Aktuellt inom cardiologin
oj, vad det händer mycket
RiksSvikts betydelse för hjärtsvikt
oj, vad är RiksSvikt 4.0

¨HOPP OCH TILLIT HELA VÄGEN¨
Nationella utbildningsdagar i hjärtsvikt, VIC hjärtsviktsgrupp Folkets hus Huddinge

Peter Vasko Hjärtläkare, peter.vasko@lrikssvikt.se
16 okt 2014

RiksSvikt
nationellt hjärtsviktsregister

Centrallasarettet Växjö

Peter Vasko, Hjärtläkare

RiksSvikt

nationellt hjärtsviktsregister

Peter Vasko, Hjärtläkare, Växjö
RiksSvikt, Registerhållare
peter.vasko@rikssvikt.se

Information till patienter och anhöriga

att leva med hjärtsvikt

What’s up

- Förr: symtomatisk behandling, avsnörning av extremiteter, digitalis till alla
- Nu: bättre livskvalitet, mindre sjukhusvård, mindre förtida död, sviktteam, tät uppföljning
    - Först basbehandling med ACEI/ARB plus betablockerare och även MRA (mineralreceptorantagonist)
    - Sen överväg Devices: CRT och ICD
- Avancerade behandlingsmetoder finns
- Palliativ vård är viktigt
- Förebygga hjärtsvikt är fullt möjligt (hypertoni och hjärtinfarkt)

RiksSvikt
nationellt hjärtsviktsregister

What’s on

- Framtid
  - Nytt läkemedel för kronisk hjärtsvikt.
  - Ev nya läkemedel vid akut hjärtsvikt
  - Patientens egen registrering PER

RiksSvikt
nationellt hjärtsviktsregister

Aktuellt medicinskt inom hjärtsvikt och RiksSvikts betydelse för hjärtsvikt

- Patientinformation
- Hjärtsvikt, vad kan vi åstadkomma
- Aktuellt medicinskt inom hjärtsvikt
    - Paradigm HF, kan ett nytt kombinationsläkemedel ersätta ACE-hämmare?
    - PACEMAN-HF. kan en surfplatta förbättra livskvalitet?
    - R-RCT, kan studier göra mycket mycket billigare?
    - *Socialstyrelsens riktlinjer, ESC riktlinjer*
- RiksSvikt 4.0
    - Processregistrering, Palliativ vård, Fysisk träning, Akut hjärtsvikt

RiksSvikt
nationellt hjärtsviktsregister

Jag ska inte prata om…

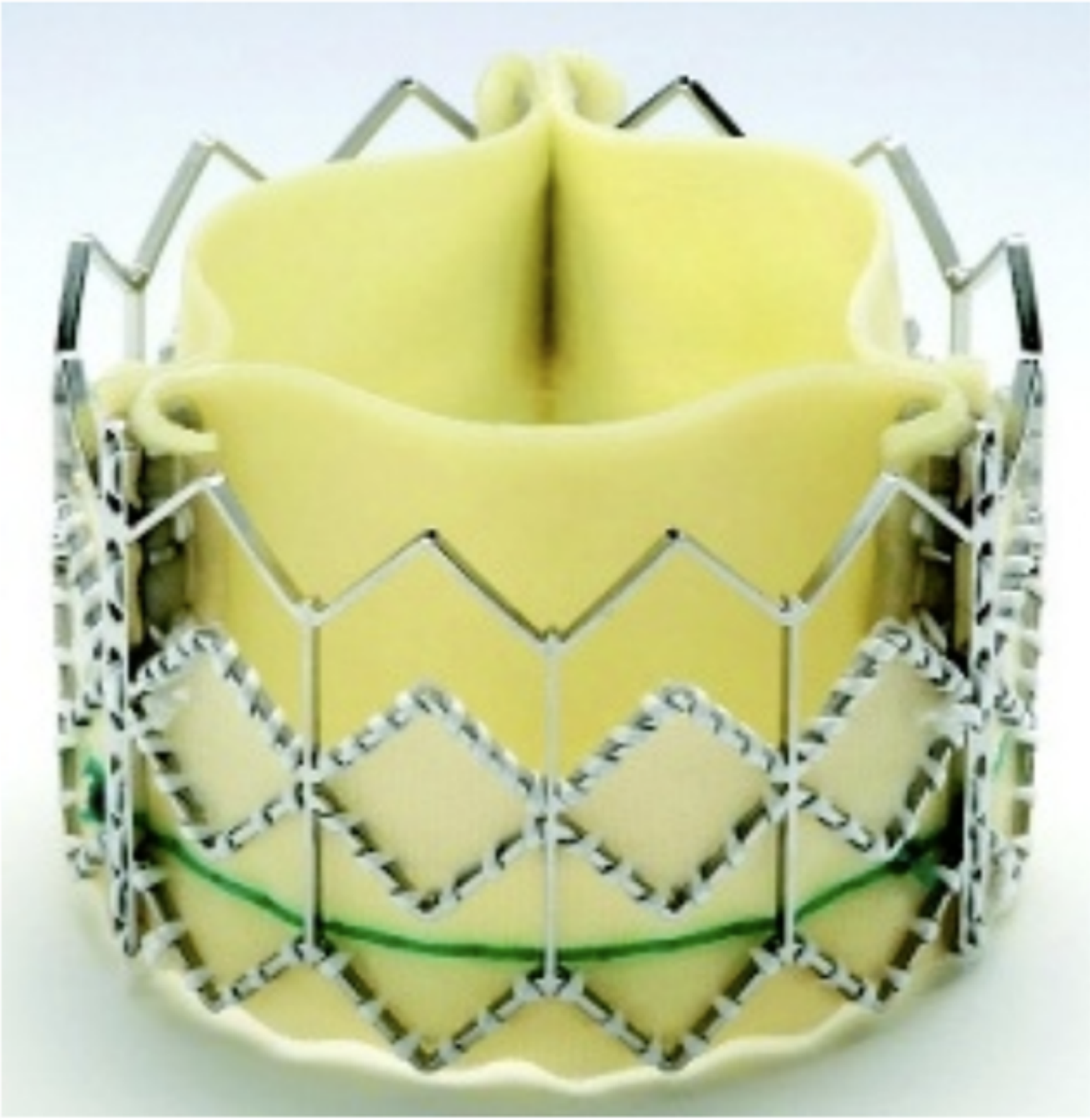
NOAC (Novel Oral AntiCoagulants)

Nya perorala antikoagulantia

Watchman

Blockering av förmaksbihang
Perkutan blockering av förmaksbihang

Perkutan kateterburen aorta klaffimplantation (TAVI) är en ny metod för behandling av aortastenos som används i Sverige sedan 2008



TAVI

Brinavess,vernakalant

Farmakologisk konvertering av förmaksflimmer

Riksförbundet

HjärtLung

RiksSvikt

nationellt hjärtsviktsregister

Vårdprofessioner inom Cardiologi

Hjärtsviktsgruppen

SJUKGYMNASTERS

Samtal om

LEVNADSVANOR

Arbetsterapi i Jönköpings län
Arbetsterapimetoder
Arbetsterapiprogram och riktlinjer
Dokumentation
Projekt och uppsatser
Samverkan
Utveckling och lärande
Verksamhetsförlagd utbildning

Du är här: Landstinget Plus / Hälsa, vård och tandvård / Arbetsterapi / Arbetsterapiprogram och riktlinjer / Arbetsterapiprogram hjärtsvikt /

Arbetsterapiprogram hjärtsvikt

Gäller för arbetsteapeuter inom Jönköpings län

Innehåll på sidan

- Inledning
- Indikationer för arbetsterapi
- Arbetsterapeutisk utredning
- Arbetsterapeutisk intervention
- Patientsäkerhet
- Målnivå och mätetal
- Utvärdering av arbetsterapiprogram
- Referenser

Inledning

Syftet är att skapa enhetliga rutiner och beskriva arbetsterapeutisk utredning, mål, intervention och utvärdering för hjärtsviktspatienter. Genom att arbetsterapiprogrammet 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 arbetsterapeutiska åtgärder genom hela vårdkedjan.

Ansvarig

Leg. Arbetsterapeut
Katarina Allgurin
katarina.allgurin@lj.se
tfn 0370-698863

Bilagor

- Montreal Cognitive Assessment, MoCA
- Hälsorelaterad livskvalitet EQ5D

Arbetsterapiprogrammet

Godkänt
2014-04-16

Uppdaterat

Patientbroschyren – Att leva med hjärtsvikt finns nu också som presentationsbilder i ppt och keynote

Patientbroschyren Att leva med hjärtsvikt finns på sex språk

1. Svenska
2. Arabiska
3. BKS (Bosniska Kroatiska Serbiska)
4. Engelska
5. Finska
6. Spanska

RiksSvikt
nationellt hjärtsviktsregister

Riksförbundet
HjärtLung

Information till patienter och anhöriga

att leva med hjärtsvikt

Patientbroschyren Att leva med hjärtsvikt finns på sex språk

1. Svenska
2. Arabiska
3. BKS (Bosniska Kroatiska Serbiska)
4. Engelska
5. Finska
6. Spanska

RiksSvikt
nationellt hjärtsviktsregister

Riksförbundet
HjärtLung

Patientbroschyren – Att leva med hjärtsvikt

1. **Svenska**
2. Arabiska
3. BKS (Bosniska Kroatiska Serbiska)
4. Engelska
5. Finska
6. Spanska

RiksSvikt nationellt hjärtsviktsregister

Riksförbundet HjärtLung

Patientbroschyren – Att leva med hjärtsvikt

1. Svenska
2. **Arabiska**
3. BKS (Bosniska Kroatiska Serbiska)
4. Engelska
5. Finska
6. Spanska

RiksSvikt
nationellt hjärtsviktsregister

Riksförbundet
HjärtLung

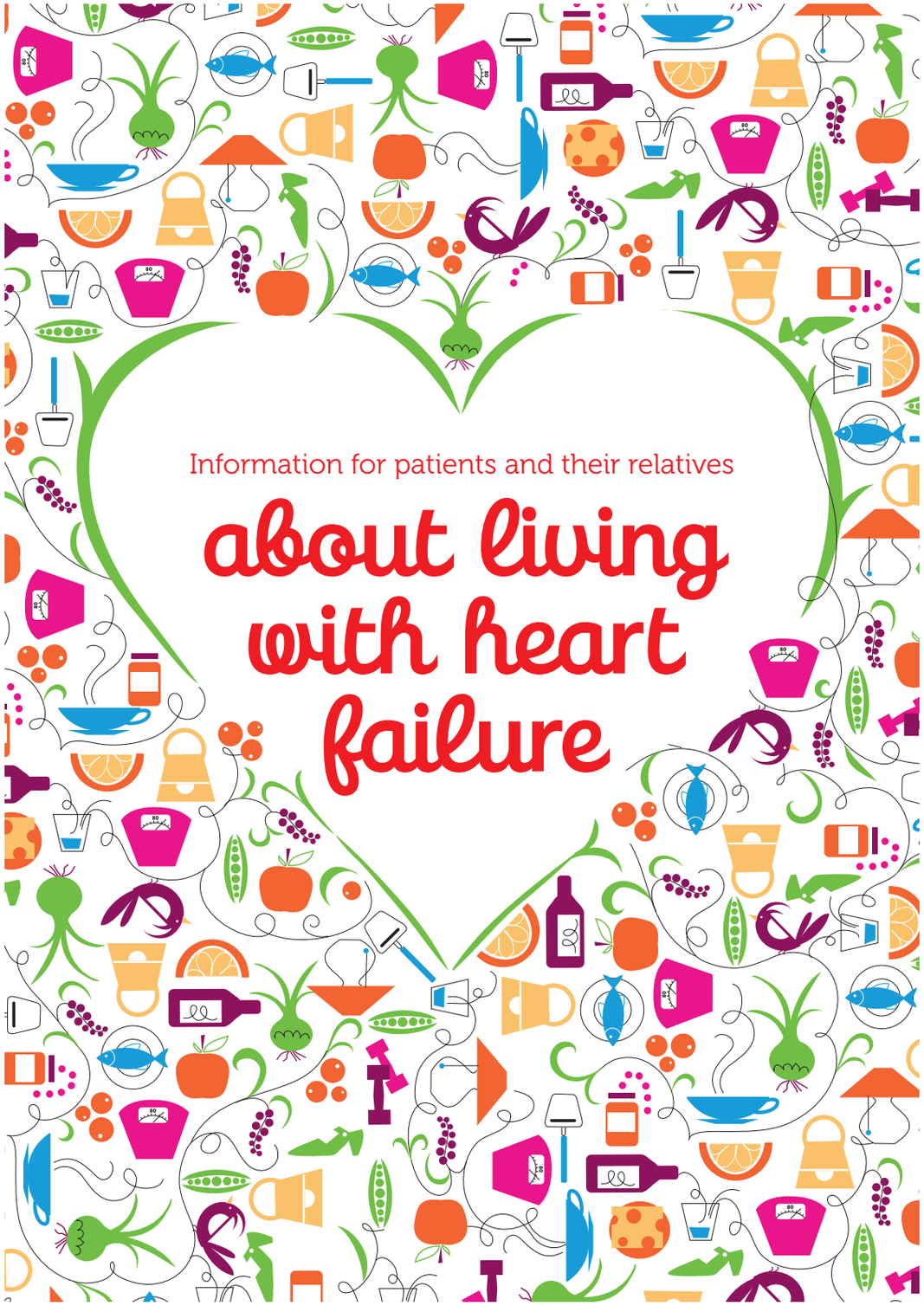
Patientbroschyren – Att leva med hjärtsvikt

