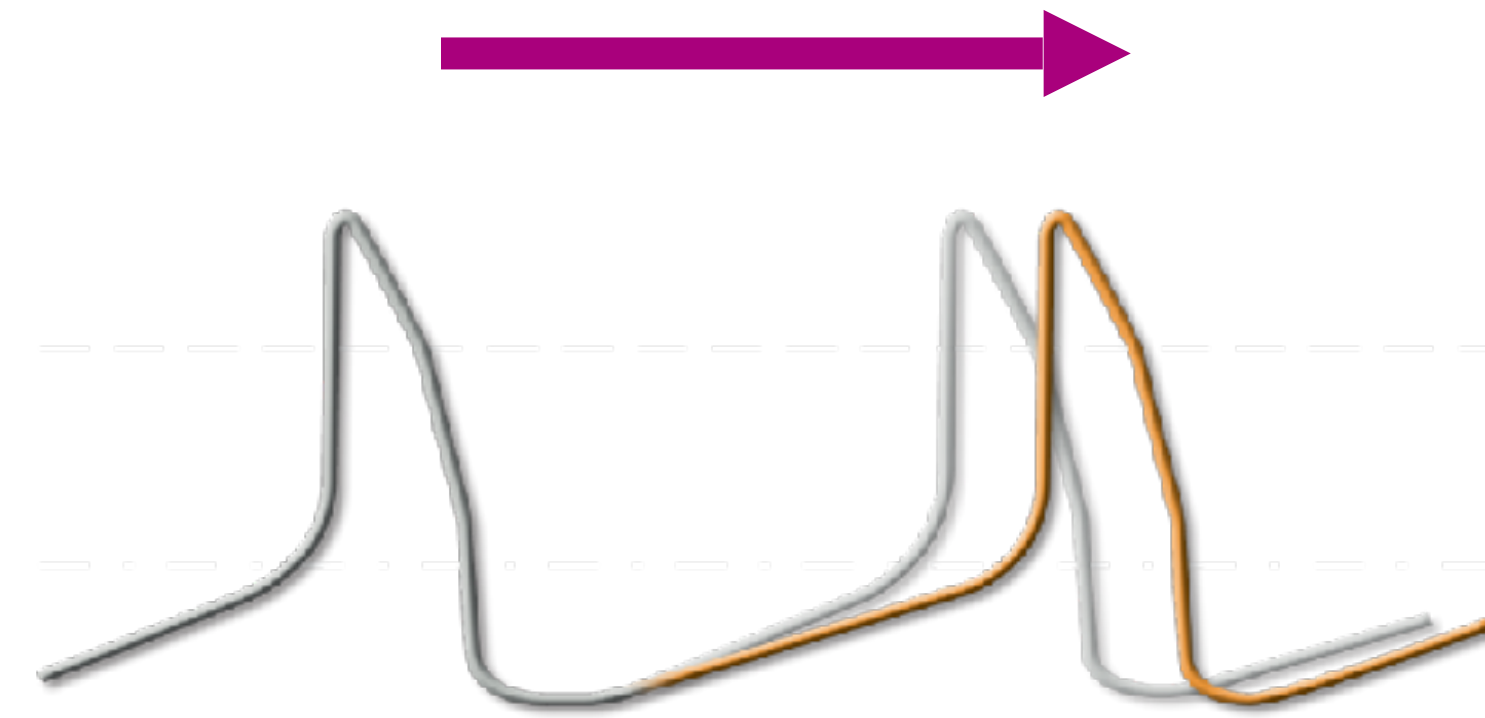
## I<sub>f</sub> inhibitor mode of action

The I<sub>f</sub> channel in the membrane of the sinus node cell



Ivabradine **specifically** binds the I<sub>f</sub> channel in the sinus node cells and selectively inhibit the I<sub>f</sub> current

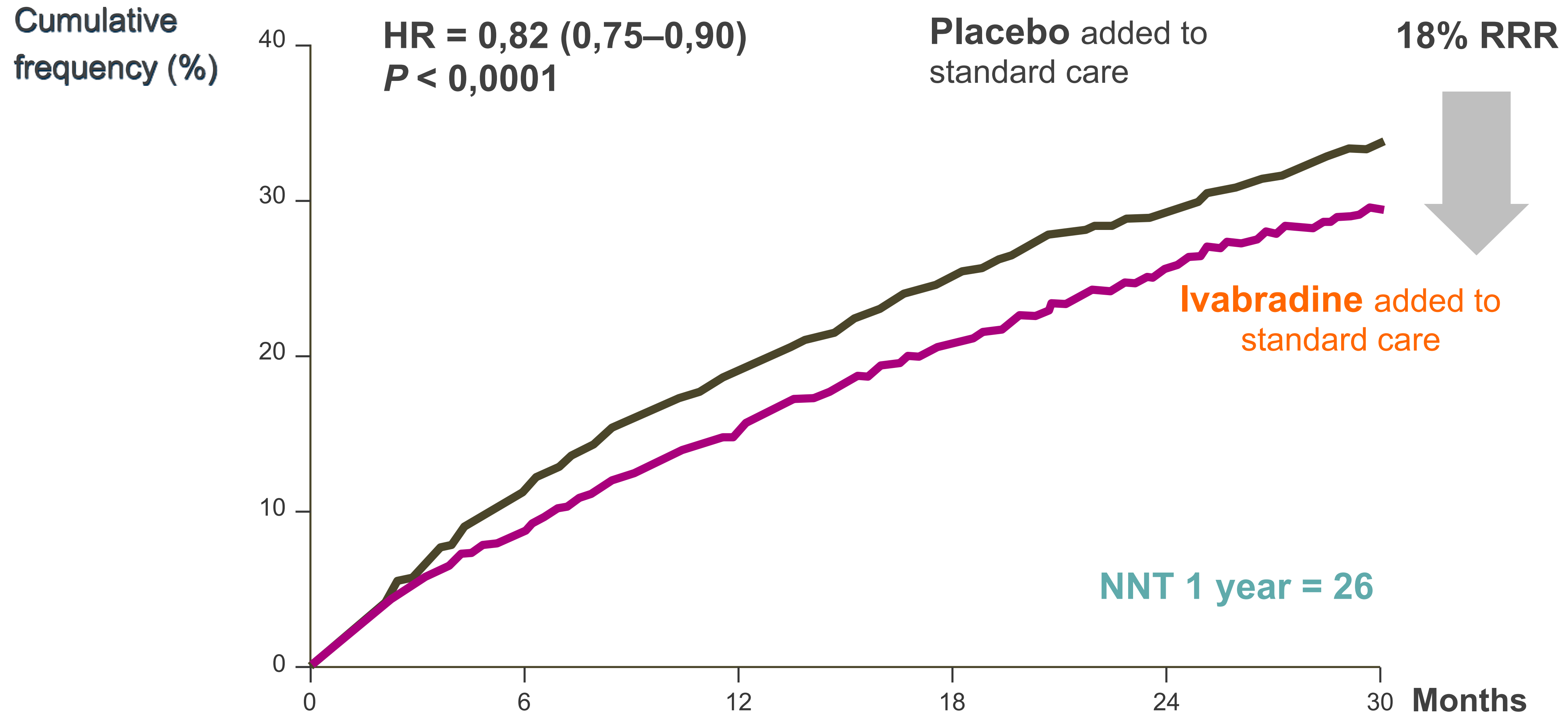
Exclusively reducing heart rate



Action potential of a sinus node cell

By inhibiting the I<sub>f</sub> current, Ivabradine decreases the slope of the Spontaneous Diastolic Depolarization phase, thus **reducing heart rate exclusively**

# Ivabradine reduced the combined endpoint of mortality and hospitalisation for HF





## Therapeutic indication – Procoralan

- Ivabradine is indicated in chronic heart failure
- NYHA II to IV class with systolic dysfunction,
- in patients in sinus rhythm and whose heart rate is  $\geq 75$  bpm,
- in combination with standard therapy including beta-blocker therapy or when beta-blocker therapy is contraindicated or not tolerated.



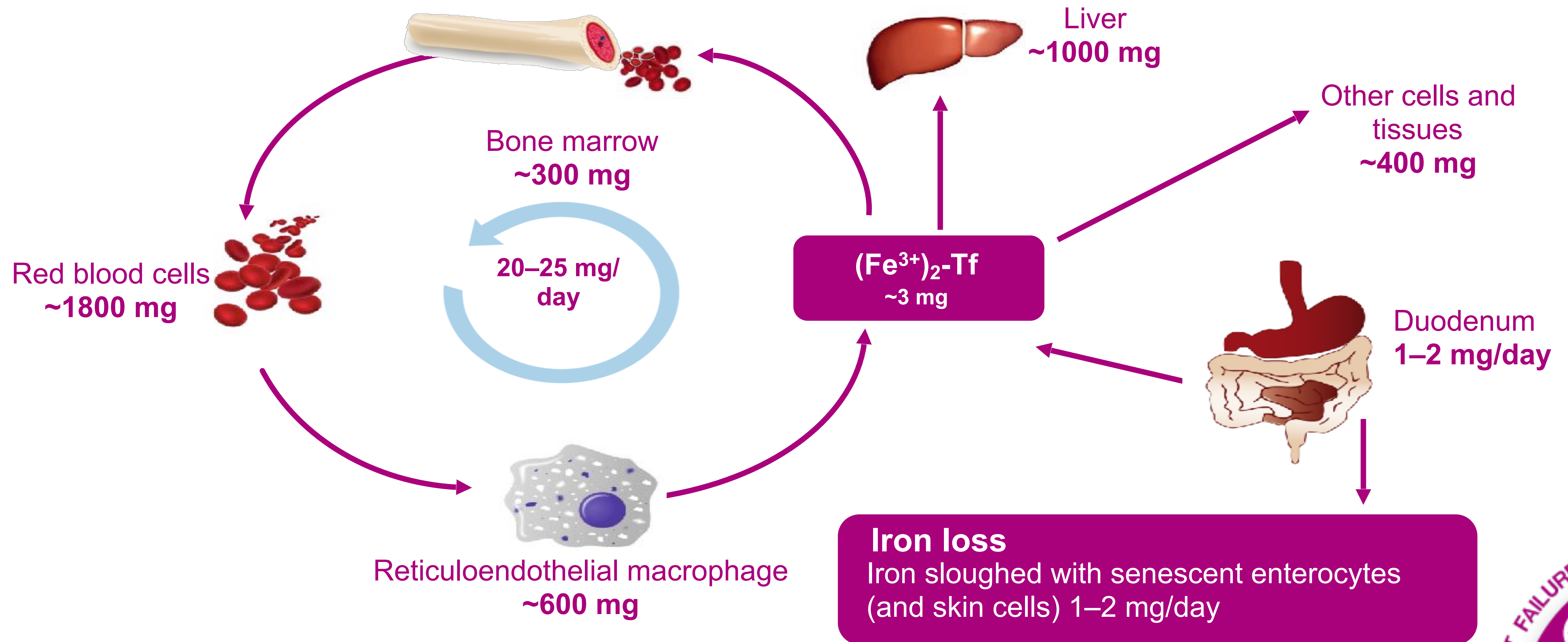
## Iron in the body

**3 grams**  
of iron in a  
3 inch nail!



# Iron metabolism

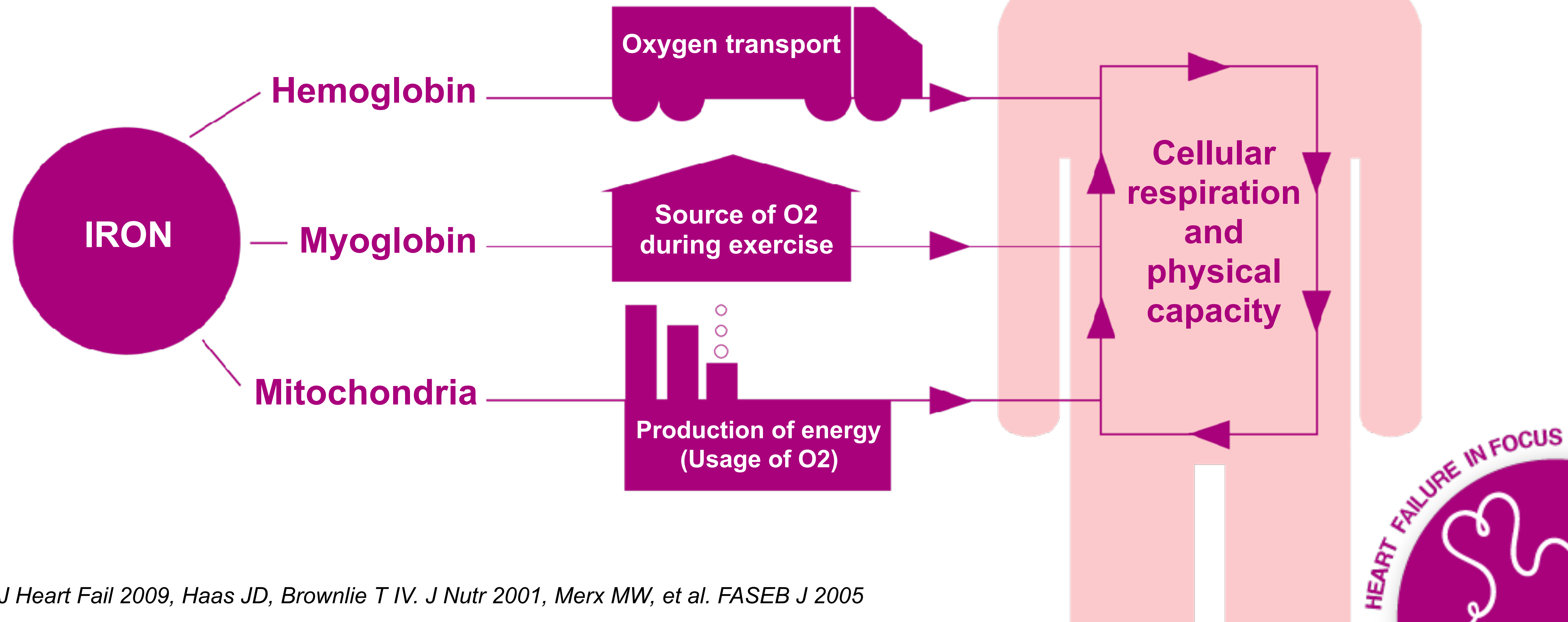
Average daily iron loss is 1–2 mg/day in healthy adults<sup>1,2</sup>





## The role of iron

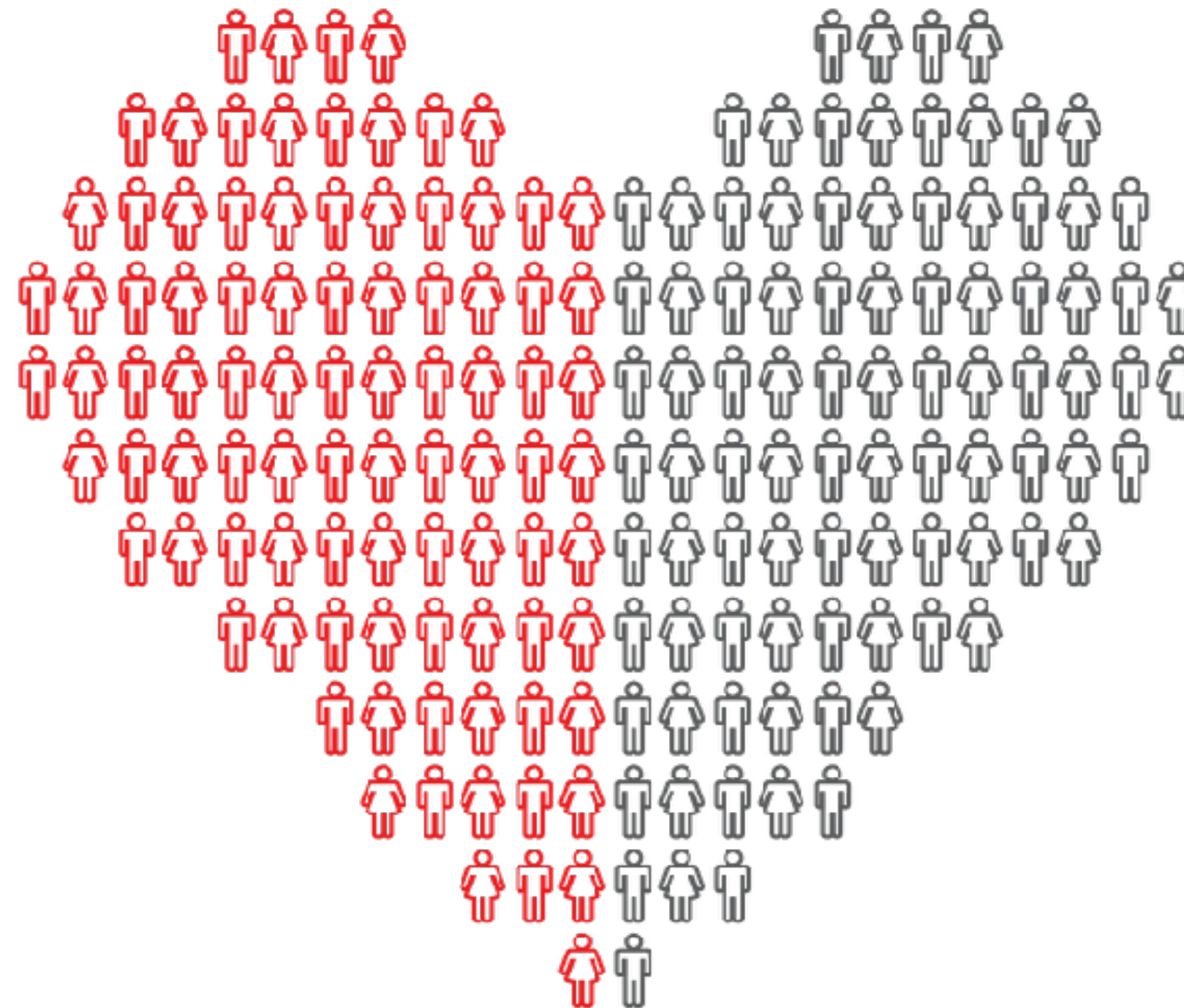
Iron is essential for cellular respiration and thereby also for physical capacity



# Iron deficiency is common in heart failure patients

**UP TO**  
1 in 2 patients with heart failure has iron deficiency

50%

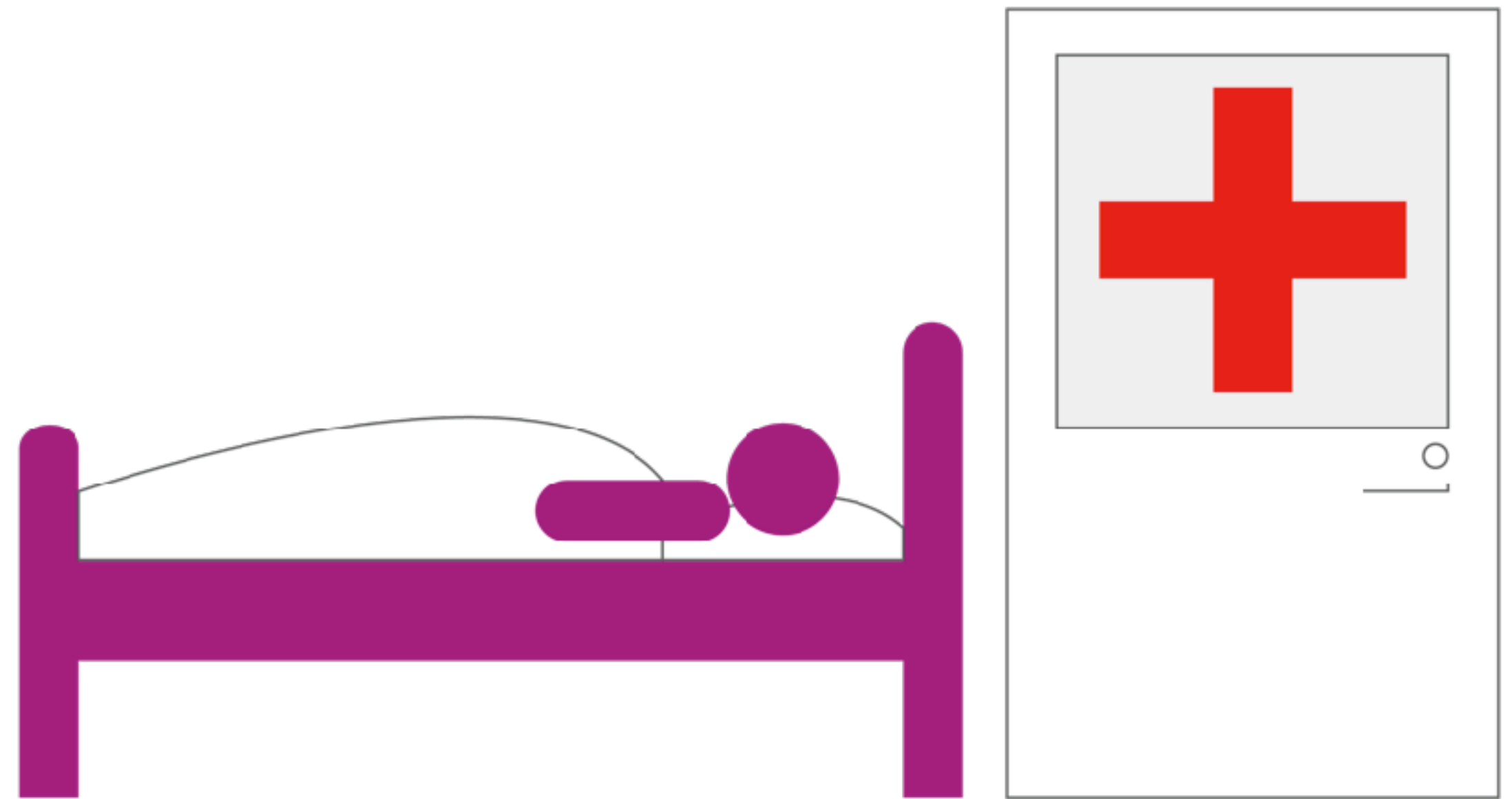


50%

**Iron deficiency is associated with a worse prognosis, independent of anaemia**

Iron deficiency is a serious comorbidity within CHF

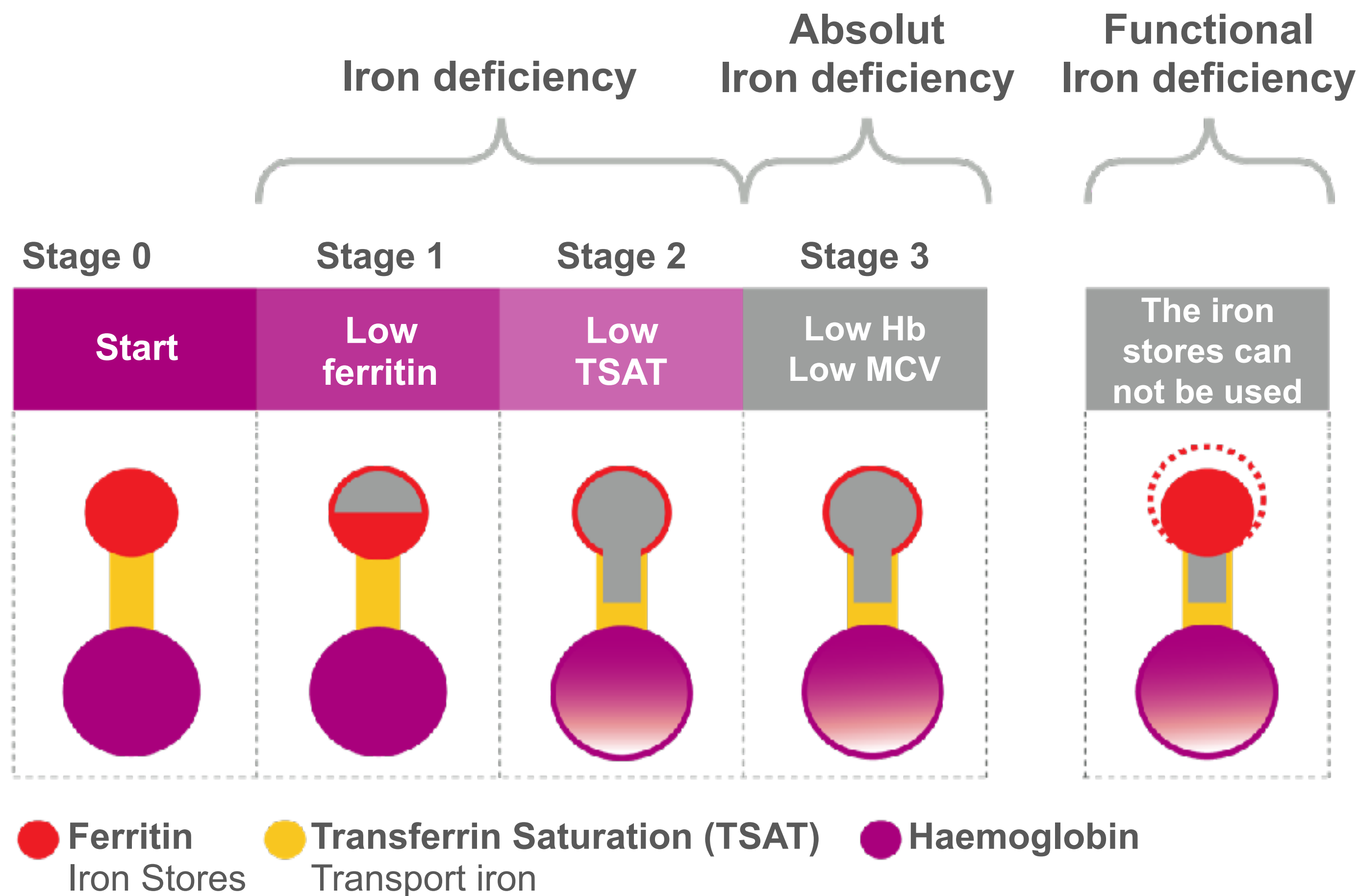
- **Worsening of exercise capacity**
- **Worsening of symptoms**
- **Decreased Quality of Life**
- **Increased hospitalisations**
- **Increased mortality**





## Progression of iron deficiency

# Iron deficiency – independent of anaemia



### Definition of iron deficiency at CHF:

S-ferritin <100 µg/L  
S-ferritin 100 - 299 µg/L,  
TSAT <20%

# Causes and diagnosis of iron deficiency

## Absolute iron deficiency

- Iron loss due to gastro-intestinal bleeding
- Impaired intestinal absorption of iron
  - Oedema
  - Impaired perfusion

**S-ferritin <100 µg/L**

## Functional iron deficiency

**Chronic inflammation**

**Impaired release of iron  
(stored as ferritin) from storage cells**

**Decreased binding of  
iron to the circulatory  
transporter transferrin**

**Increased/  
maintained ferritin  
in storage cells**

**TSAT <20%**

**S-ferritin 100-299 µg/L**

# ESC Guidelines recommendation for measurement of ferritin and TSAT

| Recommendations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Class <sup>a</sup> | Level <sup>b</sup> | Ref <sup>c</sup> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| <p>The following diagnostic tests are recommended/should be considered for initial assessment of a patient with newly diagnosed HF in order to evaluate the patient's suitability for particular therapies, to detect reversible/treatable causes of HF and co-morbidities interfering with HF:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- haemoglobin and WBC</li><li>- sodium, potassium, urea, creatinine (with estimated GFR)</li><li>- liver function tests (bilirubin,AST,ALT, GGTP)</li><li>- glucose, HbA1c</li><li>- lipid profile</li><li>- TSH</li><li>- ferritin,TSAT = TIBC</li><li>- natriuretic peptides</li></ul> |                    |                    |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | I                  | C                  |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ila                | C                  |                  |





# ESC Guidelines recommendation for treatment with intravenous FCM

## Recommendations for the treatment of other co-morbidities in patients with heart failure

| Recommendations                                                                                                                                                                                                                                                                | Class <sup>a</sup> | Level <sup>b</sup> | Ref <sup>c</sup> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| <b>Iron deficiency</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |                    |                  |
| Intravenous FCM should be considered in symptomatic patients with HFrEF and iron deficiency (serum ferritin <100 µg/L, or ferritin between 100–299 µg/L and transferrin saturation <20%) in order to alleviate HF symptoms, and improve exercise capacity and quality of life. | <b>IIa</b>         | <b>A</b>           | 469,470          |
| <b>Diabetes</b>                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |                    |                  |
| Metformin should be considered as a first-line treatment of glycaemic control in patients with diabetes and HF, unless contra-indicated.                                                                                                                                       | <b>IIa</b>         | <b>C</b>           | 440,441          |

FCM = ferric carboxymaltose; HF = heart failure; HFrEF = heart failure with reduced ejection fraction.