1. Svenska
2. Arabiska
3. **BKS (Bosniska Kroatiska Serbiska)**
4. Engelska
5. Finska
6. Spanska

RiksSvikt
nationellt hjärtsviktsregister

Riksförbundet
HjärtLung

Patientbroschyren – Att leva med hjärtsvikt



1. Svenska
2. Arabiska
3. BKS (Bosniska Kroatiska Serbiska)
4. **Engelska**
5. Finska
6. Spanska

RiksSvikt nationellt hjärtsviktsregister

Riksförbundet HjärtLung

Patientbroschyren – Att leva med hjärtsvikt

1. Svenska
2. Arabiska
3. BKS (Bosniska Kroatiska Serbiska)
4. Engelska
5. **Finska**
6. Spanska

RiksSvikt nationellt hjärtsviktsregister

Riksförbundet HjärtLung

Patientbroschyren – Att leva med hjärtsvikt

1. Svenska
2. Arabiska
3. BKS (Bosniska Kroatiska Serbiska)
4. Engelska
5. Finska
6. **Spanska**

RiksSvikt
nationellt hjärtsviktsregister

Riksförbundet
HjärtLung

Hjärtats pumpförmåga

När man anstränger sig, t ex springer, går i trappor eller arbetar hårt, måste hjärtat öka sin pumpförmåga.

- Två huvudorsaker till att hjärtmuskelns pumpförmåga blir nedsatt:

–Hjärtat har problem att pumpa ut blodet

– Hjärtat har problem med att ta emot blod

Hur behandlas hjärtsvikt?

Modern hjärtsviktsbehandling syftar till att:

- Förbättra överlevnaden
- Öka välbefinnandet
- Minska behovet av sjukhusinläggningar

Läkemedel, olika hjälpmedel och förändring av levnadsvanor är en viktig del av behandlingen.

Läkemedelsbehandling

Basen i hjärtsviktsbehandlingen utgörs ofta av så kallad RAS-blockad tillsammans med betablockerare.

- Läkemedel kan på sikt hjälpa hjärtat att återfå en del av sin ursprungliga kraft. Följ alltid den medicinering som läkaren föreskrivit.
- Kontakta din läkare/sjuksköterska om du upplever obehag eller andra biverkningar av dina läkemedel.

Läkemedel vid hjärtsvikt

- **RAS-blockad – avlastar hjärtat**

RAS-blockadens kärlvidgande effekt leder till en minskad belastning på hjärtat och gör det lättare för hjärtat att pumpa runt blodet i kroppen.

Vanliga läkemedel är Enalapril (Renitec®), Ramipril (Triatec®), Kandesartan (Atacand®), Losartan (Cozaar®), Valsartan (Diovan®)

- **Betablockerare – skyddar mot stresshormoner**

Betablockerarna avlastar hjärtat framför allt genom att minska hjärtfrekvensen så att hjärtat får mer tid att fylla sig.

Exempel på vanliga betablockerare är Metoprolol (Seloken ZOC®), Bisoprolol (Emconcor®), Karvedilol (Kredex®)

- **Diuretika – vätskedrivande läkemedel**

Vätskedrivande medel eller så kallade diuretika lindrar symtomen vid hjärtsvikt.

Exempel på vätskedrivande läkemedel är Furosemid (Furix®, Impugan®, Lasix®), Bumetanid (Burinex®), Toresamid (Torem®)

Läkemedel vid hjärtsvikt

• Mineralkortocoidreceptorantagonister (MRA)
– förstärker diuretikans effekt
MRA ger en förstärkt vätskedrivande effekt tillsammans med vanlig diuretika och motverkar också att hjärtmuskeln växer till och blir förstorad.

Vanliga läkemedel är Spironolakton (Aldactone®), Eplerenone (Inspra®)

• Sinusknutehämmare – sänker vilopulsen

Kan övervägas vid kvarstående hjärtsviktssymtom och normal hjärtrytm med vilopuls >75/min.

Läkemedel: Ivabradin (Procoralan®)

• Digitalis – förbättrar cirkulationen

Digitalis ges ibland till patienter med hjärtsvikt. Digitalis förbättrar cirkulationen genom att stärka hjärtats pumpförmåga och minska pulsen vid hjärtsvikt.

Läkemedel: Digoxin

Hjärtsvikt

Vad kan vi åstadkomma för patienter med hjärtsvikt

Hjärtsvikt i Sverige

Antalet patienter med hjärtsvikt ökar

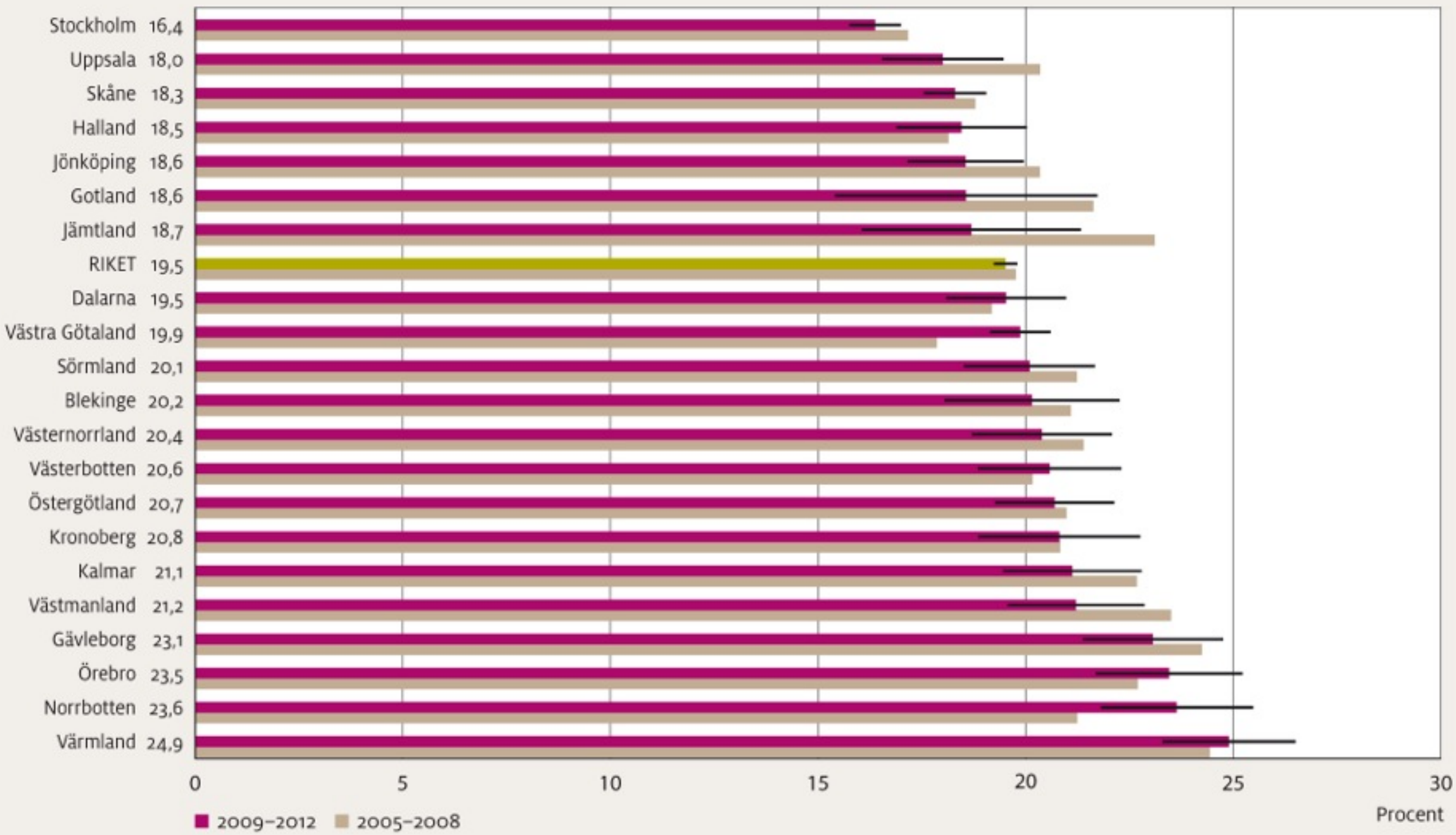
Hjärtsvikt medför stora kostnader för sjukvården och samhället. Årligen c:a 2,6 miljarder eller 1-2% av hela Hälso- och sjukvårdsbudgeten.

Fortfarande bristfällig kunskap

Hög andel återinskrivningar efter sjukhusvård

RiksSvikt
nationellt hjärtsviktsregister

DIAGRAM 95 – TOTALT: Andel patienter som återinskrivs för hjärtsvikt eller avlider inom 30 dagar efter sjukhusvårdad hjärtsvikt, 2009–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Hjärtsvikt i Sverige

Kronisk hjärtsvikt är ett vanligt tillstånd, med tilltagande incidens och prevalens i högre åldrar

Vi har stora möjligheter att förbättra vården för patienter med hjärtsvikt om vi hittar patienterna

RiksSvikt
nationellt hjärtsviktsregister

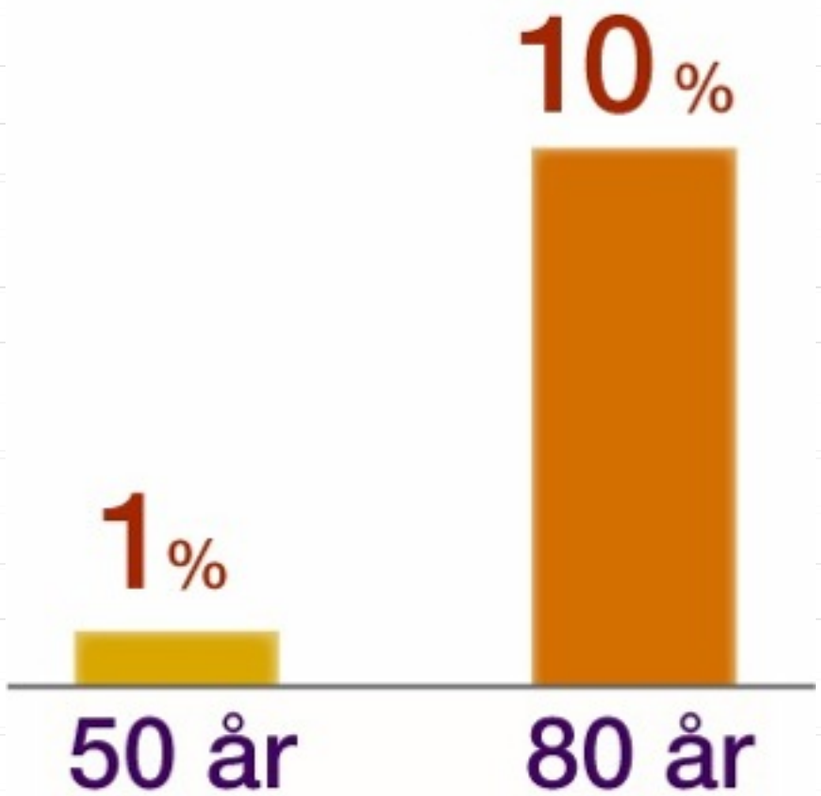
Vad kan vi åstadkomma?