<sup>a</sup>Class of recommendation.

<sup>b</sup>Level of evidence.

<sup>c</sup>Reference(s) supporting recommendations.

Treatments not recommended for other co-morbidities in patients with heart failure

## Therapeutic indication

**Ferinject** is indicated for treatment of **iron deficiency** when oral iron preparations are ineffective or cannot be used. The diagnosis of iron deficiency must be based on laboratory tests.

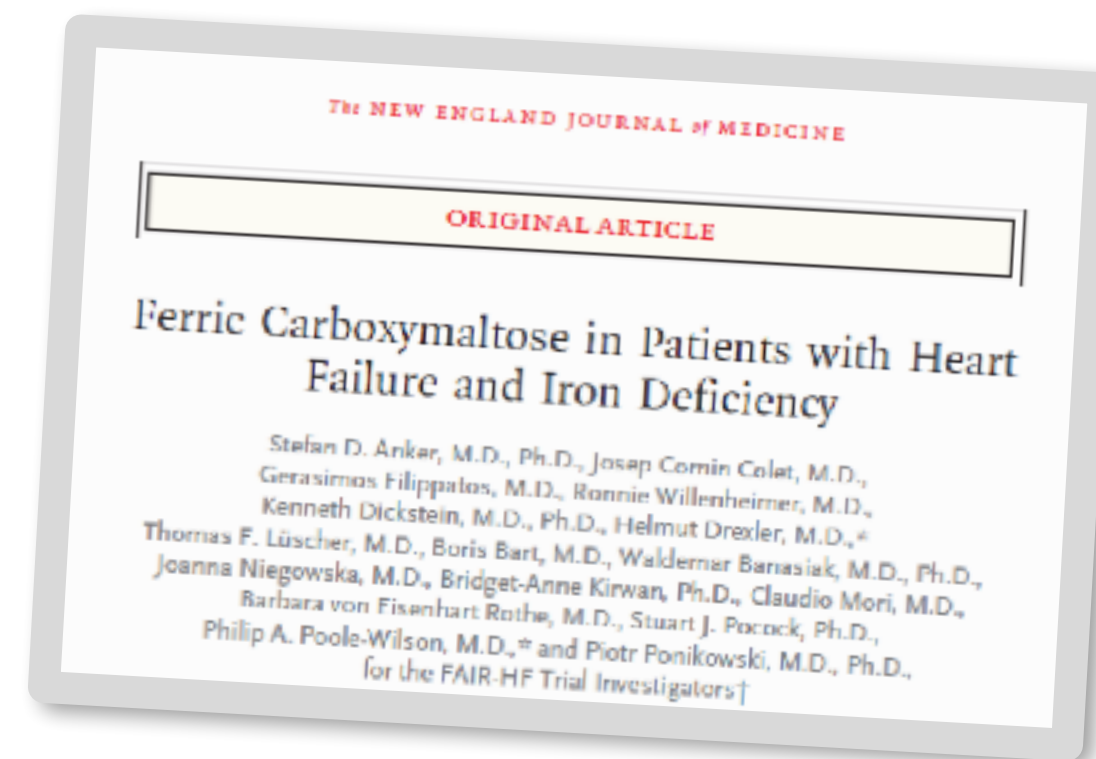




# Treatment with intravenous FCM in heart failure patients – the evidence

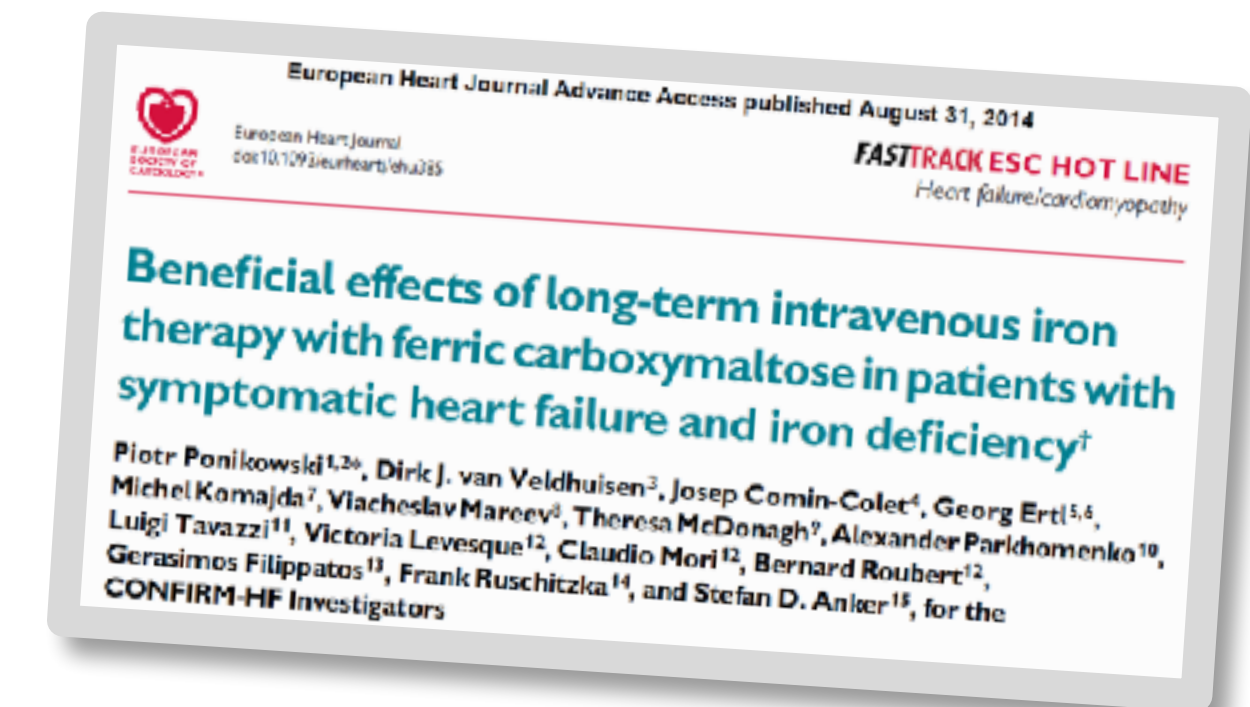
## FAIR-HF, NEJM 2009

- 24 weeks, 459 pat
- NYHA II-III, EF  $\leq$ 40-45%
- Hb 95-135
- Ferritin <100 or 100-299 and TSAT <20%
- 200 mg Ferinject per week in 8 weeks, then 200 mg/month in 24 weeks if required
- Improved self-reported patient global assessment, quality of life and NYHA class, in patients with or without anaemia



## CONFIRM-HF, EHJ 2015

- 52 weeks, 301 pat
- NYHA II-III, EF  $\leq$ 45%
- Hb <150
- Ferritin <100 or 100-299 and TSAT <20%
- 500-2000 mg Ferinject given initially and in week 6. 500 mg weeks 12, 24 and 36 if required.
- Improved self-reported patient global assessment, quality of life, NYHA class and reduction in HF-related hospitalizations, in patients with or without anaemia
- Confirms FAIR-HF and benefits of treatment were sustained for one year with easier administration (higher doses) => more than 75% of patients only needed a maximum of 2 infusions

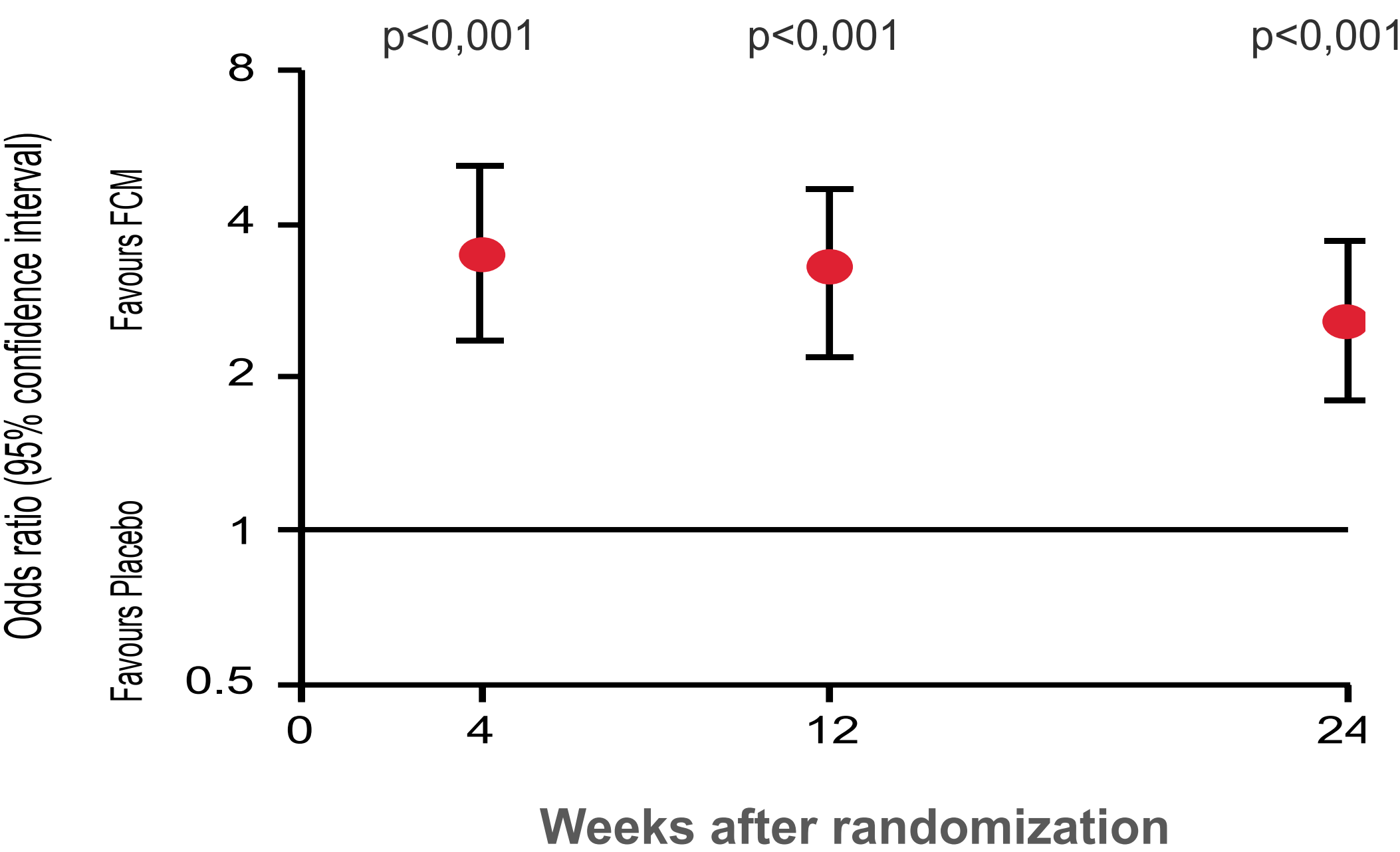




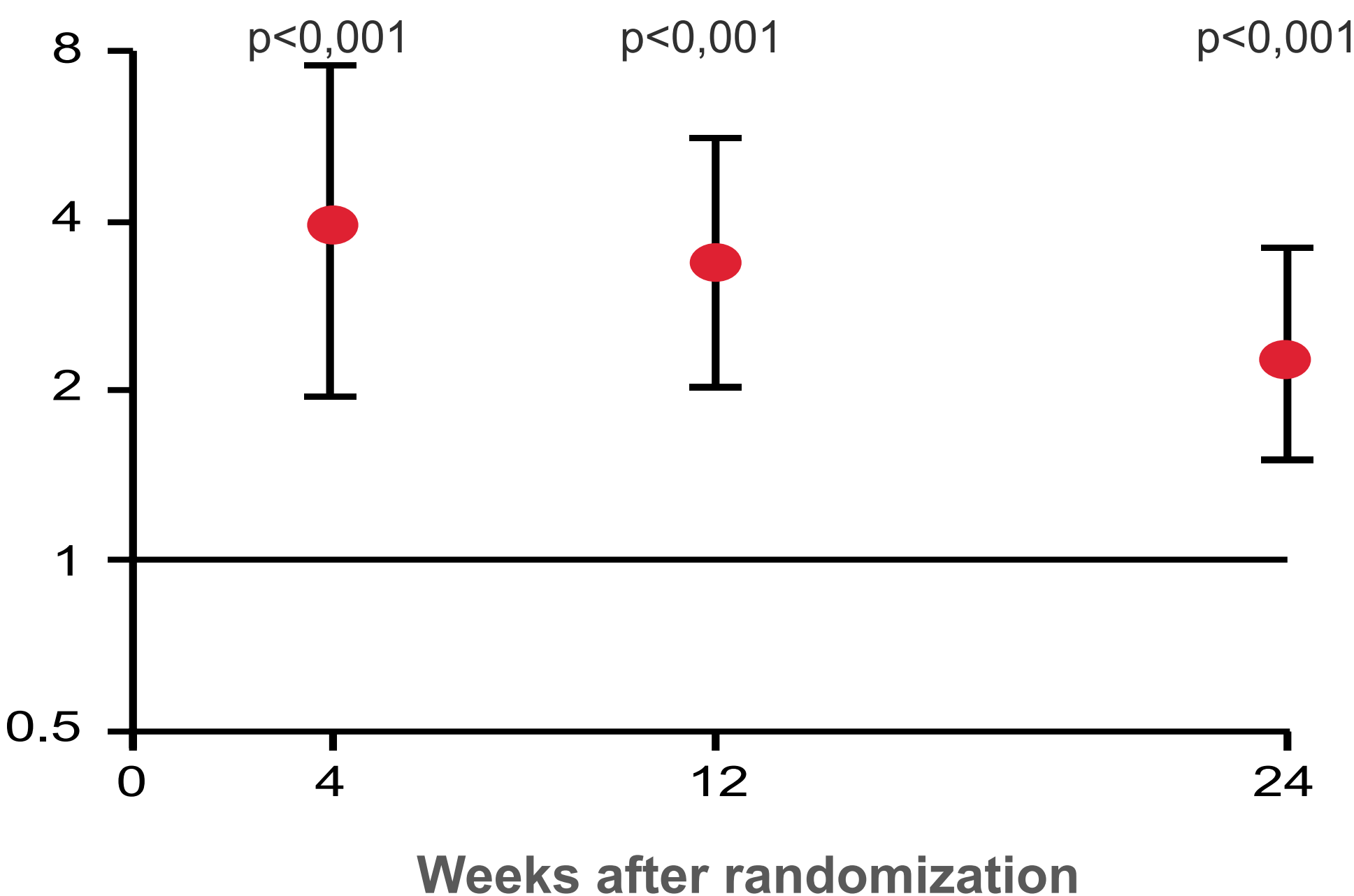
# FAIR-HF study – Primary Endpoint

Significant improvements in QoL with **Ferinject** from week 4

## Patient Global Assessment



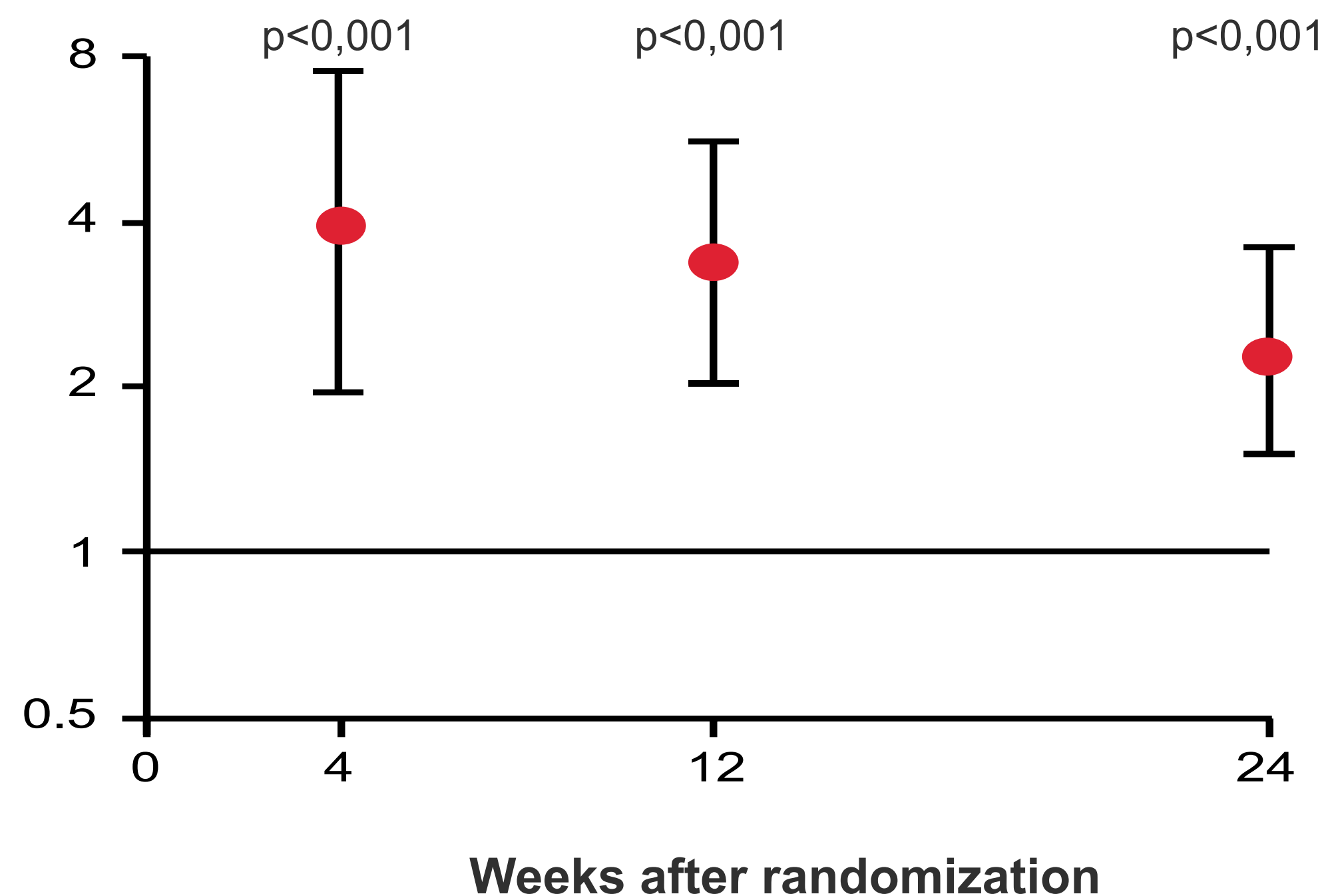
## NYHA functional class



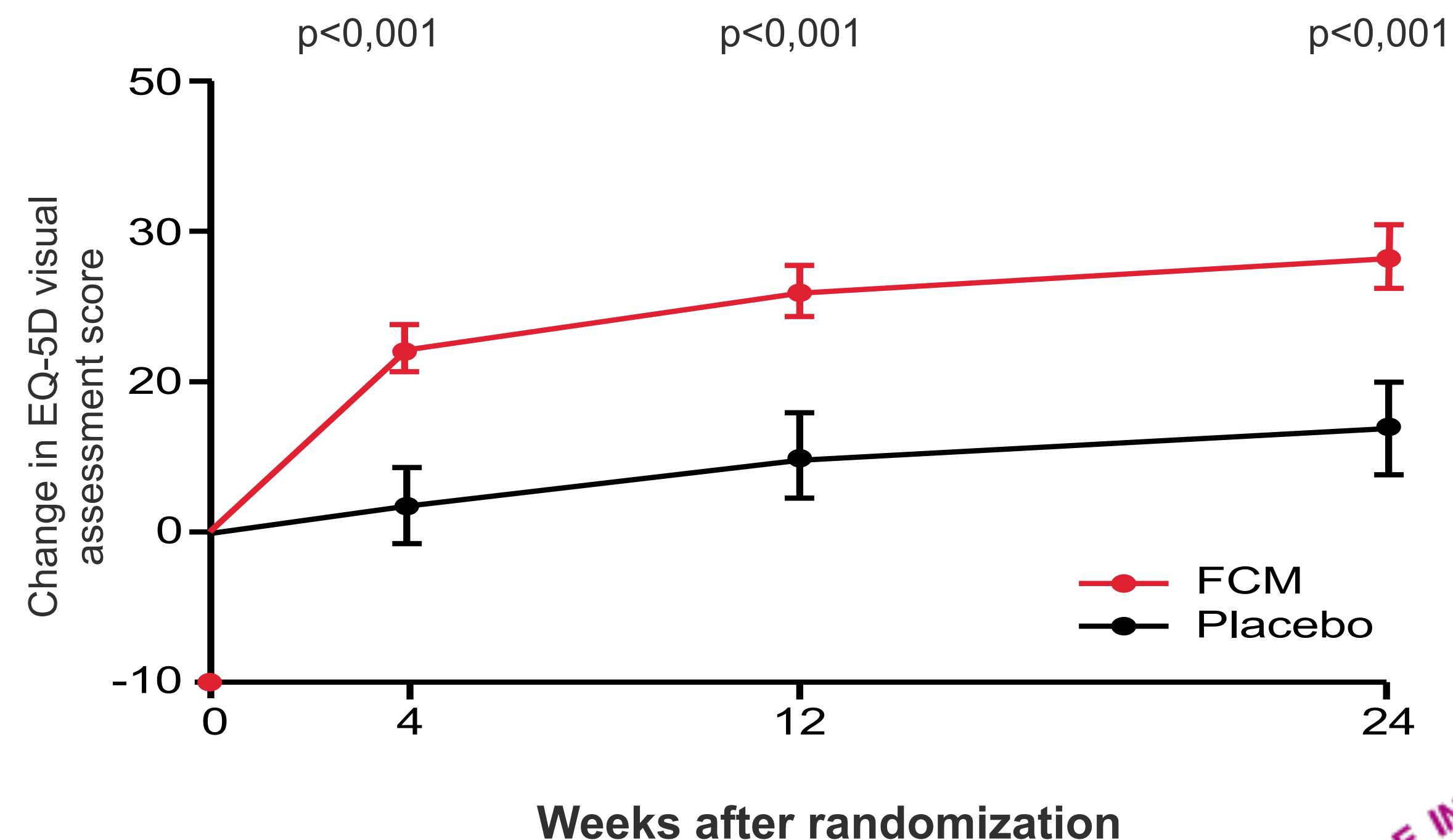
## FAIR-HF study – Secondary Endpoint

Significant improvements in QoL and Physical capacity with **Ferinject** from week 4