För patienter med hjärtsvikt

- Bättre livskvalitet
- Färre oplanerade sjukhusinläggningar
- Minskad sjuklighet
- Minskad förtida död

RiksSvikt
nationellt hjärtsviktsregister

200 000


10 %
1 %
50 år
80 år

Hjärtsvikt i Sverige

Diagnosen av hjärtsvikt är inte helt lätt, eller?

Bara en liten del av hjärtsviktspatienterna har en optimal behandling

Prognosen är dålig t.o.m. sämre än den för våra vanligaste cancersjukdomar

RiksSvikt
nationellt hjärtsviktsregister

Hjärtsviktsprocessen

Fem faktorer

RiksSvikt
nationellt hjärtsviktsregister

Fem faktorer som påverkar utfallet RiksSvikts processen

1. Korrekt ställd diagnos
2. Rekommenderad basbehandling
3. Strukturerad uppföljning – Hjärtsviktmottagning
4. Samarbete primärvård – slutenvård
5. Kvalitetsuppföljning med hjälp av RiksSvikt

RiksSvikt
nationellt hjärtsviktsregister

RikSvikt

nationellt hjärtsviktsregister

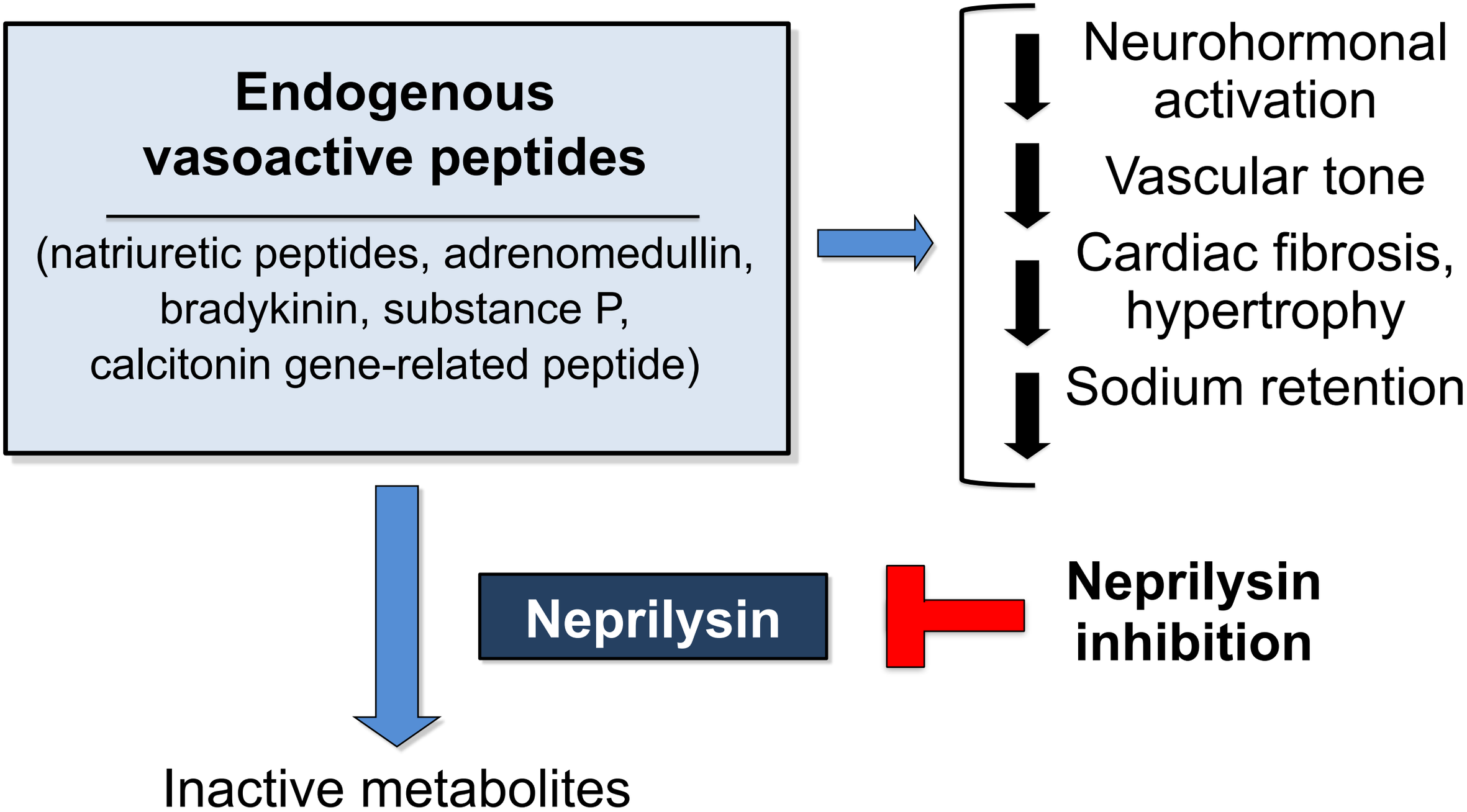
Paradigm-HF

Nytt kombinationspreparat
Valsartan/sacubitril, LCZ696

A Comparison of Angiotensin Receptor-Neprilysin Inhibition (ARNI) With ACE Inhibition in the Long-Term Treatment of Chronic Heart Failure With a Reduced Ejection Fraction

Milton Packer, John J.V. McMurray, Akshay S. Desai, Jianjian Gong, Martin P. Lefkowitz, Adel R. Rizkala, Jean L. Rouleau, Victor C. Shi, Scott D. Solomon, Karl Swedberg and Michael R. Zile for the PARADIGM-HF Investigators and Committees

Neprilysin Inhibition Potentiates Actions of Endogenous Vasoactive Peptides That Counter Maladaptive Mechanisms in Heart Failure



Aim of the PARADIGM-HF Trial

Prospective comparison of ARNI with ACEI to Determine Impact on Global Mortality and morbidity in Heart Failure trial (PARADIGM-HF)

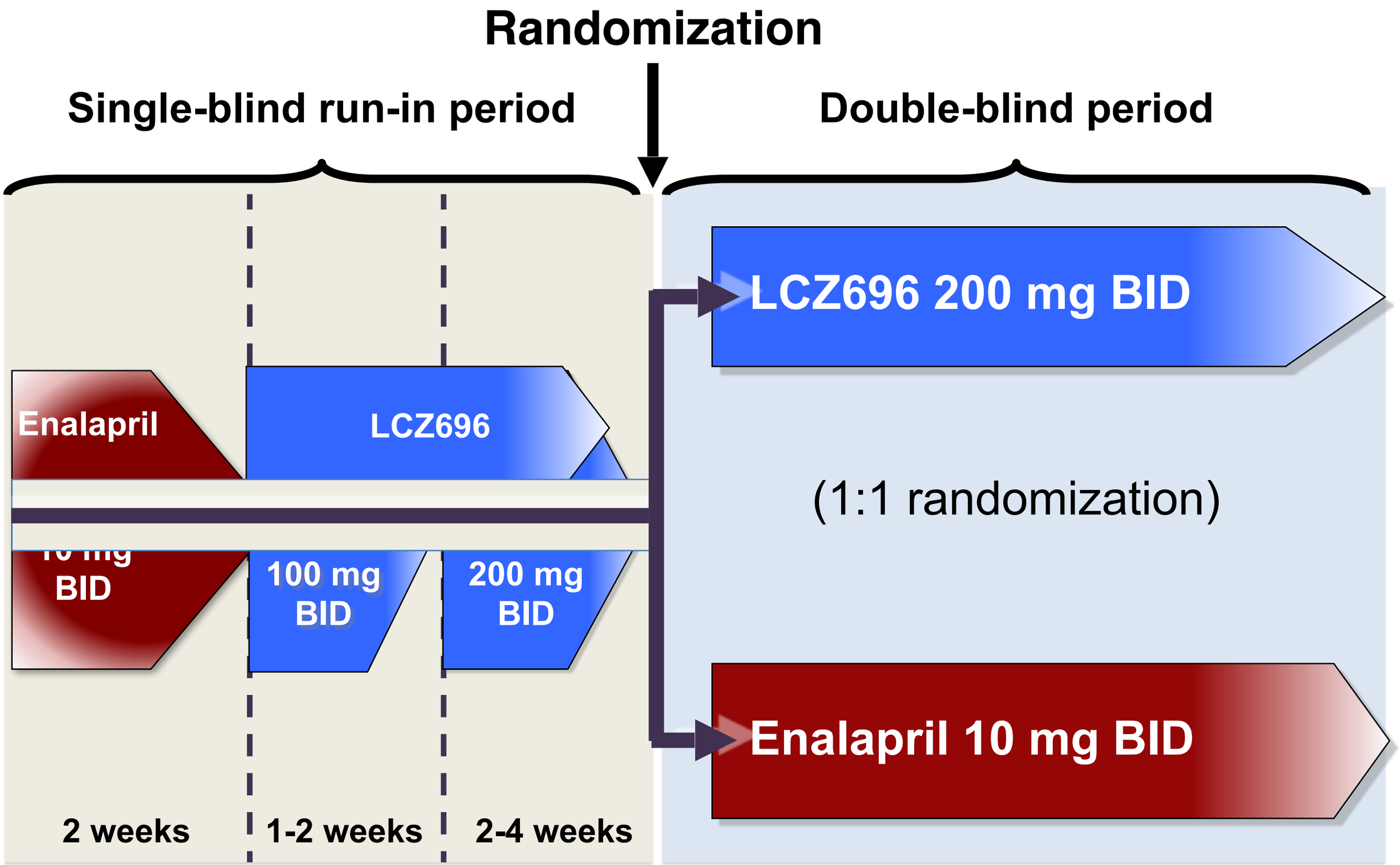
LCZ696 400 mg daily ⟷ **Enalapril 20 mg daily**

SPECIFICALLY DESIGNED TO REPLACE CURRENT USE OF ACE INHIBITORS AND ANGIOTENSIN RECEPTOR BLOCKERS AS THE CORNERSTONE OF THE TREATMENT OF HEART FAILURE

PARADIGM-HF: Entry Criteria

- NYHA class II-IV heart failure
- LV ejection fraction ≤ 40% ➔ 35%
- BNP ≥ 150 (or NT-proBNP ≥ 600), but one-third lower if hospitalized for heart failure within 12 months
- Any use of ACE inhibitor or ARB, but able to tolerate stable dose equivalent to at least enalapril 10 mg daily for at least 4 weeks
- Guideline-recommended use of beta-blockers and mineralocorticoid receptor antagonists
- Systolic BP ≥ 95 mm Hg, eGFR ≥ 30 ml/min/1.73 m^2 and serum K ≤ 5.4 mEq/L at randomization

PARADIGM-HF: Study Design



PARADIGM-HF: Baseline Characteristics

	LCZ696 (n=4187)	Enalapril (n=4212)
Age (years)	63.8 ± 11.5	63.8 ± 11.3
Women (%)	21.0%	22.6%
Ischemic cardiomyopathy (%)	59.9%	60.1%
LV ejection fraction (%)	29.6 ± 6.1	29.4 ± 6.3
NYHA functional class II / III (%)	71.6% / 23.1%	69.4% / 24.9%
Systolic blood pressure (mm Hg)	122 ± 15	121 ± 15
Heart rate (beats/min)	72 ± 12	73 ± 12
N-terminal pro-BNP (pg/ml)	1631 (885-3154)	1594 (886-3305)
B-type natriuretic peptide (pg/ml)	255 (155-474)	251 (153-465)
History of diabetes	35%	35%
Digitalis	29.3%	31.2%
Beta-adrenergic blockers	93.1%	92.9%
Mineralocorticoid antagonists	54.2%	57.0%