### NYHA functional class



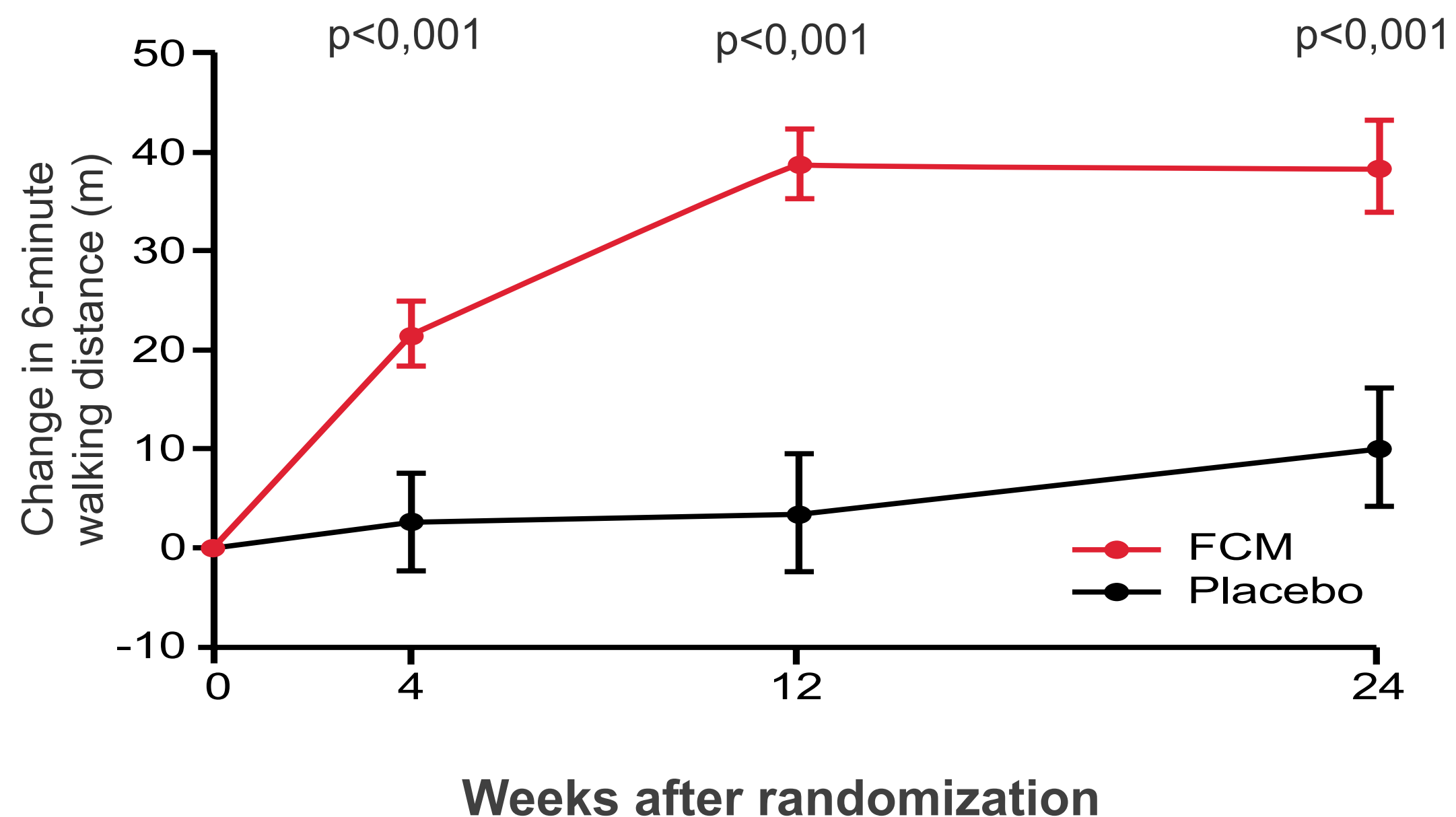
### EQ-5D VAS score



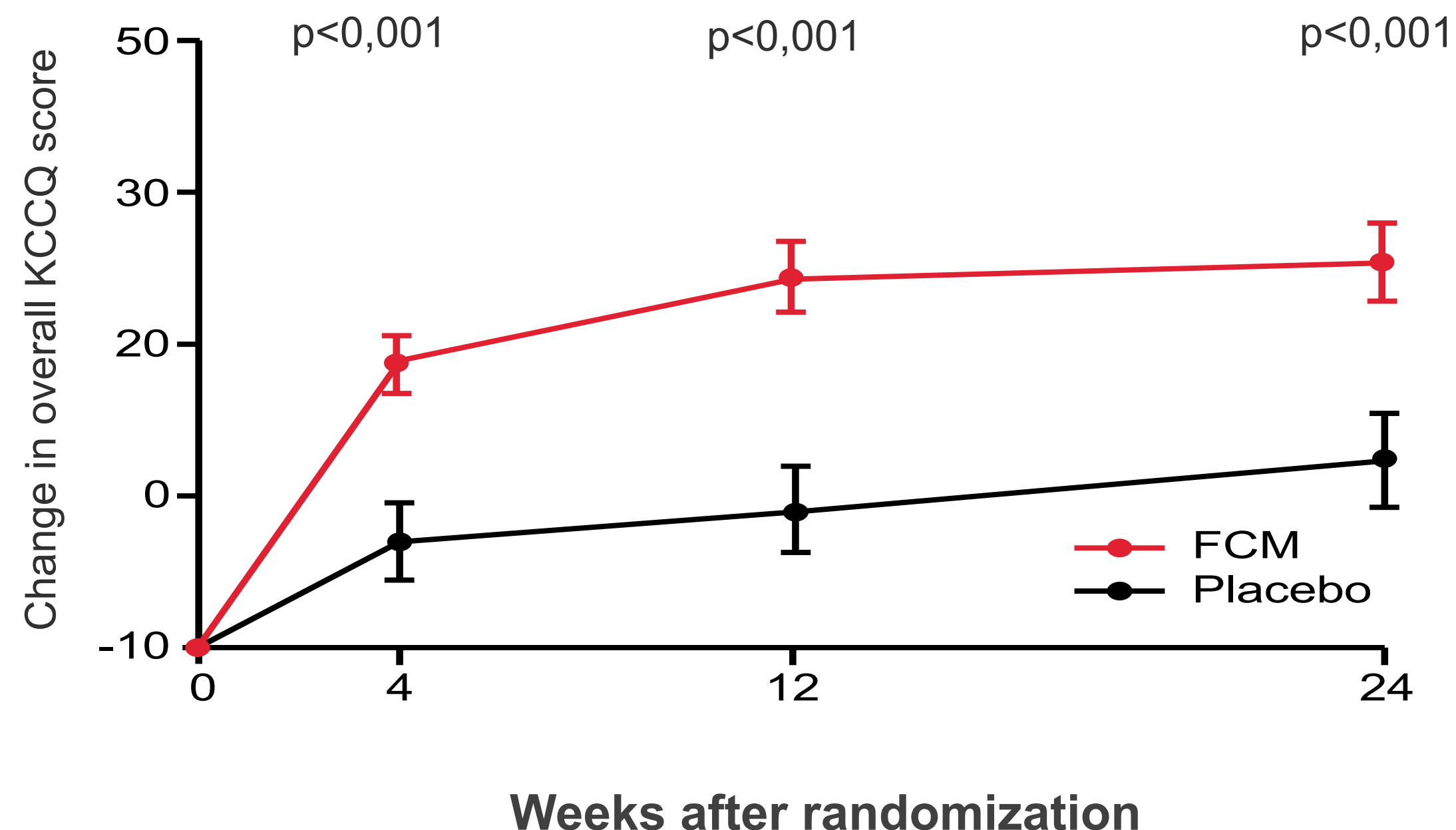
## FAIR-HF study – Secondary Endpoint

Significant improvements in QoL and Physical capacity with **Ferinject** from week 4

### 6-minute walk test



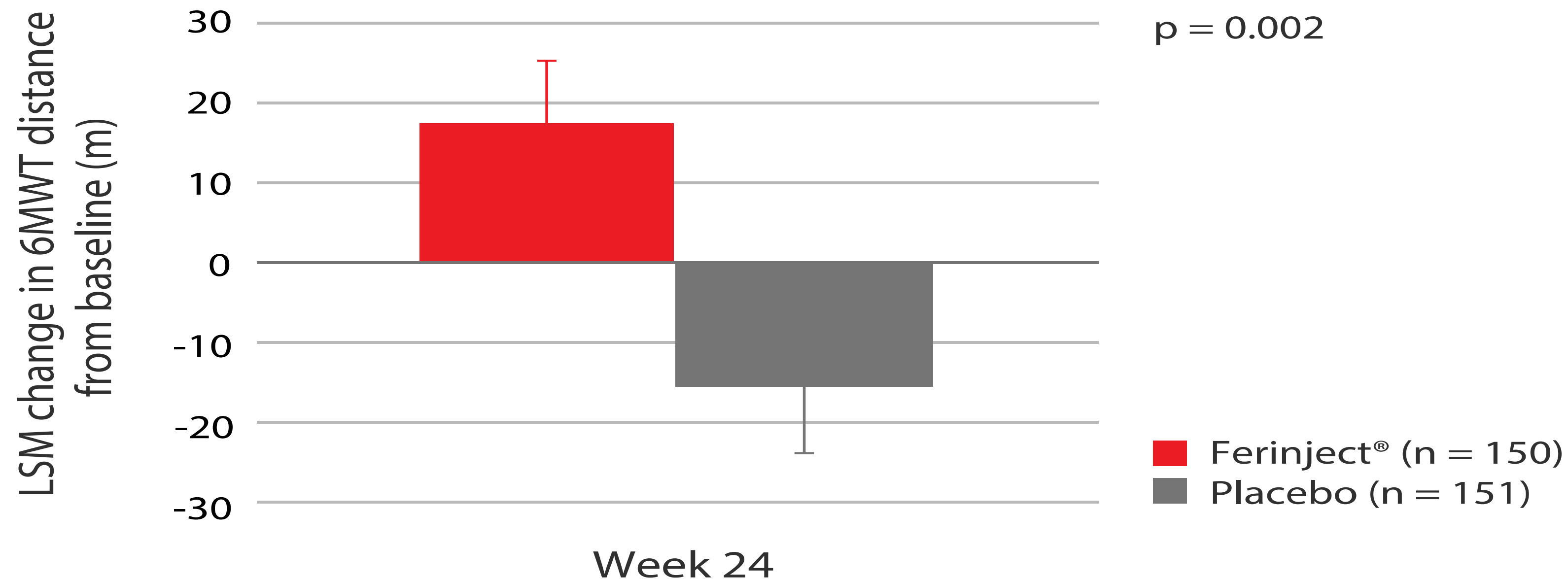
### KCCQ overall score





## Confirm-HF study – Primary Endpoint

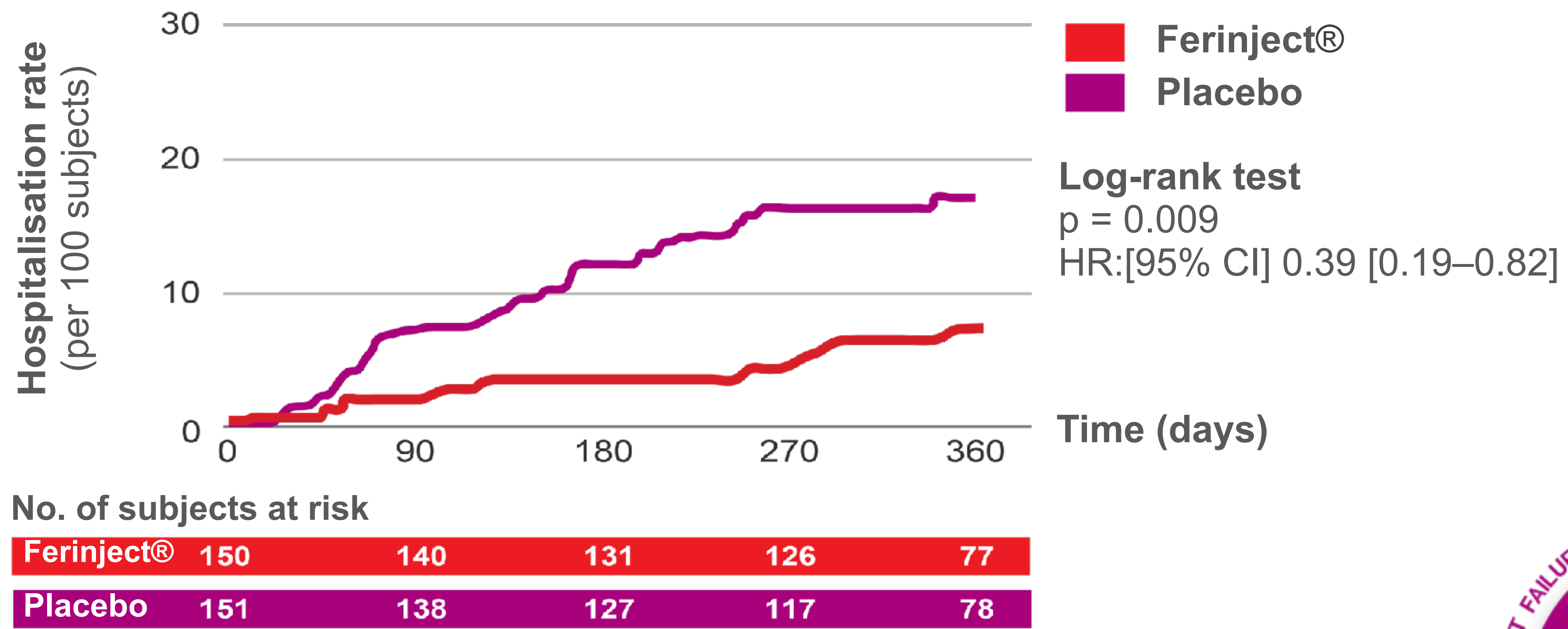
# Ferinject improved exercise capacity



Patients treated with **Ferinject** showed a clinically meaningful difference of 33m in 6MWT<sup>1</sup>

# Confirm-HF study – Secondary Endpoint

Ferinject was associated with a decreased rate of hospitalisations due to HF



Adapted from Ponikowski et al. Eur Heart J. 2015



Confirm-HF study – Safety Endpoints

Ferinject was well tolerated

| Safety end-point or adverse event (AE)                                      | Ferinject<br>(N=152)<br>n (%) Events | Placebo<br>(N=152)<br>n (%) Events |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| Subjects with at least one AE                                               | 121 (79.6) 555                       | 115 (75.7) 547                     |
| Subjects with at least one severe AE                                        | 21 (13.8) 31                         | 27 (17.8) 54                       |
| Subjects with at least one serious AE                                       | 43 (28.3) 68                         | 53 (34.9) 106                      |
| Subjects with at least one AE leading to study drug withdrawal              | 14 (9.2) 14                          | 19 (12.5) 19                       |
| Subjects with at least one severe drug-related AE                           | 0 (0.0) 0                            | 0 (0.0) 0                          |
| Subjects with at least one serious drug-related AE                          | 0 (0.0) 0                            | 0 (0.0) 0                          |
| Subjects with at least one drug-related AE leading to study drug withdrawal | 1 (0.7) 1                            | 0 (0.0) 0                          |
| Subjects with at least one drug related AE                                  | 14 (9.2) 24                          | 5 (3.3) 7                          |





# Investigating iron deficiency

- **Patients with iron deficiency need to be screened for any potentially treatable/reversible causes (e.g. gastrointestinal sources of bleeding)**

*2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure*

- **Identify malnutrition**
- **Identify risk of anaemia**
- **Consider individual patient needs**