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

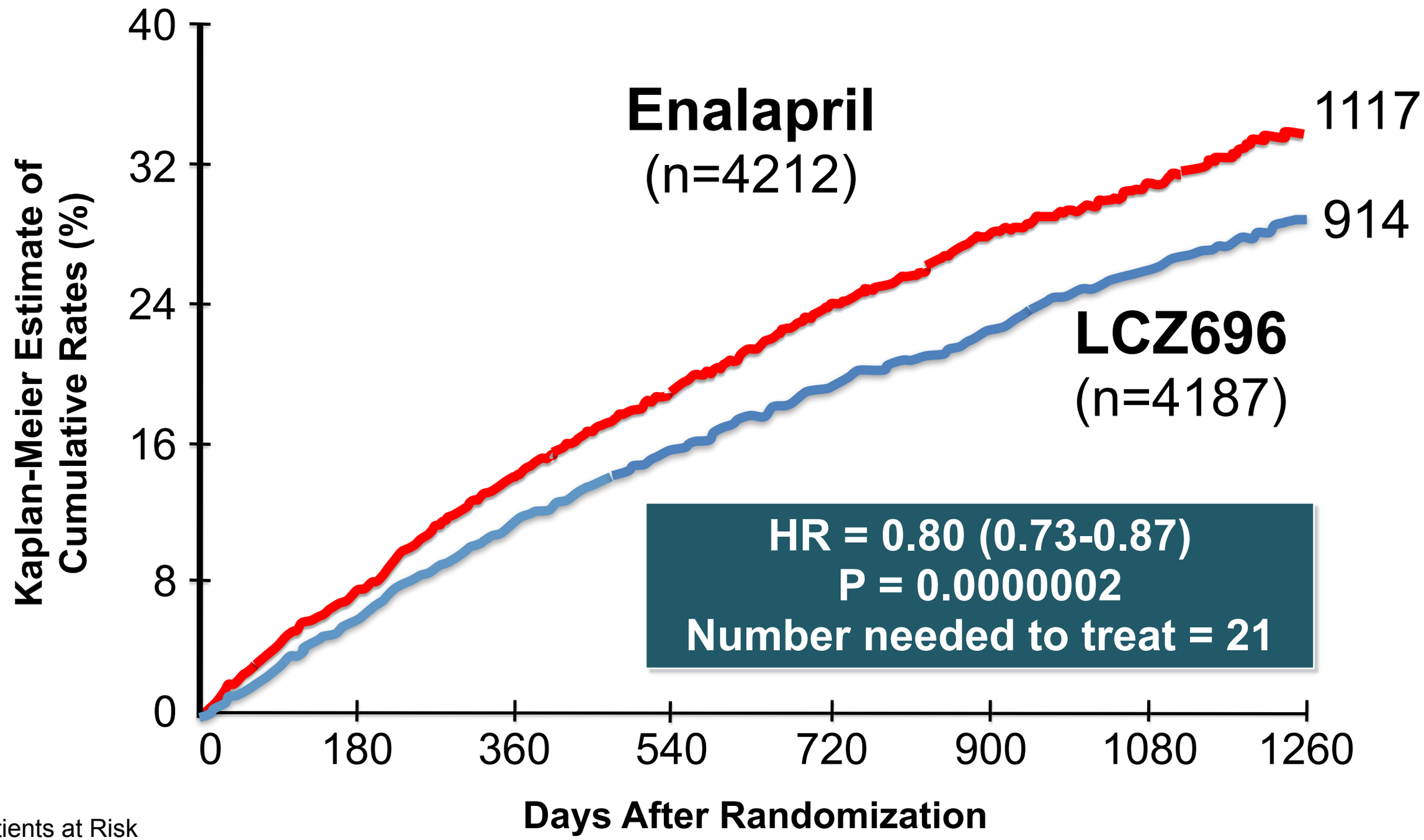
ESTABLISHED IN 1812 SEPTEMBER 11, 2014 VOL. 371 NO. 11

Angiotensin–Neprilysin Inhibition versus Enalapril in Heart Failure

John J.V. McMurray, M.D., Milton Packer, M.D., Akshay S. Desai, M.D., M.P.H., Jianjian Gong, Ph.D., Martin P. Lefkowitz, M.D., Adel R. Rizkala, Pharm.D., Jean L. Rouleau, M.D., Victor C. Shi, M.D., Scott D. Solomon, M.D., Karl Swedberg, M.D., Ph.D., and Michael R. Zile, M.D., for the PARADIGM-HF Investigators and Committees*

(all comparisons are versus enalapril 20 mg daily, not versus placebo)

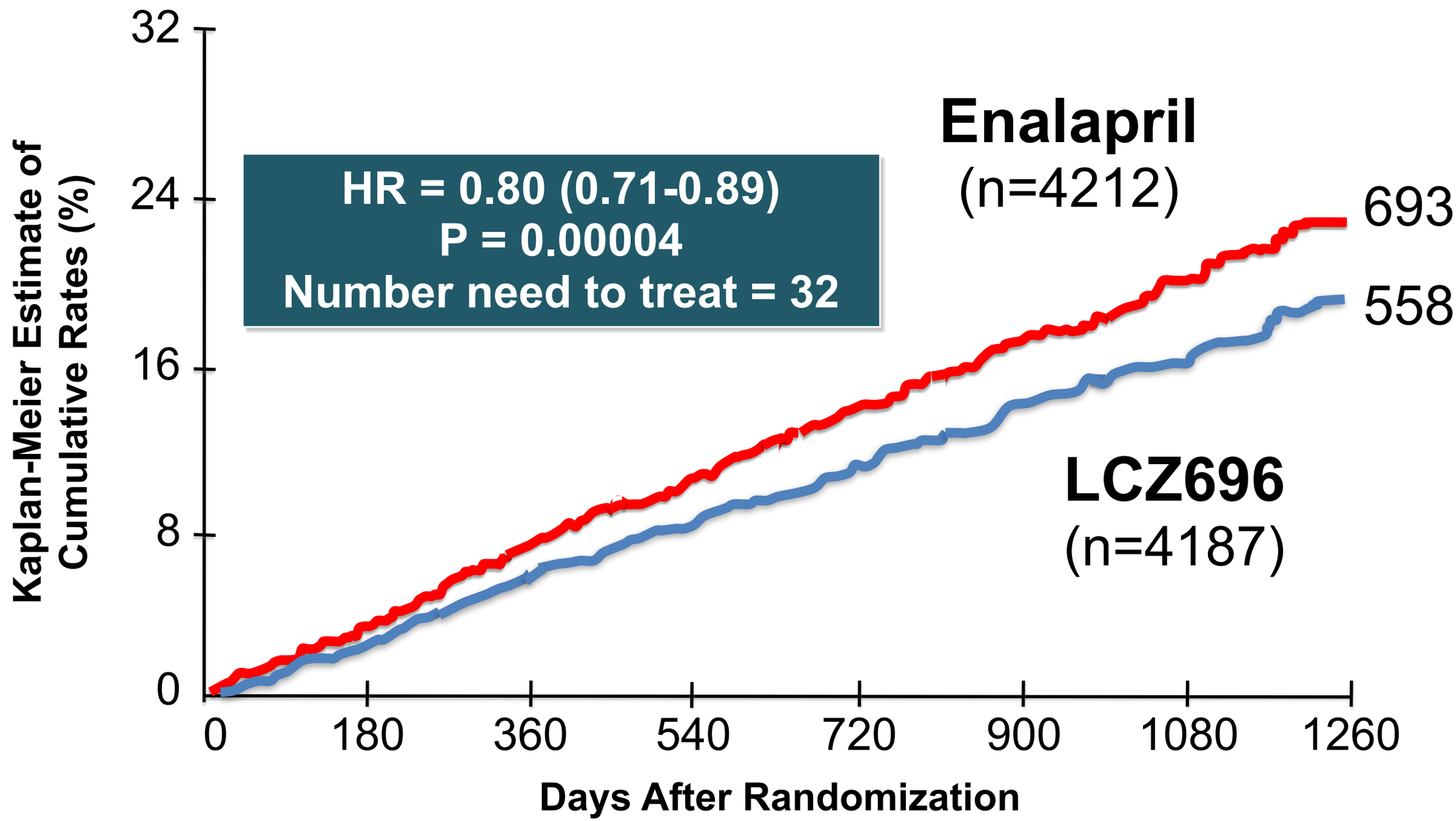
PARADIGM-HF: Cardiovascular Death or Heart Failure Hospitalization (Primary Endpoint)



Patients at Risk

LCZ696	4187	3922	3663	3018	2257	1544	896	249
Enalapril	4212	3883	3579	2922	2123	1488	853	236

PARADIGM-HF: Cardiovascular Death



Patients at Risk

LCZ696	4187	4056	3891	3282	2478	1716	1005	280
Enalapril	4212	4051	3860	3231	2410	1726	994	279

PARADIGM-HF: Adverse Events

	LCZ696 (n=4187)	Enalapril (n=4212)	P Value
Prospectively identified adverse events			
Symptomatic hypotension	588	388	< 0.001
Serum potassium > 6.0 mmol/l	181	236	0.007
Serum creatinine ≥ 2.5 mg/dl	139	188	0.007
Cough	474	601	< 0.001
Discontinuation for adverse event	**449**	**516**	**0.02**
Discontinuation for hypotension	36	29	NS
Discontinuation for hyperkalemia	11	15	NS
Discontinuation for renal impairment	29	59	0.001
Angioedema (adjudicated)			
Medications, no hospitalization	16	9	NS
Hospitalized; no airway compromise	3	1	NS
Airway compromise	0	0	----

PARADIGM-HF: Summary of Findings

In heart failure with reduced ejection fraction, when compared with recommended doses of enalapril:

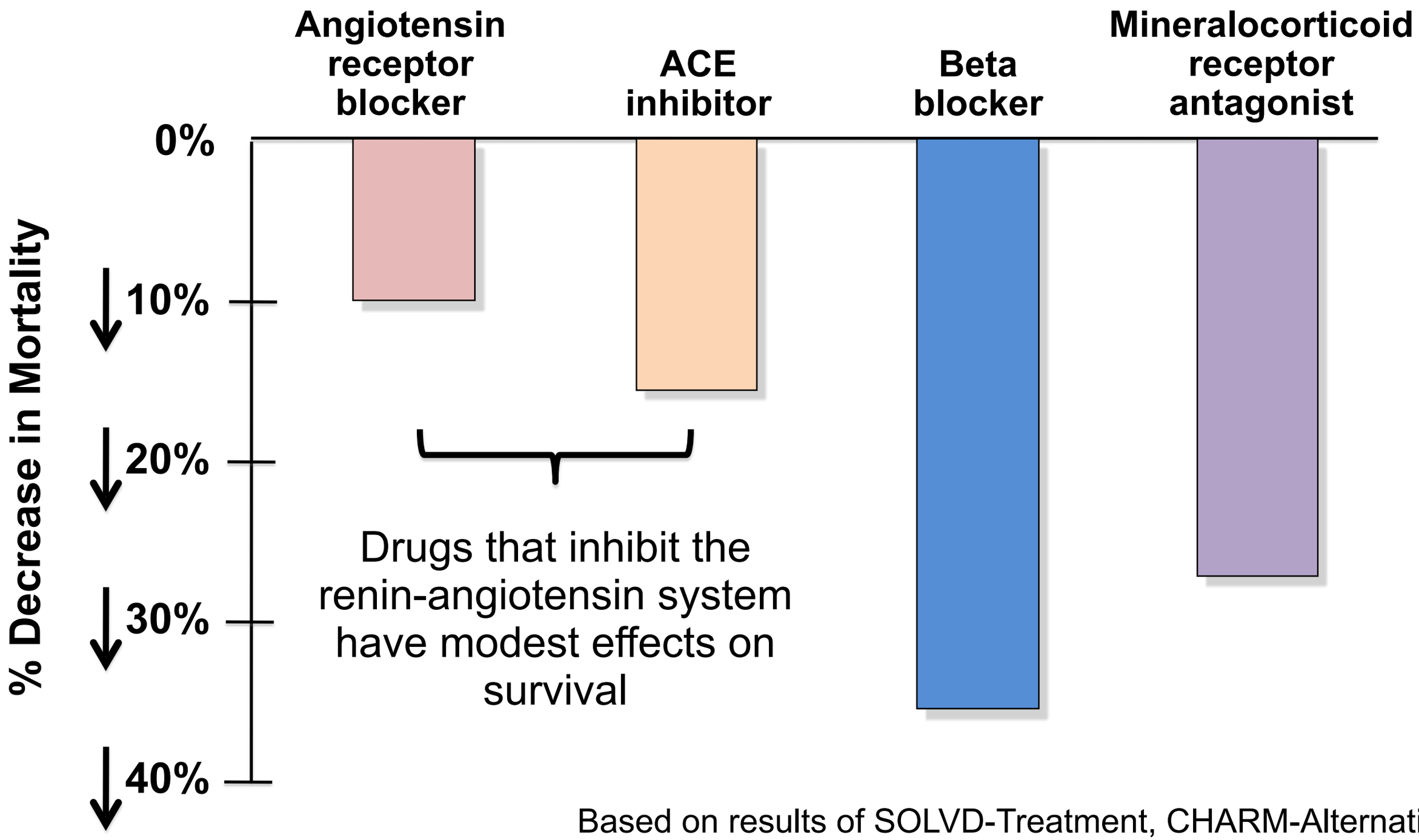
LCZ696 was *more effective* than enalapril in . . .

- Reducing the risk of CV death and HF hospitalization
- Reducing the risk of CV death by *incremental* 20%
- Reducing the risk of HF hospitalization by *incremental* 21%
- Reducing all-cause mortality by *incremental* 16%
- *Incrementally* improving symptoms and physical limitations

LCZ696 was *better tolerated* than enalapril . . .

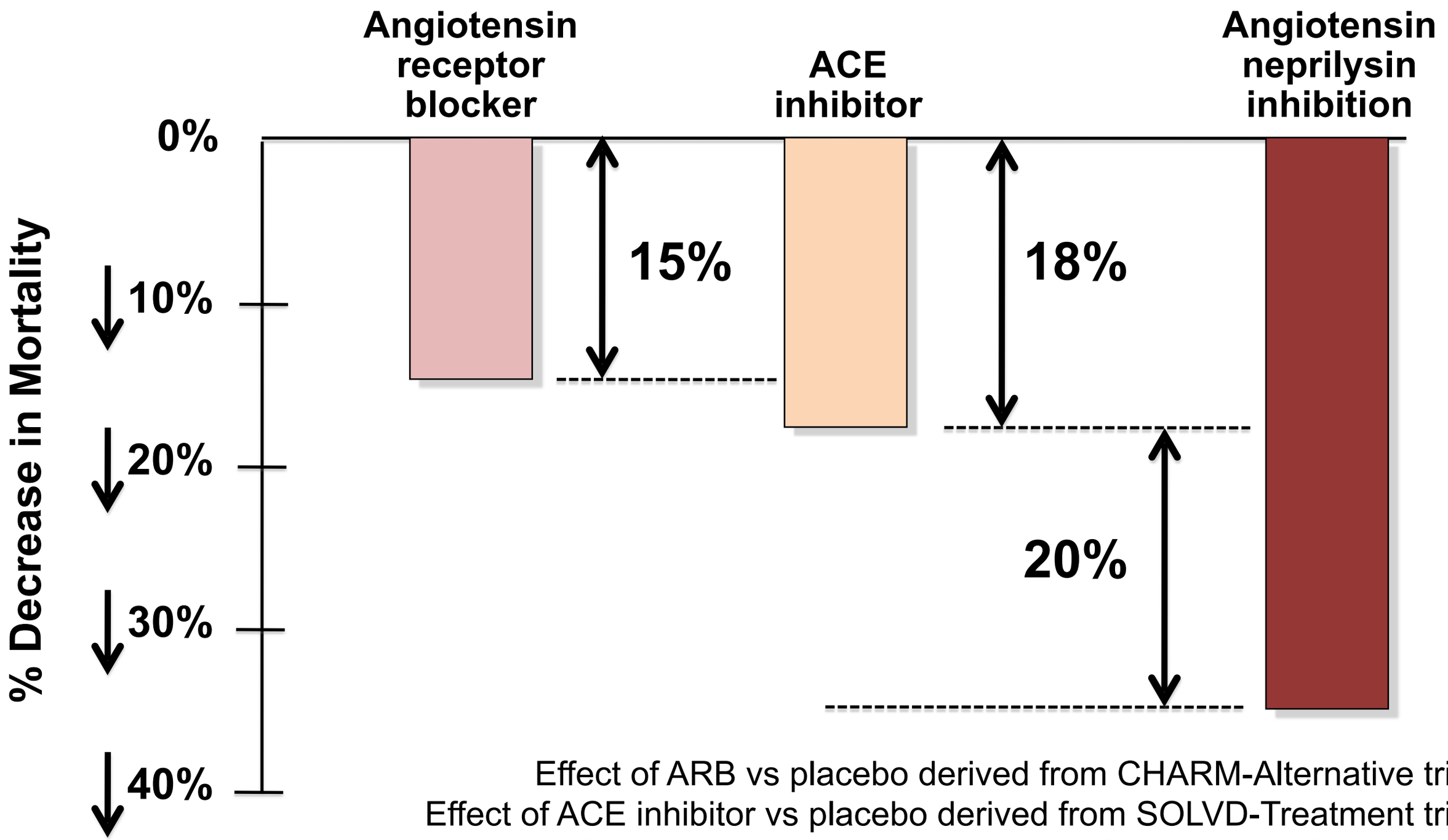
- Less likely to cause cough, hyperkalemia or renal impairment
- Less likely to be discontinued due to an adverse event
- More hypotension, but no increase in discontinuations
- Not more likely to cause serious angioedema

Drugs That Reduce Mortality in Heart Failure With Reduced Ejection Fraction



Based on results of SOLVD-Treatment, CHARM-Alternative, COPERNICUS, MERIT-HF, CIBIS II, RALES and EMPHASIS-HF

Angiotensin Neprilysin Inhibition With LCZ696 Doubles Effect on Cardiovascular Death of Current Inhibitors of the Renin-Angiotensin System



Effect of ARB vs placebo derived from CHARM-Alternative trial
Effect of ACE inhibitor vs placebo derived from SOLVD-Treatment trial
Effect of LCZ696 vs ACE inhibitor derived from PARADIGM-HF trial

PER

Patientens egen registrering PER

Apple’s HealthBook

PACEMAN-HF

Patient Centered Management of Heart Failure
Surfplattor som egenvårdsstöd för patienter med hjärtsvikt

Smarta surfplattor ger råd vid hjärtsvikt

Sjuksköterskan Patrik Lyngå visar en kollega hur programmet fungerar.

Bild: Foto: Simon Hastegård/Bildbyrån

Surfplattor som känner av farlig viktuppgång och ger goda råd. Det ska hjärtsviktspatienter i Stockholm få testa. Att varningar om extrakilon bara skickas till sjukhuset gjorde nämligen ingen större nytta.

En viktuppgång på bara ett par kilo är ett tecken på att hjärtsviktspatienter samlat på sig vatten, och därmed försämrats i sin sjukdom.

Nu ska ett pilotprojekt vid tre sjukhus i Stockholm testa om surfplattor kan hjälpa till att upptäcka farliga extrakilon så att åtgärder kan sättas in i tid.

Inledningsvis ska 80 hjärtsviktspatienter lottas till att antingen få en surfplatta eller ingå i en kontrollgrupp.

PACEMAN-HF

Patient Centered Management of Heart Failure
Surfplattor som egenvårdsstöd för patienter med hjärtsvikt

- Surfplatta som man låser till en egenutvecklad programvara
- Inkl: man skulle inte vara inskriven på sviktmott
- Studie 180 dygn, 42 vs 44 pat, 76 år
- Egenvårdsbeteende följdes, Kunskapsökning 11% vs 1 %
- Antal vårddygn, 25% färre
- Livskvalitet 34% högre, KCCQ

¨An easy navigated tablet together with a patient-scale and useful information, has the potential to be a valuable tool in the self-care of heart failure patients.¨

Ewa Hägglund, Department of Cardiology C188, Karolinska University Hospital, Huddinge

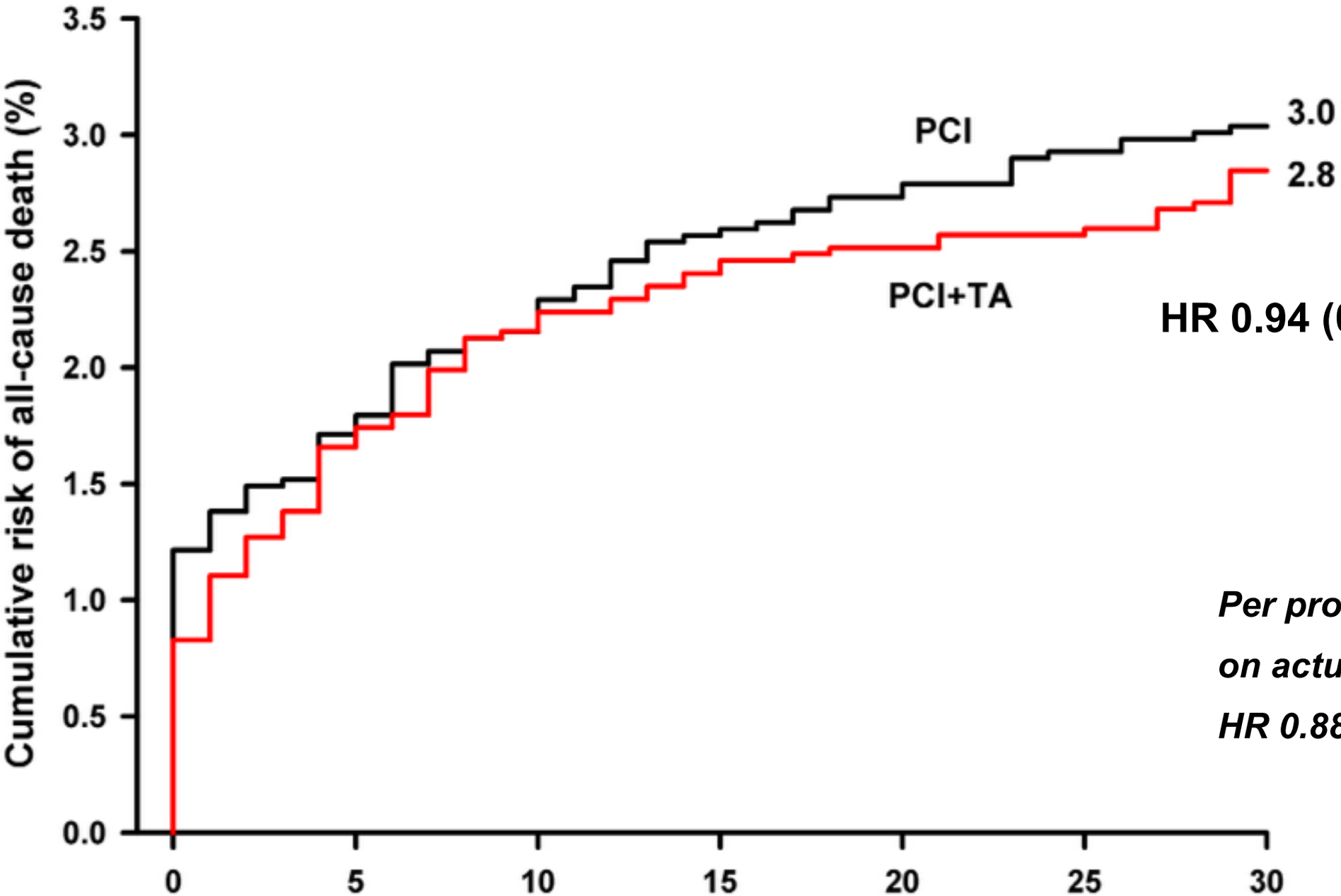
R-RCT

Prospective Registry based Randomized Clinical Trials (R-RCT) – a new concept for clinical research

Routine Thrombectomy Fails in **TASTE**

- ”A total of 7244 STEMI patients were randomized, representing a striking 60% of all STEMI patients referred for PCI in Sweden and Iceland during the study period. All-cause mortality at 30 days was not significantly different between the two groups” Forbes
- 2.8% in the thrombus aspiration group versus 3% of the PCI-only group (hazard ratio 0.94, CI 0.72-1.22, p=0.63)

All-cause mortality at 30 days



HR 0.94 (0.72 - 1.22), P=0.63

Per protocol analysis based on actual treatment:

HR 0.88 (0.66 - 1.17), P=0.38

No. at Risk

PCI+TA	3621	3568	3540	3532	3526	3524	3519
PCI	3623	3567	3545	3530	3523	3517	3513

TASTE

A New Paradigm?