# Rikssvikt

nationellt hjärtsviktsregister

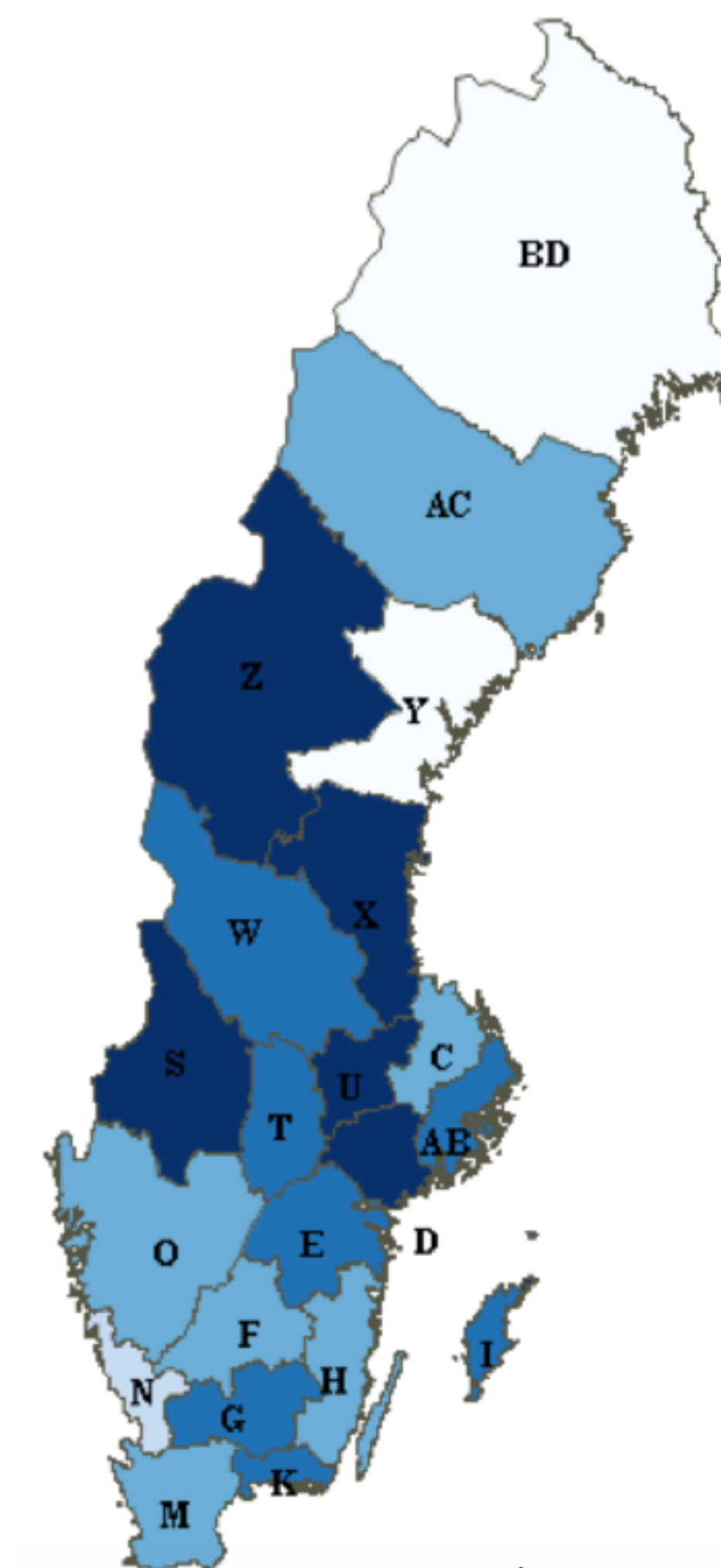


# RiksSvikt, Nationellt Kvalitetsregister för Hjärtsvikt

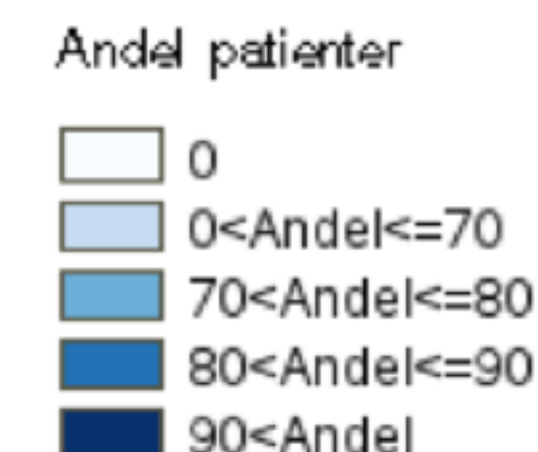
Kvalitetsverktyg för sjukhus och primärvård



- RiksSvikt är ett **kvalitetsverktyg** med det primära syftet att förbättra handläggningen av patienter med hjärtsvikt.
- Patienterna registreras i RiksSvikt från 2017 vid **indexbesök** (slutenvård eller öppenvård), **tidigt återbesök**, **uppföljningsbesök** och därefter årligen.
- Totalt 31 dec 2015 ca 70.000 unika patienter sedan 2013, 91 % på sjukhus.
- 9.285 unika patienter under 2015.
- 67 sjukhus och 116 vårdcentraler
- Täckningsgrad 54,3%
- Anmäl Er via [anslutning.rikssvikt.se](http://anslutning.rikssvikt.se)
- Regional koordinatör kommer att ta kontakt med Er och Ni kommer tillsammans överens om datum för besök och introduktion.



Basbehandling Slutenvård  
Andel patienter med HF-REF och basbehandling i form av RAS-blockad + betareceptorblockerare fördelat på hur många, uppdelat i proportioner, som får denna behandling. I riket erhåller 85 % av patienterna med HF-REF basbehandling, 86 % av männen respektive 82 % av kvinnorna.

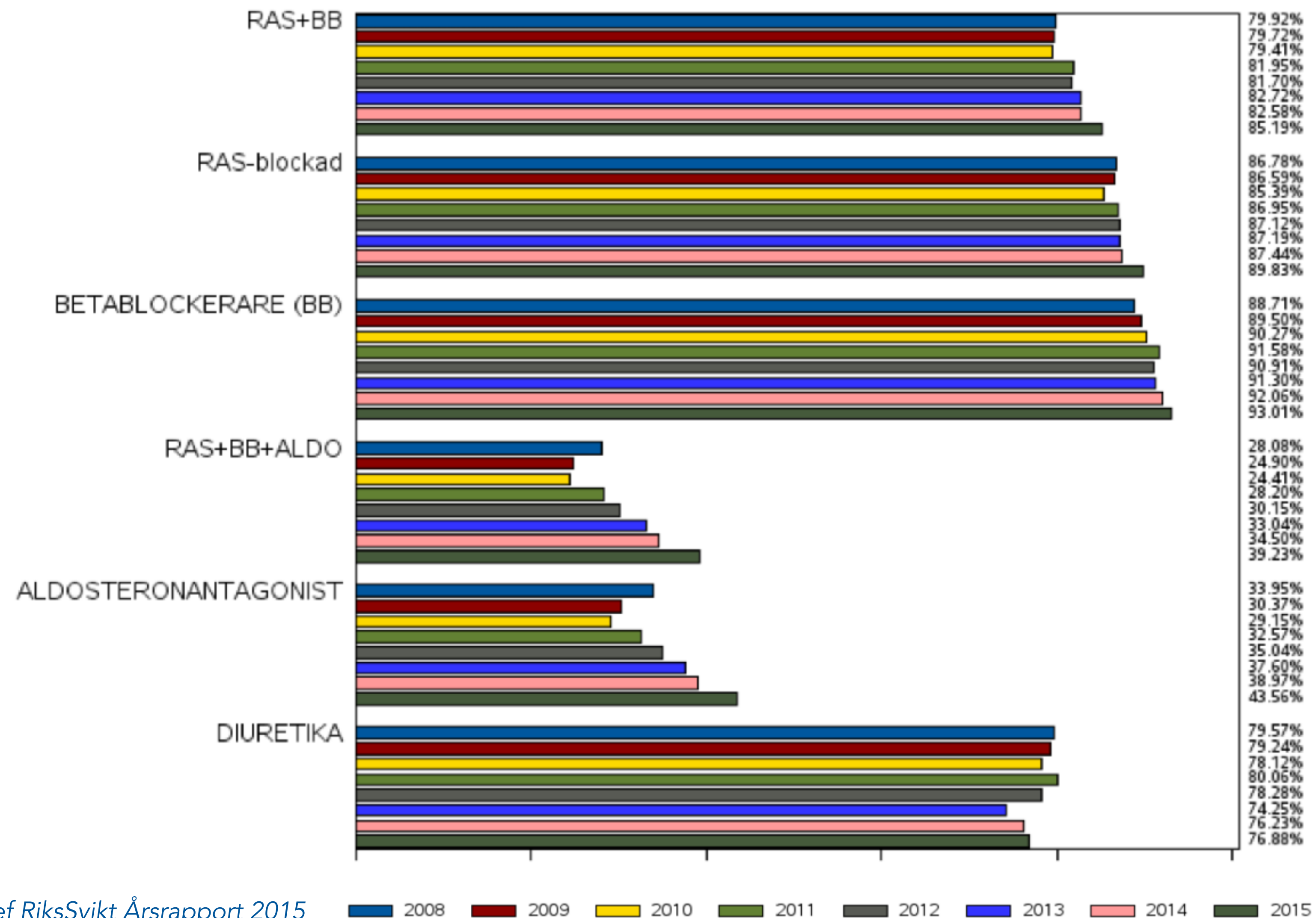




# RiksSvikt, Nationellt Kvalitetsregister för Hjärtsvikt

Kvalitetsverktyg för sjukhus och primärvård

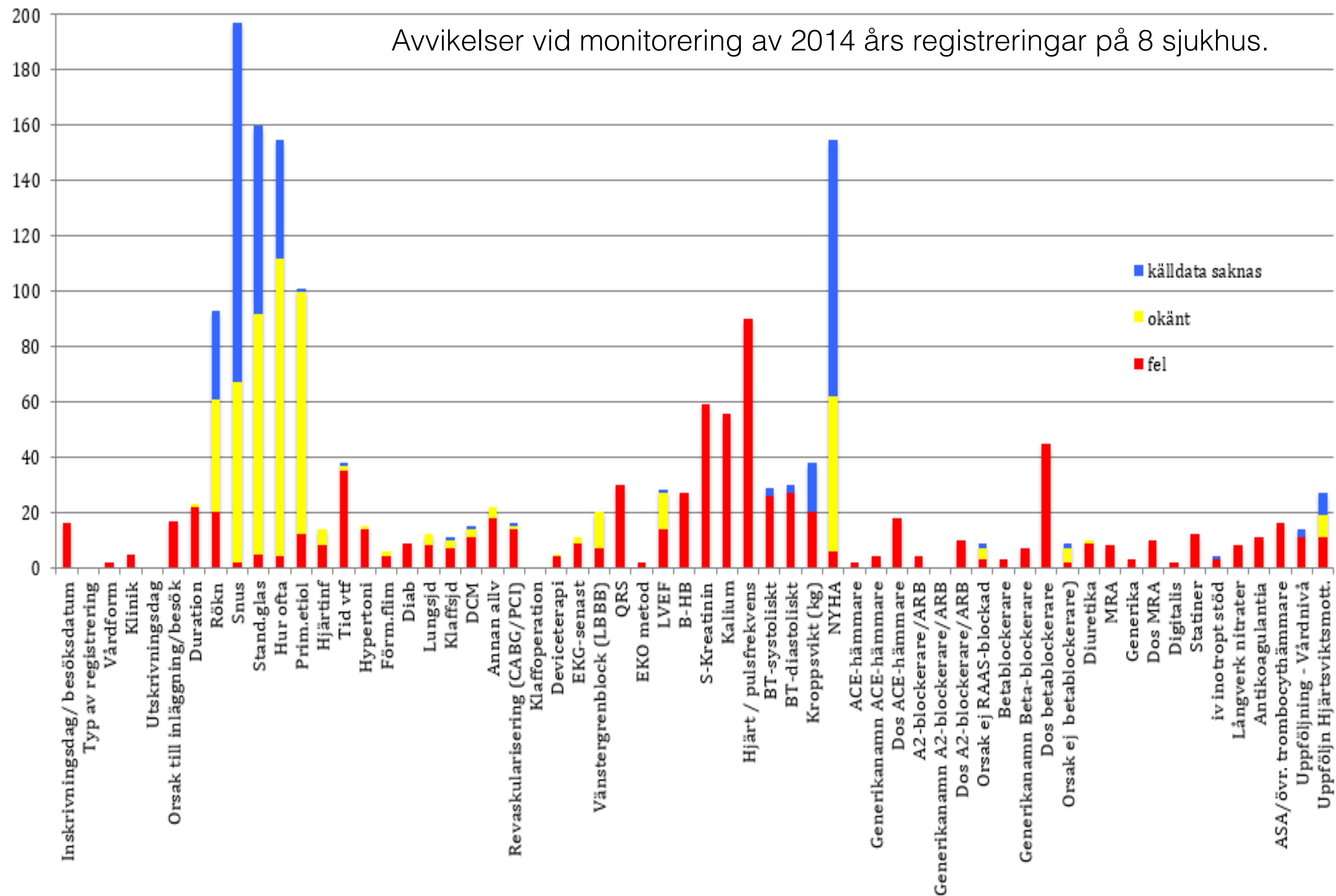
- 67 sjukhus och 116 vårdcentraler
- Täckningsgrad 54,3%
- 1,65 besöksreg per patient
- Totalt 31 dec 2015 ca 70.000 unika patienter sedan 2013, 91 % på sjukhus.
- 9.285 unika patienter under 2015.
- RiksSvikt finansieras via SKL, 3,8 miljoner per år
- Registercentrum: Uppsala Clinical Research Center – UCR



Användningen av vanliga hjärtsviktmediciner över tid hos patienter med HF-REF inom slutenvården.

Behandlade patienter %.

Avvikelser vid monitorering av 2014 års registreringar på 8 sjukhus.