- ”But the sweetest part of TASTE may be that the investigators were able to conduct a rapid and low-cost trial utilizing a new model, “a registry-based randomized clinical trial,” by incorporating the trial within the already existing framework of SCAAR: ”The data were monitored and adjudicated as part of the regular registry validation; we did not perform separate, dedicated monitoring and adjudication of the data for the TASTE trial.” *Forbes*

SWEDEHEART - Windows Internet Explorer

https://test.ucr.uu.se/swedeheart/patientOverview.jsp

Arkiv Redigera Visa Favoriter Verktyg Hjälp Konvertera

Windows Live Bing Senaste aktivitet

Favoriter Chefens blogg Cardiology - Medical Jo... Medidata RA

DN.se - Nyheter - D... Post E-post :: Inkorg (2)

fotspår

Two questions need to be answered:

Did the patient consent orally?
Are inclusion and no exclusion criteria met?

Stresskardiomyopati	
Primärt beslut	9 PCI ad ho
Avböjd från operation	

TASTE

Did the patient consent?

Are inclusion and exclusion crieteria met?

Randomisera & Spara

Spara

PCI

Operatör	*

Segment

Segmentnummer	
Graft	0 Nej
Nummer på stenos i samma segment	1 Första
Ocklusion	
Stenostyp	
Stenosklass	
Procedurtyp	
Lokal framgång	

Återställ segmentformulär

Spara/Lägg till segment

Vill patient vara med i Taste-studien

Munligt samtycke har inhämtats efter följande information och fråga:

Du har drabbats av en akut hjärtinfarkt. Det innebär att det finns en blodpropp som har stoppat blodflödet i ett av dina kranskärl. Tidigare undersökningar har visat att blodflödet återhämtar sig snabbare om man suger ut en del av blodproppen med en liten sugkateter. Vi vet dock inte proppsugning minskar dödligheten efter hjärtinfarkt eller
minskar risken för ny hjärtinfarkt eller för hjärtsvikt. Vi gör därför en vetenskaplig studie som innebär att hälften av patienterna får proppsugning innan vanlig
ballongvidging sker och hälften av patienterna får sedvanlig ballongvidgning. Sedan följer vi resultaten av behanlingen via våra hjärt-kärl register. Studien innebär inga extra provtagningar eller besök.

Vi undrar om du accepterar att deltaga i denna studie. Om du

Klar Internet

Start SWEDEHEART - Wind... SWEDEHEART - Wind... TASTE Lathund Taste - Micro... Microsoft PowerPoint ...

Randomize and store data

SWEDEHEART - Windows Internet Explorer

https://test.ucr.uu.se/swedeheart/patientOverview.jsp

Arkiv Redigera Visa Favoriter Verktyg Hjälp Konvertera

Windows Live Bing Senaste aktivitet

Favoriter Chefens blogg Cardiology - Medical Jo... Medidata RA

DN.se - Nyheter - D... Post E-post :: Inkorg (2)

Stresskardiomyopati	
Primärt beslut	9 PCI ad ho
Avböjd från operation	

TASTE

Did the patient consent?

Are inclusion and exclusion crieteria met?

Randomisera & Spara

Spara

PCI

Operatör	*

Segment

Segmentnummer	
Graft	0 Nej
Nummer på stenos i samma segment	1 Första
Ocklusion	
Stenostyp	
Stenosklass	
Procedurtyp	
Lokal framgång	

Återställ segmentformulär

Spara/Lägg till segment

Vill patient vara med i Taste-studien

Munligt samtycke har inhämtats efter följande information och fråga:

Du har drabbats av en akut hjärtinfarkt. Det innebär att det finns en blodpropp som har stoppat blodflödet i ett av dina kranskärl. Tidigare undersökningar har visat att blodflödet återhämtar sig snabbare om man suger ut en del av blodproppen med en liten sugkateter. Vi vet dock inte proppsugning minskar dödligheten efter hjärtinfarkt eller
minskar risken för ny hjärtinfarkt eller för hjärtsvikt. Vi gör därför en vetenskaplig studie som innebär att hälften av patienterna får proppsugning innan vanlig
ballongvidging sker och hälften av patienterna får sedvanlig ballongvidgning. Sedan följer vi resultaten av behanlingen via våra hjärt-kärl register. Studien innebär inga extra provtagningar eller besök.

Vi undrar om du accepterar att deltaga i denna studie. Om du

Klar Internet

Start SWEDEHEART - Wind... SWEDEHEART - Wind... TASTE Lathund Taste - Micro... Microsoft PowerPoint ...

DETOX

Syrgas eller inte vid hjärtinfarkt?

Ongoing and planned R-RCTs

DETOX-AMI

DETermination of the role of **OX**ygen in **A**cute **M**yocardial **I**nfarction, N=7000

VALIDATE

Bivalirudin versus Heparin in NST and ST- Elevation myocardial infarction in patients on modern antiplatelet therapy, N=6000

SWEDEPAD

SWEdish Drug Elution trial in Peripheral Arterial Disease
N=2500

Prospect II-Absorb

Evaluate future events from colesterol plaques detected by near infrared spectroscopi and the Absorb™ Bioresorbable Vascular Scaffold (BVS) for non flow limiting stenoses with plaques burden >70%. N=300

UCR
UPPSALA CLINICAL
RESEARCH CENTER

Betablockerare jämfört med standardbehandling hos patienter med HFpEF sk ¨diastolisk hjärtsvikt¨

förslag på R-RCT inom RiksSvikt
R-RCT - Randomiserad registerstudie

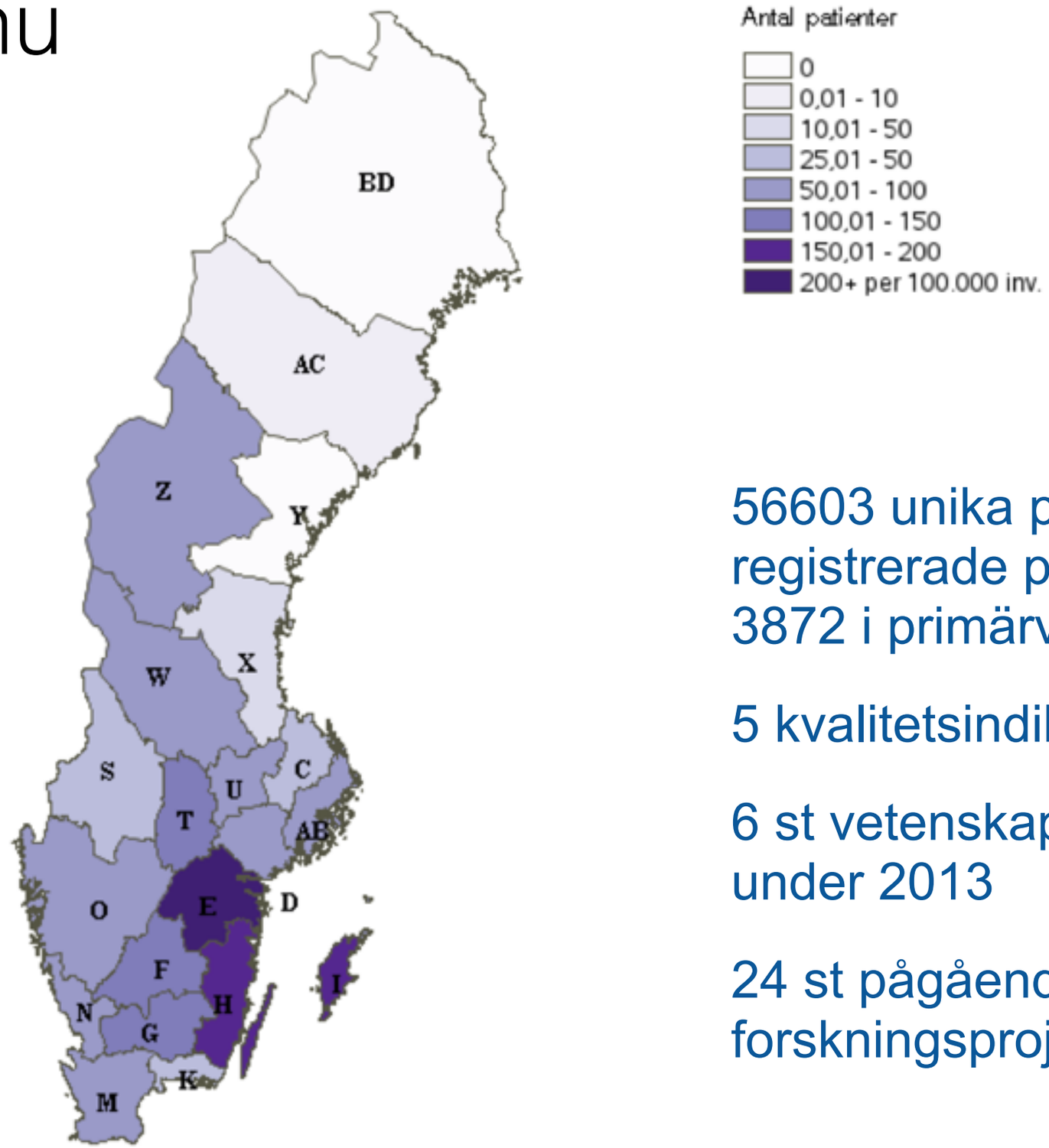
Syftet med RiksSvikt

- Förbättra handläggningen av patienter med Hjärtsvikt genom:
  - Kontinuerlig information (on-line) av basala karakteristika, diagnostik, behandling, livskvalitet, funktionsförmåga av inmatade patienter till varje deltagande enhet (Sjukhus, Klinik, Vårdcentral). Statusrapport
  - Kontinuerlig återkoppling till varje deltagande enhet av deras data i jämförelse med ett riksgenomsnitt. Guidelinesrapport
  - Årlig avancerad statistisk analys (trendanalyser m.m.) av insamlade data. Årsrapport
  - Kunskap om efterföljandet av nationella riktlinjer inom enskild enhet.

RiksSvikt
nationellt hjärtsviktsregister

Tabell (3): *Antal patienter per landsting per 100.000 invånare*

RiksSvikt nu



56603 unika patienter registrerade på sjukhus, 3872 i primärvård.

5 kvalitetsindikatorer

6 st vetenskapliga artiklar under 2013

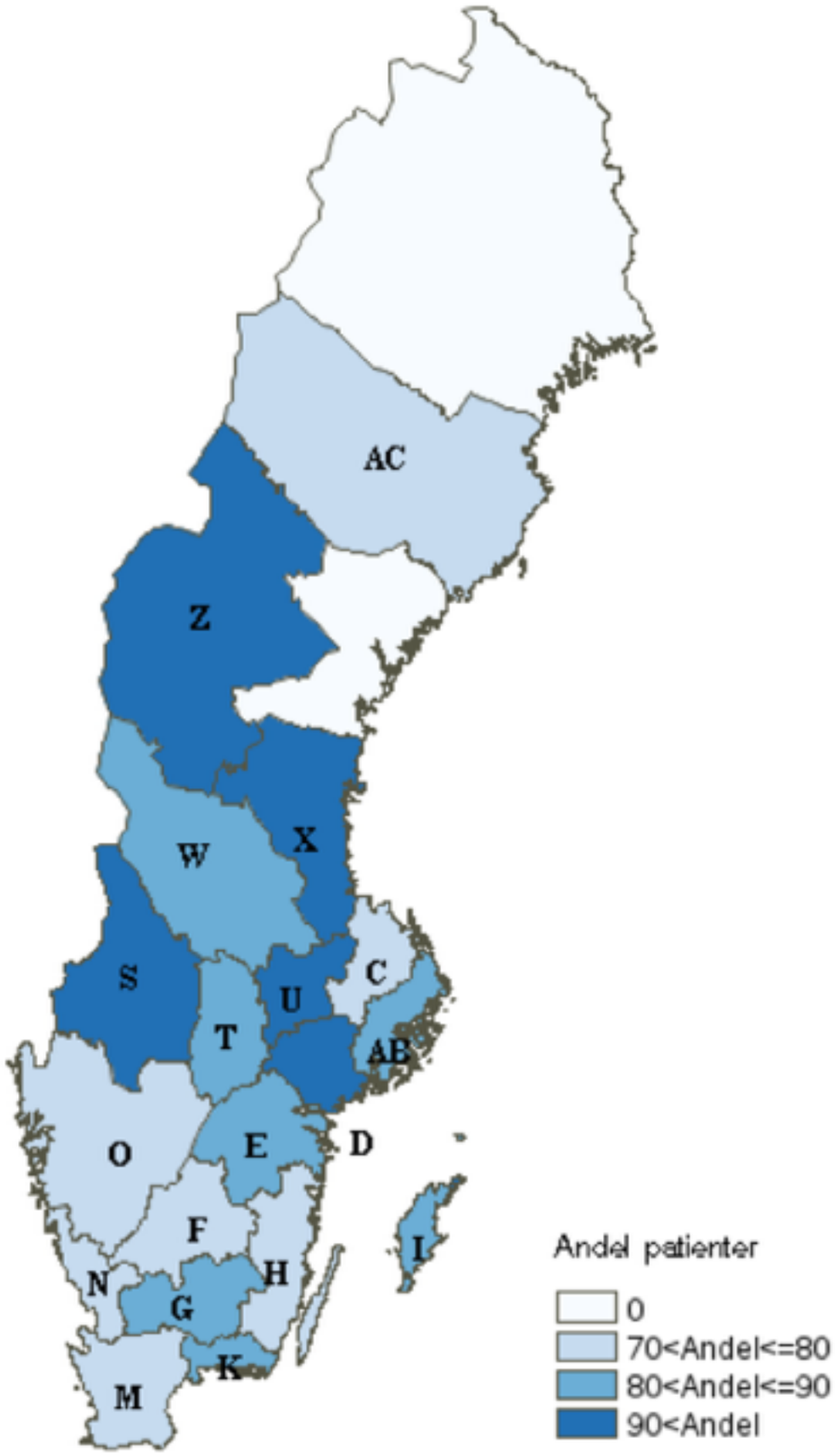
24 st pågående forskningsprojekt

RiksSvikt - kvalitetsindikatorer

1. Andel återininskrivna patienter inom en månad efter sjukhusvård på grund av hjärtsvikt
2. Andel patienter med hjärtsviktsdiagnos som är undersökta med ekokardiografi
3. Andel patienter med hjärtsvikt (EF<40 %) som får behandling med ACE-hämmare eller ARB (RAAS-hämmare)
4. Andel patienter med hjärtsvikt (EF<40 %) som får behandling med betablockerare
5. Andel patienter med hjärtsvikt (EF<40 %) som får behandling med ACE-hämmare eller ARB (RAAS-hämmare) och betablockerare

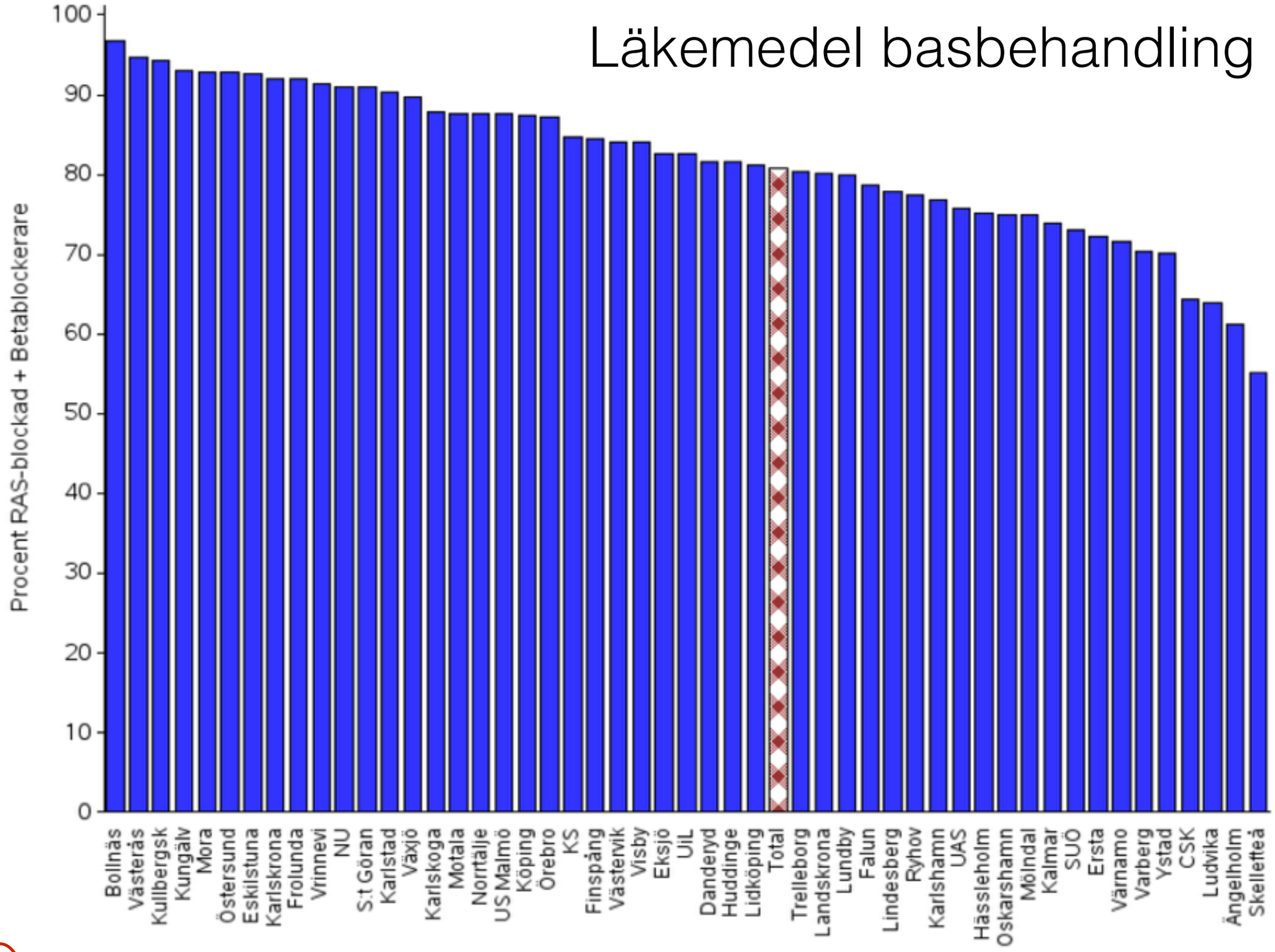
RiksSvikt
nationellt hjärtsviktsregister

Läkemedel basbehandling



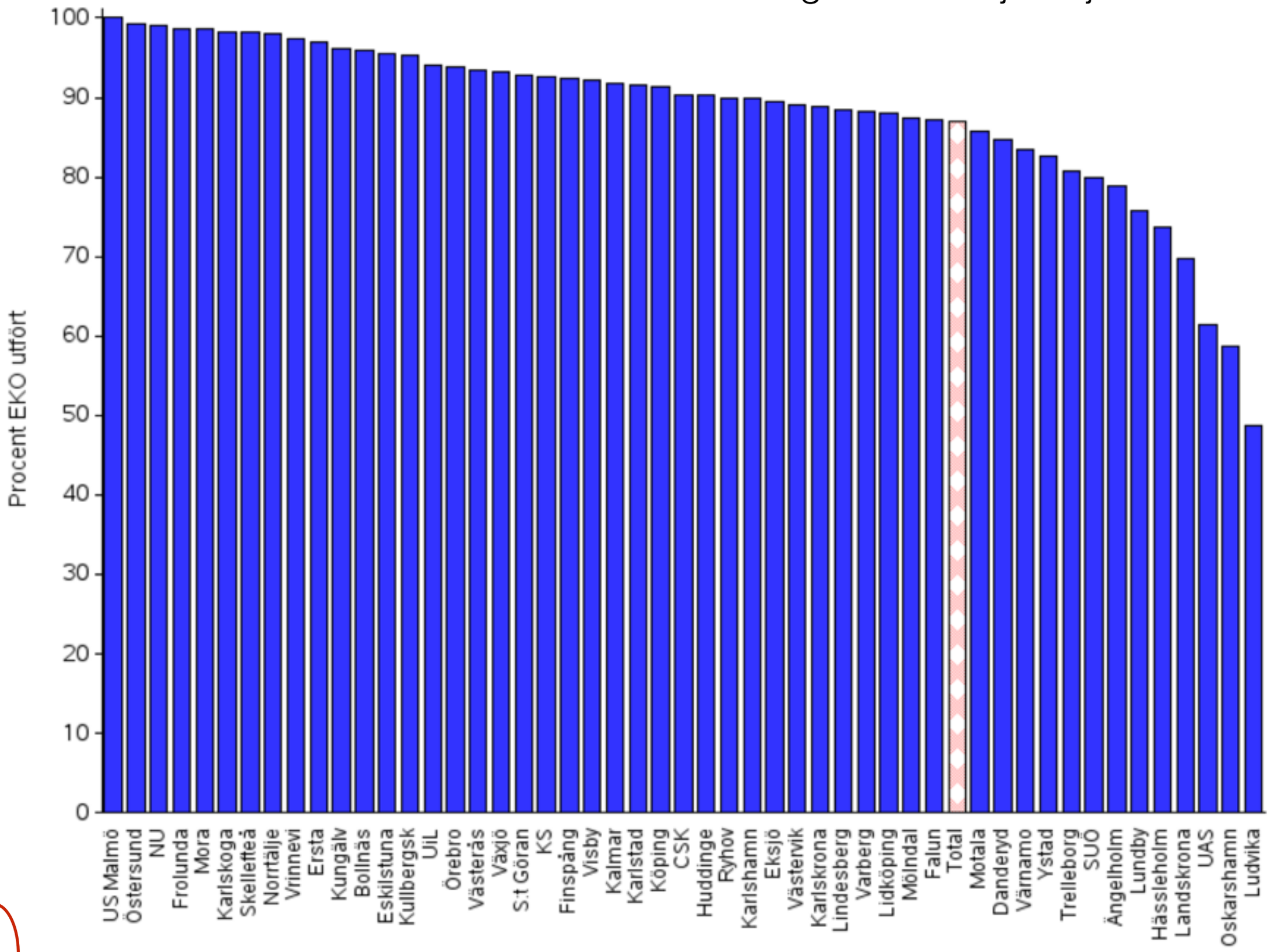
Figur (2): Andel patienter med HF-REF och basbehandling i form av RAS-blockad + betareceptorblockerare fördelat på hur många, uppdelat i proportioner, som får denna behandling i riket. I riket erhåller 81 % av patienterna med HF-REF denna behandling, 81 % av männen respektive 79% av kvinnorna.