# Hjärtsviktprocessen, mätpunkter

**Akut hjärtsvikt**  
som initialt sjukhusvårdas

**Kronisk hjärtsvikt**  
eller nydebuterad som inte krävt sjukhusvård

1 **Indexinläggning** på  
sjukhus

**Indexbesök** på mottagning **antingen**  
**primärvård eller slutenvård**

2

**Tidigt återbesök**  
1-6 veckor  
**antingen primärvårds- eller slutenvårdmottagning**

3

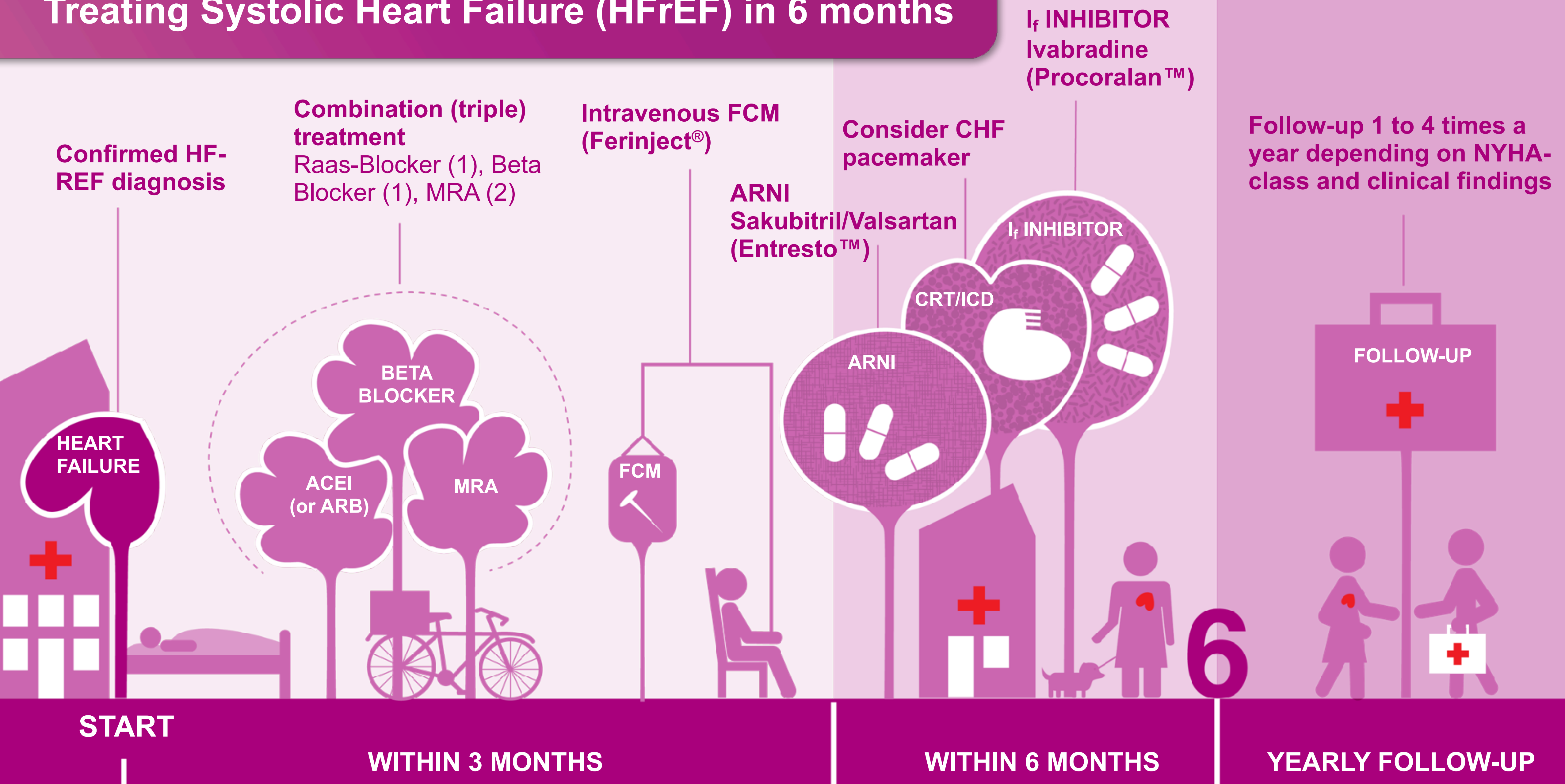
**Uppföljningsbesök**  
Inom 6 månader när patienten är så optimal att man kan ta ställning till  
om CRT behövs eller inte.  
**3 mån för medicinsk behandling och 3 mån för device.**  
**antingen primärvårds- eller slutenvårdmottagning**

4

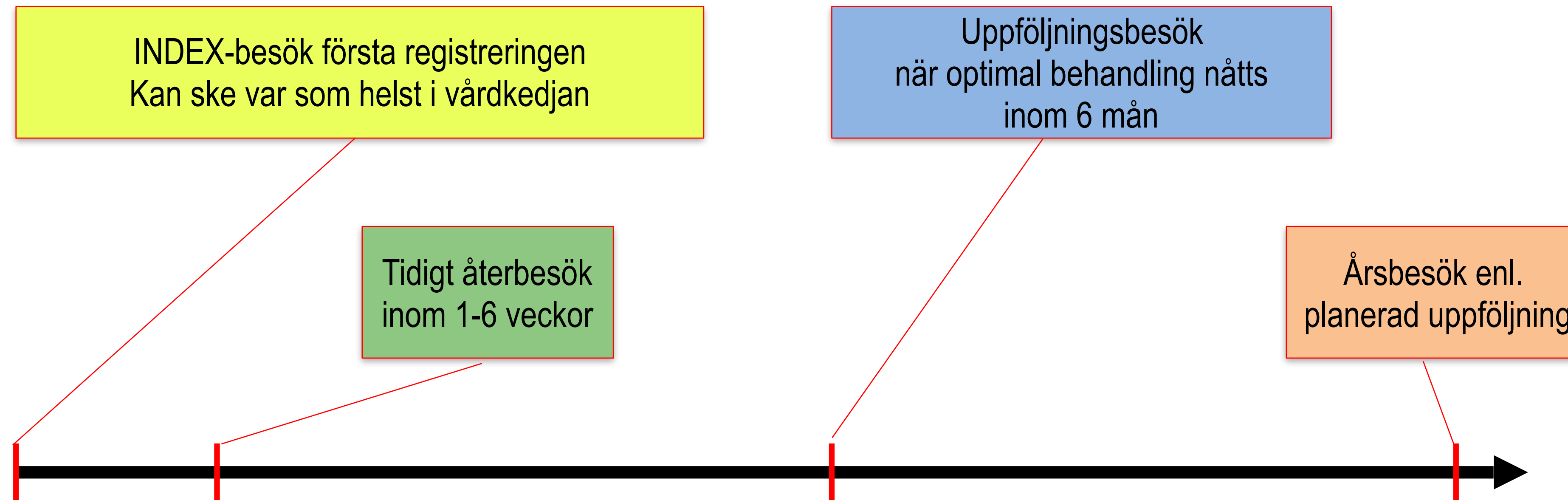
**Årskontroller**  
**antingen primärvårds- eller slutenvårdmottagning**



# Treating Systolic Heart Failure (HFrEF) in 6 months



# Hjärtsviktsprocessen, mätpunkter i RiksSvikt



Registret följer patienten.

Registrering möjlig både inom slutenvård, öppenvård och hemsjukvård

 Sök patient

Person-/samordningsnummer

ÅÅÅÅMMDD-NNNN

Sök

# Enhetens startsida

| Nuläge - koll på verksamheten: Samariterhemmet |                                           |                                   |                            |                             |                                | 2016-01-01 - 2016-10-16                  |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|
| 1                                              | 0%                                        | 0                                 | 0%                         | N/A                         | N/A                            | 9 d                                      |
| Antal klarmarkerade indexbesök                 | Indexbesök som klarmarkerats inom 1 vecka | Antal ej klarmarkerade indexbesök | Genomfört snabbt återbesök | Genomfört uppföljningsbesök | Genomfört årsuppföljningsbesök | Medeltid eftersläpning för klarmarkering |

| RiksSvikts kvalitetsindikatorer                                                     |                                                                                     |                                                                        |           |       |                              |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|------------------------------|--|
| Måluppfyllelse för kalenderåret 2016 (t.o.m. 2016-10-16)                            |                                                                                     |                                                                        |           |       |                              |  |
| 2015                                                                                | NULÄGE                                                                              | MÄTNING AV                                                             | PATIENTER | ANDEL | UNDERLAG                     |  |
|  |  | 1a. Vänsterkamarfunktion uppmätt                                       | 0 av 1    | 0%    | Indexbesök                   |  |
|  |  | 1b. Vänsterkamarfunktion uppmätt                                       | 0 av 0    |       | Indexbesök/Uppföljningsbesök |  |
|  |  | 2a. Användning av BNP eller NT-proBNP                                  | 0 av 1    | 0%    | Indexbesök                   |  |
|  |  | 2b. Användning av BNP eller NT-proBNP                                  | 0 av 0    |       | Indexbesök/Uppföljningsbesök |  |
|  |  | 3a. RAS-blockad                                                        | 0 av 1    | 0%    | Indexbesök                   |  |
|  |  | 3b. RAS-blockad                                                        | 0 av 0    |       | Uppföljningsbesök            |  |
|  |  | 4a. Betablockad                                                        | 0 av 0    |       | Indexbesök                   |  |
|  |  | 4b. Betablockad                                                        | 0 av 0    |       | Uppföljningsbesök            |  |
|  |  | 5a. RAS-blockad och Betablockad                                        | 0 av 1    | 0%    | Indexbesök                   |  |
|  |  | 5b. RAS-blockad och Betablockad                                        | 0 av 0    |       | Uppföljningsbesök            |  |
|  |  | 6. Återinskrivningar inom 30 dagar                                     | 0 av 0    |       | Uppföljningsbesök            |  |
|  |  | 7a. MRA i tillägg till basbehandling (RAS+BB) om NYHA II-IV och EF<40% | 0 av 0    |       | Indexbesök                   |  |



RiksSvikt i ny skepnad

Förhandsvisning av testmiljö

Kommande aktiviteter

# Utbildningsdagar Hjärtsvikt 2017

och lansering av RiksSvikt i ny skepnad

Svenska Kardiologföreningens arbetsgrupp för hjärtsvikt och klaffsjukdomar, Vårdprofessioner inom Cardiologi, Riksförbundet HjärtLung,  
RiksSvikt

tis 07 mars 2016 Linköping, förslag, Ulf

fre 10 mars 2017 Stockholm, klart med datumet, Michael

fredag 17 mars 2017 Umeå, förslag, Anna

tis 28 mars 2017 Örebro, förslag, Christer

fre 31 mars Göteborg, förslag, Tomas

tis 04 april 2017 Uppsala, förslag, Catarina

tors 06 april 2017 Malmö/Lund, förslag, Marie-Louise



# Utbildningsdagar Hjärtsvikt 2017

och lansering av RiksSvikt i ny skepnad

Svenska Kardiologföreningens arbetsgrupp för hjärtsvikt och klaffsjukdomar, Vårdprofessioner inom Cardiologi, Riksförbundet HjärtLung,  
RiksSvikt

tis 07 mars 2016 Linköping, förslag,

fre 10 mars 2017 Stockholm, klart med datumet

fredag 17 mars 2017 Umeå, förslag

tis 28 mars 2017 Örebro, förslag

fre 31 mars Göteborg, förslag

tis 04 april 2017 Uppsala, förslag

tors 06 april 2017 Malmö/Lund, förslag

# Symposium vårmötet 2017 Malmö

- RiksSvikt 2017-04-26 - - 28 Vårmöte Symposium
- Titel: **RiksSvikt i ny skepnad. Smartare kvalitetsverktyg för hjärtsvikt med patienter i process och palliation.**
- Moderatorer: Hans Persson, Cecilia Linde och Christine Cars Ingels alla tackat ja.
- Undertitel 1-3
  - RiksSvikt i ny skepnad, Peter Vasko, tackat ja
  - Hjärtsvikt och palliativ vård i RiksSvikt, Tiny Jaarsma, tackat ja
  - Nya terapier vid hjärtsvikt. Real World Data i RiksSvikt. Lars Lund
- Ja tack, jag önskar mentometer vid detta symposium.
- Symposium i samarbete mellan RiksSvikt, Riksförbundet HjärtLung, Svenska Kardiologföreningens arbetsgrupp för hjärtsvikt och klaffsjukdomar och Vårdprofessioner inom Cardiologi

# RiksSvikt årsmöte

RiksSvikt 2017-04-25--26 Årsmöte Malmö (innan Vårmötet), tis-ons



# RiksSvikt Månadswebbinarium

2016

behövs för ett deltagande. Klicka på följande möteslänk för att göra detta:

[http://adobe.breezecentral.com/common/help/en/support/meeting\\_test.htm](http://adobe.breezecentral.com/common/help/en/support/meeting_test.htm)

Gör detta korta test för att kontrollera ditt ljud. Klicka på denna länk:

<https://vimeo.com/78712331>

## RiksSvikt Månadswebbinarium 2016

Du kan välja att delta klockan 11.55, med lunch eller hjärtsvikt till kaffe, klockan 14.55

|                    |                                                             |
|--------------------|-------------------------------------------------------------|
| torsdag 28 januari | Socialstyrelsens nya riktlinjer för hjärtsvikt              |
| onsdag 24 februari | Hjärtsvikt med järnbrist. Nytt i v läkemedel vid hjärtsvikt |
| onsdag 30 mars     | Entresto, nytt hjärtsviktsläkemedel                         |
| onsdag 20 april    | Nya RiksSvikt, med processregistrering och koll på läget.   |
| onsdag 25 maj      | Hjärtsvikt - Förbättringsprojekt i norr och söder           |
| onsdag 29 juni     | Diastolisk hjärtsvikt, vad är det?                          |
| onsdag 27 juli     | Koll på läget. Rapportutbildning                            |

Välkomna!

Peter Vasko, registerhållare RiksSvikt

Om deltagandet i webinariet sker i grupp, är det en fördel att använda ett rum med storbildsskärm.

Gör ett test för att försäkra dig om att din dator är utrustad med de förutsättningar som behövs för ett deltagande. Klicka på följande möteslänk för att göra detta:

[http://adobe.breezecentral.com/common/help/en/support/meeting\\_test.htm](http://adobe.breezecentral.com/common/help/en/support/meeting_test.htm)

Gör detta korta test för att kontrollera ditt ljud. Klicka på denna länk:

<https://vimeo.com/78712331>

RiksSvikt Månadswebbinarium 2016

Du kan välja att delta klockan 11.55, med lunch eller hjärtsvikt till kaffe, klockan 14.55

|               |                                             |
|---------------|---------------------------------------------|
| 23/9, fredag  | Hjärtsvikt, njursvikt och hyperkalemi       |
| 26/10, onsdag | Fysisk träning, palliativvård, egen vård    |
| 1/12, torsdag | Hjärtsvikt och lungsjukdom, dyspnéutredning |
| 21/12, onsdag | CRT och ICD vid hjärtsvikt                  |

Välkomna!

Peter Vasko, registerhållare RiksSvikt



**N**u har den kalla årstiden kommit. Ser fram emot mysiga kvällar framför brasan och stearinljus som sprider behagligt lugn och ro i hemmet. På jobbet brukar stressen dock snarast öka så här års. Det har länge varit känt att antalet hjärtinfarkter ökar när det är kallt och mörkt ute. Även dödsfall och sjukhusinläggningar för hjärtsvikt ökar under den kalla årstiden. Hoppas då, att patienter med hjärtinfarkt och hjärtsvikt inte behöver konkurrera om de knappa vårdresurserna på hjärtavdelningen.

Spåret till specialiserad vård brukar ändå vara rakare för den ena än för den andra diagnosen. En patient med en liten hjärtinfarkt och lätt förhöjda troponiner får nog alltid plats på en specialavdelning med strukturerat behandlingsprogram och tillgång till avancerad terapi baserad på de nyaste riktlinjerna. Självfallet är detta bra! Vi kan vara väldigt stolta över hjärtinfarktvården som håller världsklass och ger bättre överlevnad till våra patienter jämfört med andra länder.

För den som akut söker för hjärtsvikt, ett tillstånd med klart sämre prognos, är vårdkedjan emellertid inte lika väloljad. Bedömning av hjärtsviktsspecialist kan dröja eller uteblir med farliga konsekvenser för patienten. Det räcker ju inte med litet Furix iv: behövs inotropiskt stöd, är det aktuellt med CRT, ICD, pump eller transplantation, är hjärtfrekvensen väl inställd, flimmret reglerat, järndepåerna påfyllda, hur ska läkemedlen doseras och upptitreras? Liksom vid hjärtinfarkt behövs inblandning av experter för att ställa rätt diagnos, ge evidensbaserad behandling och initiera adekvat långtidsuppföljning.

Satsar vi tillräckligt? Denna frågeställning belystes i höstas när Kardiologföreningens föreläsningsserie om hjärtsvikt turnerade landet runt. Det var glädjande att se hur mycket intresse, kunskap och engagemang som finns på området. Tyvärr saknas ofta resurser och strukturer för att överföra detta till bättre vård. Undersökningar visar om och om igen att riktlinjerna ej följs fullt ut och att avancerad behandling underutnyttjas. En viktig resurs i sammanhanget är det nationella RiksSvikt-registret. Här råder dock litet av Moment 22: eftersom patienterna ej systematiskt behandlas på specialistenheter kan registret inte

vara helt fulltäckande vilket i sin tur försämrar kvalitén av registerdata.

Så, högst upp på min önskelista inför jul och nyår står att sätta hjärtsvikt i fokus och gemensamt förbättra vården av dessa svårsjuka patienter. Förutsättningarna är goda. Onekligen finns det yppersta kompetens. Flera av dagens basala behandlingsprinciper har utvecklats i Sverige (Finn Waagstein berättade på Kardiologföreningens kliniska forskningskurs om pionjärlagets steniga väg att etablera betablockad vid hjärtsvikt). RiksSvikt med Peter Vasko i spetsen gör ett lysande förbättringsarbete. I Stockholm lanseras det stora 4D-projektet som skapar förutsättningar för bättre hjärtsviktsvård och -forskning. Flera rader i Socialstyrelsens nya riktlinjer kommer att ge starka incitament för bättre implementering av modern sviktbehandling. Även ESC satsar på ett Heart Failure awareness program som stöds av SvKF. Således ljusning på sviktfronten!

Det har varit roligt att jobba med styrelsen under det gångna året! Många, inte minst i arbetsgrupperna, bidrar med sin fantastiska kunskap och engagemang till att det går framåt för föreningen – stort tack! En tråkig sak blev tyvärr uppenbar under det pågående arbetet: vi är dåligt uppdaterade på medlemmarnas adresser och email. Därav verkar våra utskick inte nå ut till alla vilket är mycket beklagligt. Vi ska nu ta itu med detta. Vänligen uppdatera era email och postadresser via vår hemsida! Ni som har flyttat, ändrat adress, eller känner att ni inte ta del av föreningens kommunikation: vänligen använd modulen på hemsidan för adressändring eller skicka ett meddelande till föreningen. På så sätt hoppas jag också att alla får inbjudan till våra fortbildningsdagar 5–7 Februari 2015. Vi ses där!

*Ha en god jul!  
Frieder*



”Flera av dagens basala behandlingsprinciper har utvecklats i Sverige.”

# Äldrevård kräver helhetssyn

**SJUKVÅRD** Genom nya sätt att arbeta kan inläggningarna på sjukhus minskas med upp till 80 procent. Det frigör stora resurser och reducerar problemen med överbeläggningar på sjukhusen.

Vården och omsorgen är två av samhällets viktigaste nyckelfunktioner och behöver möta medborgarnas behov på bästa sätt, med högsta möjliga kunskapsnivå. Samtidigt måste förstas resurserna användas klokt.

Sverige har utvecklat en säker och välfungerande akutsjukvård, som kommit att rankas som en av världens bästa, med goda resultat inom till exempel hjärt- och cancersjukvården.

Samma sak gäller den ökade tillgängligheten. Både vården och omsorgen arbetar mer kundorienterat och vi kan i allt större utsträckning välja fritt bland vårdcentraler, specialistsjukhus, hemtjänstföretag och äldreboenden.

Det är nu hög tid att ta tag i ett tredje, minst lika viktigt fokusområde – vården av de mest sjuka. Med tanke på Sveriges åldrande befolkning, där allt fler kommer att leva längre, menar vi att detta område bör sättas högst på dagordningen när vi formar framtidens sjukvård och omsorg.

De kroniskt sjuka, med återkommande behov av vårdinsatser, använder omkring 80 procent av sjukvårdens resurser. 3–5 procent av den äldre befolkningen är kroniskt sjuka och använder hälften av de samlade sjukvårdsresurserna, som uppgår till omkring 230 miljarder årligen. Läger vi till äldre- och handikappomsorgen, uppgår kostnaderna till cirka 415 miljarder varje år.

Dessa grupper behöver också akutsjukvård, men har framförallt ett stort behov av kontinuitet i insatserna. Om patienten har få vårdkontakter som arbetar långsiktigt, skapas en god personkänedom som gör det möjligt att fokusera på patientens samlade hälsotillstånd.

**Så är det sällan i dag.** Ett vanligt scenario kan i stället se ut så här: Patienten får gång på gång träffa nya läkare på vårdcentralen. Besöken på akuten är många, liksom inläggningarna på sjukhus. Vid utskrivning beslutar biståndshandläggare om utökad hemtjänst eller korttidsboende, men tillbaka i hemmet uppstår nya problem som åter kräver sjukhusvård.

Insatserna är många men helhetssynen saknas. Resultatet blir en vård som inte håller tillräckligt hög kvalitet, men som ändå kostar stora pengar. För patienten innebär detta organisationsuppdelade arbetsätt onödigt lidande, med långa väntetider och otrygghet. Ofta måste närstående rycka in för att samordna insatserna, kontrollera läkemedelsförskrivning och se till att den komplexa vårdapparaten verkligen fungerar som den ska. Det är en orimlig börda att lägga på patienter och anhöriga. Dessutom påverkas personalens arbetsmiljö negativt, när mycket tid måste läggas på att lösa problem som inte hade behövt uppstå med en bättre samordning.



FOTO: TOMAS ONEBORG

”*De kroniskt sjuka använder omkring 80 procent av sjukvårdens resurser.*

Kontinuitetsvården, som vi väljer att kalla det, är därför ett område som måste ges hög prioritet. Vi ser det som en ödesfråga för svensk sjukvård och omsorg. Vi har möjlighet att öka kvaliteten och skapa trygghet för patienterna, samtidigt som vi motverkar en skenande kostnadsutveckling och skapar en bättre arbetsituation för personalen.

För att få till en fungerande kontinuitetsvård behövs goda kunskaper om patientens hälsotillstånd, sjukdomsbild och funktionsnedsättningar. Dessutom är kontakterna med närstående viktiga, liksom kännedom om boendet och den sociala situationen i övrigt.

I dag sköter vi, lite förenklat uttryckt, alla patienter på samma sätt. Vi agerar reaktivt, ser ett problem och åtgärdar det, ser ett nytt problem och angriper detta. Koordinering och kontinuitet saknas. I stället behövs ett proaktivt arbetssätt, där vården strävar efter att ligga steget före och förutse vilka problem som kan komma att uppstå.

**Vård i hemmet**, med omsorg och specialistinsatser som samordnats på ett effektivt sätt, är ofta bäst för de allra sjukaste. En metod som visat sig framgångsrik är att mobila team med personal från till exempel hemtjänst och primärvård, som känner patienten, gör regelbundna hembesök och på ett smidigt sätt kan involvera specialiststöd när det behövs. Detta minskar behovet av sjukhusinläggningar och sparar stora resurser. Kontinuiteten medför också att patienter och anhöriga kan göras mer delaktiga i planeringen och utförandet av vården – vilket i sin tur påverkar kvaliteten positivt.

För att lyckas gäller det att bortse från gränsdragningen mellan landsting och kommun. Dessa organisatoriska frågor är ointressanta för patienter och närstående och ska inte behöva stå i vägen för en välfungerande vård och omsorg. I stället är det patienternas långsiktiga behov som ska styra hur vi bygger upp våra sjukvårds- och omsorgsstrukturer.

Det finns redan ett antal goda exempel på detta. I Ängelholm drivs projektet Hälsostaden, där Region Skånes sjukvård och den kommunala omsorgen arbetar tillsammans. Det förbättrar patientflödet mellan kommun, primärvård och sjukhus. Här är mobila akutteam en viktig del av arbetssättet.

Närsjukvården i Skaraborg arbetar på ett liknande sätt, och i Norrtälje samlas landstingsfinansierad sjukvård och kommunal äldre- och handikappomsorg sedan tio år tillbaka under samma tak. TioHundramodellen möjliggör nära samverkan mellan hemsjukvårdens geriatriker, vårdcentralen, hemtjänstpersonal, vårdavdelningar, biståndsbedömare och akutmottagningen på sjukhuset.

Dessa modeller kan reducera sjukhusinläggningarna med upp till 80 procent, vilket skulle frigöra stora resurser och minska de återkommande problemen med överbeläggningar på sjukhusen. En välfungerande samverkan mellan vård och omsorg och proaktiva, samordnade insatser kan frigöra resurser i mångmiljardklassen. Resurser som då kan användas inom andra områden av hälso- och sjukvården.

Många fler försök har gjorts, ofta med mindre lyckade resultat. En förklaring till att projekten blivit så kortlivade är att ersättningssystemen inom vården och omsorgen inte är anpassade till dessa nya arbetssätt.

**I dag ges ersättning** för enstaka insatser, i stället för att finansiera de helhetslösningar som behövs för en väl fungerande kontinuitetsvård. Vi har ett sjukhustungt system, med specialistvården samlad i olika mottagningar på skilda kliniker. Kontinuitetsvården kräver samordnade lösningar för varje patient, ofta i hemmiljö med sjukvård och omsorg i nära samverkan. Detta stöds inte av dagens ersättningsmodeller.

Vi vet att dessa nya vård- och omsorgsformer, baserade på kontinuitet, ger högre kvalitet och effektivare resursutnyttjande, samtidigt som patienterna i målgrupperna blir tryggare och personalen får en bättre arbetsituation.

Kunskapen finns. Vi kan skapa en välfungerande vård och omsorg för våra mest sjuka – om vi verkligen vill.

## GÖRAN STIERNSTEDT

fd nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

## DAG NORÉN

rådgivare och verksamhetskonsult inom samordnad vård och omsorg

## PETER GRAF

vd, Vårdbolaget TioHundra AB i Norrtälje



Living with heart failure  
*The Heartfailure Patient in Focus part 4*





**You can make a difference for  
heart failure patients!**





*Peter Vasko, Hjärtläkare, Växjö  
RiksSvikt, Registerhållare  
[peter.vasko@rikssvikt.se](mailto:peter.vasko@rikssvikt.se)*

*Chairman of RiksSvikt, The Swedish Heart Failure  
Registry, [www.swedehf.se](http://www.swedehf.se)*

*Treasurer of the Swedish Heart Federation, host of The  
Swedish Cardiovascular Spring Meeting, [www.varmotet.se](http://www.varmotet.se)*

*Member of the priority group Swedish guidelines for heart  
diseases, National Board of Health and Welfare,  
[www.riktlinjer.se](http://www.riktlinjer.se)*

*Member of the Steering committee  
Swedeheart, [www.swedeheart.se](http://www.swedeheart.se)*

## Aktuellt medicinskt inom hjärtsvikt och RiksSvikts betydelse

*Ljuset på...*

*Människan med hjärtsvikt*

*Modern Hjärtsviktsvård GENAST*

*OKEJ med samarbete vid hjärtsvikt  
Nationella utbildningsdagar i hjärtsvikt, VIC  
hjärtsviktsgrupp Folkets hus Huddinge*