Läkemedel basbehandling

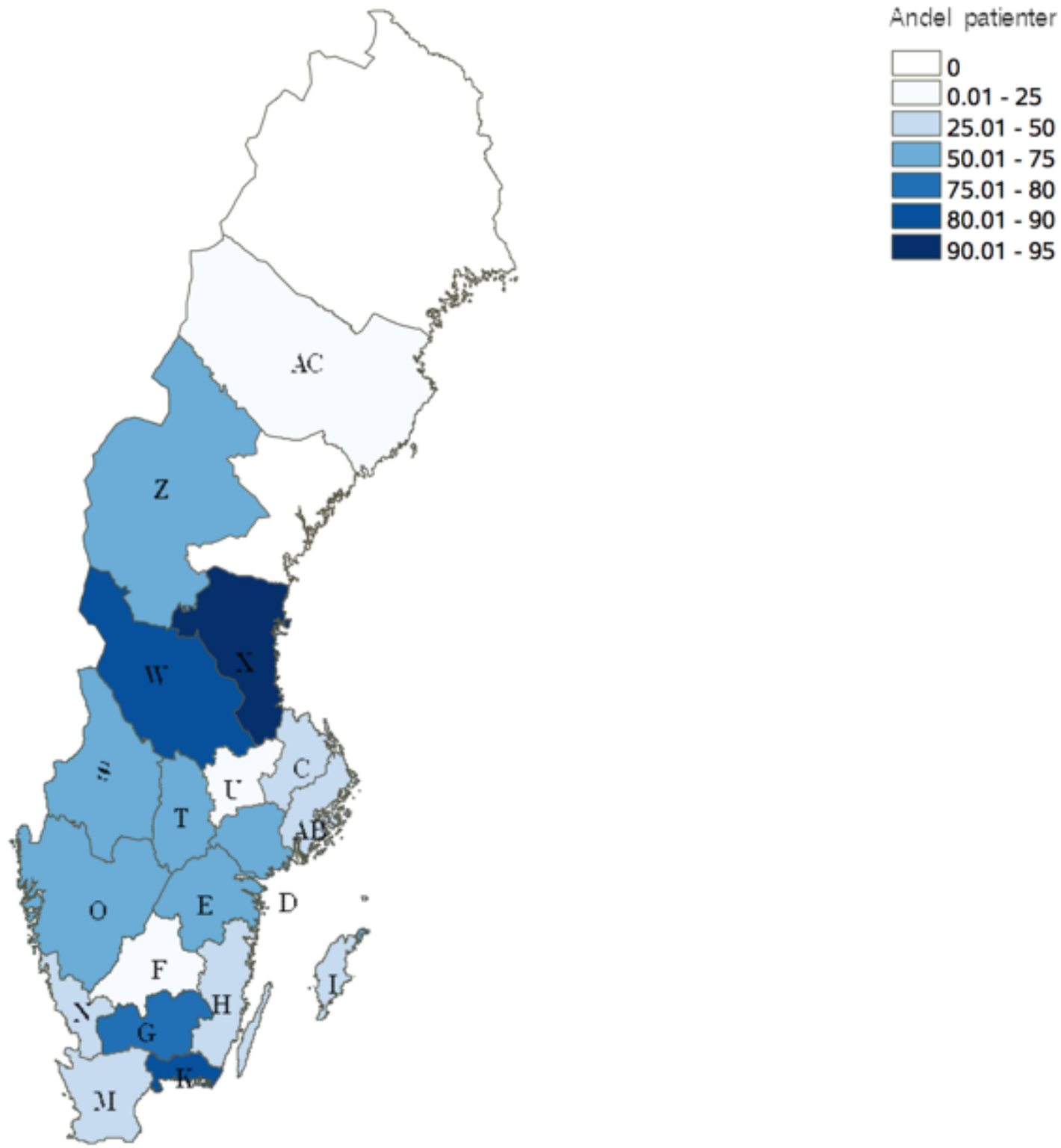


Figur (36): Andel patienter med HF-REF och behandling med RAS-blockad + betareceptorblockerare. Spridning på rapporterande sjukhus/specialistmottagningar.

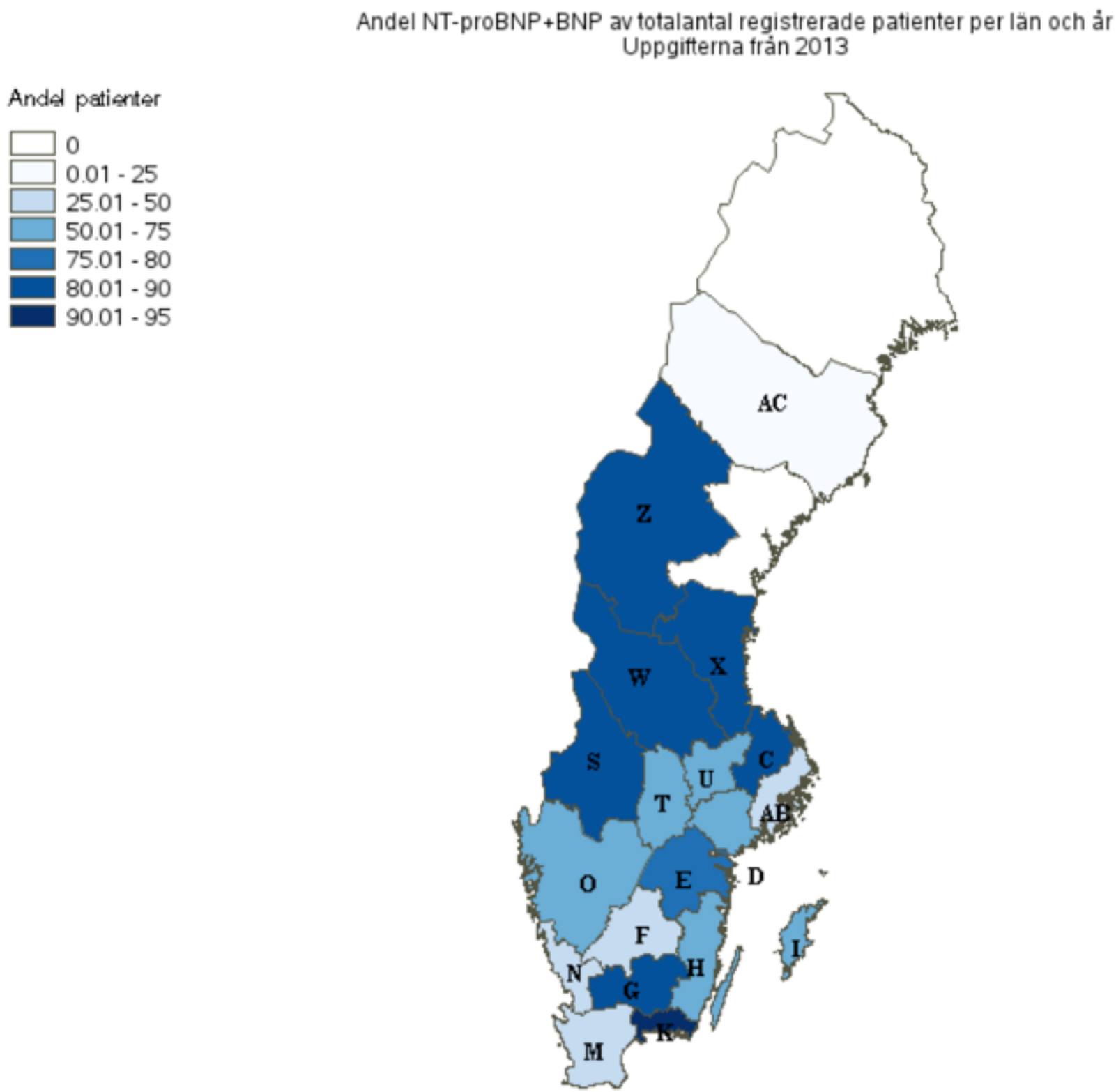
Ekokardiografi - Ultraljud hjärta



Figur (13): Ekokardiografi finns registrerat i RiksSvikt hos 87 % av patienterna på sjukhusen. Spridning mellan enheterna från 50 till 99%.



Figur 12 Andel NT-proBNP eller BNP tagna på patienter 2012 per landsting varierar från 2 % till 92 %



Figur (14): *Andel NT-proBNP eller BNP tagna på patienter 2013 per landsting varierar från 2 % till 92 %*

Landsting		År					
		2012			2013		
		BNP, NT-proBNP	Antal patienter	Andel (%)	BNP, NT-proBNP	Antal patienter	Andel (%)
Stockholms läns landsting	AB	507	1381	36.71	545	1260	43.25
Landstinget i Uppsala län	C	49	108	45.37	85	101	84.16
Landstinget Sörmland	D	111	188	59.04	127	216	58.80
Landstinget i Östergötland	E	483	661	73.07	751	978	76.79
Landstinget i Jönköping	F	105	480	21.88	113	446	25.34
Landstinget i Kronoberg	G	110	140	78.57	233	275	84.73
Landstinget i Kalmar	H	232	487	47.64	271	398	68.09
Gotlands kommun	I	7	21	33.33	70	100	70.00
Landstinget i Blekinge	K	98	121	80.99	56	61	91.80
Landstinget Skåne	M	475	1252	37.94	502	1184	42.40
Landstinget i Halland	N	92	254	36.22	126	264	47.73
Region Västra Götaland	O	647	1137	56.90	813	1277	63.66
Landstinget i Värmland	S	78	108	72.22	105	129	81.40
Örebro läns landsting	T	295	421	70.07	243	399	60.90
Landstinget i Västmanland	U	2	4	0.00	96	134	71.64
Landstinget Dalarna	W	241	274	87.96	229	270	84.81
Landstinget Gävleborg	X	35	38	92.11	47	53	88.68
Jämtlands läns landsting	Z	43	66	65.15	60	72	83.33
Västerbottens läns landsting	AC	1	36	2.78	0	16	0.00
Riket		3611	7177	50.31	4472	7633	58.59

RiksSvikt 4.0

RiksSvikts betydelse för hjärtsvikt

RiksSvikt
nationellt hjärtsviktsregister

Hjärtsviktsprocessen i RiksSvikt - utmaningar

1. Användare undrar vilka är det egentligen som ska tas med i registret
2. Och när ska de i så fall registreras
3. Vilken information får vi ut från registret
4. Och hur kan vi ta ut rapporter
5. Vad kan vi göra med den information vi får ut - vilka är det som efterfrågar den.

RiksSvikt
nationellt hjärtsviktsregister

Hjärtsviktsprocessen i RiksSvikt - utmaningar

6. Täckningsgrad
7. Registrering i slutenvård inte komplett
8. Registrering i öppenvård
9. Samarbete primärvård - slutenvård
10. Enklare datainsamling

RiksSvikt
nationellt hjärtsviktsregister

Att ta hänsyn till vid RiksSvikt 4.0

- Nationella standarder
- Journaldata är källdata

- Behålla kontinuitet med tidigare registerdata
- Verkligen förenkla vid registrering och öka nyttan av registret.

RiksSvikt
nationellt hjärtsviktsregister

RiksSvikt - utveckling 2014-2015

Syftar till att stärka registrets användar- och samhällsnytta:

1. Mot ett mer processorienterat och verksamhetsnära register
2. På en ny teknisk plattform
3. Minskat dubbelarbete vid registrering
4. Genomföra samtidiga åtgärder för att öka täckningsgraden

RiksSvikt
nationellt hjärtsviktsregister

RiksSvikt 4.0

Hur ska nästa generation av kvalitesregistret RiksSvikt ska se ut.

Vi vill gör det enklare för er användare.
Vi vill ge mer nytta tillbaks till verksamheterna.
Vi vill utveckla patientperspektivet.
Vi vill tydligare följa hjärtsviktsprocessen.
Och vi vill även följa patienten i den palliativa hjärtsviktvården.
Vi vill lyfta fram fysisk träning

Hjärtsviktsprocessen i

RiksSvikt

RiksSvikt
nationellt hjärtsviktsregister

Hjärtsviktprocessen, mätpunkter

	Akut hjärtsvikt **som initialt sjukhusvårdas**		**Kronisk hjärtsvikt** **eller nydebuterad som inte krävt sjukshusvård**
1	**Indexinläggning** på sjukhus	Återinskrivning på sjukhus	**Indexbesök** på mottagning **antingen primärvård eller slutenvård**
2	**Tidigt återbesök** 1-6 veckor **antingen primärvårds- eller slutenvårdmottagning**	**Tidigt återbesök** 1-6 veckor **antingen primärvårds- eller slutenvårdmottagning**	**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. **antingen primärvårds- eller slutenvårdmottagning**		**Uppföljningsbesök** Inom 6 månader när patienten är så optimal att man kan ta ställning till om CRT behövs eller inte. **antingen primärvårds- eller slutenvårdmottagning**
4	**Årskontroller** **antingen primärvårds- eller slutenvårdmottagning**		**Årskontroller** **antingen primärvårds- eller slutenvårdmottagning**

Hjärtsviktprocessen, mätpunkter för redan **tidigare patienter i RiksSvikt**

	Akut hjärtsvikt		Kronisk hjärtsvikt
1	Indexinläggning på sjukhus	**Återinskrivning på sjukhus**	Indexbesök på mottagning
2	**Tidigt återbesök** 1-6 veckor	**Tidigt återbesök** 1-6 veckor	**Tidigt återbesök** 1-6 veckor
3	**Uppföljningsbesök** Inom 6 månader när patienten är så optimal att man kan ta ställning till om CRT behövs eller inte.		**Uppföljningsbesök** Inom 6 månader när patienten är så optimal att man kan ta ställning till om CRT behövs eller inte.
4	**Årskontroller**		**Årskontroller**

RiksSvikt 4.0

Presentation av förslag till palliativ vård vid hjärtsvikt

RiksSvikt
nationellt hjärtsviktsregister

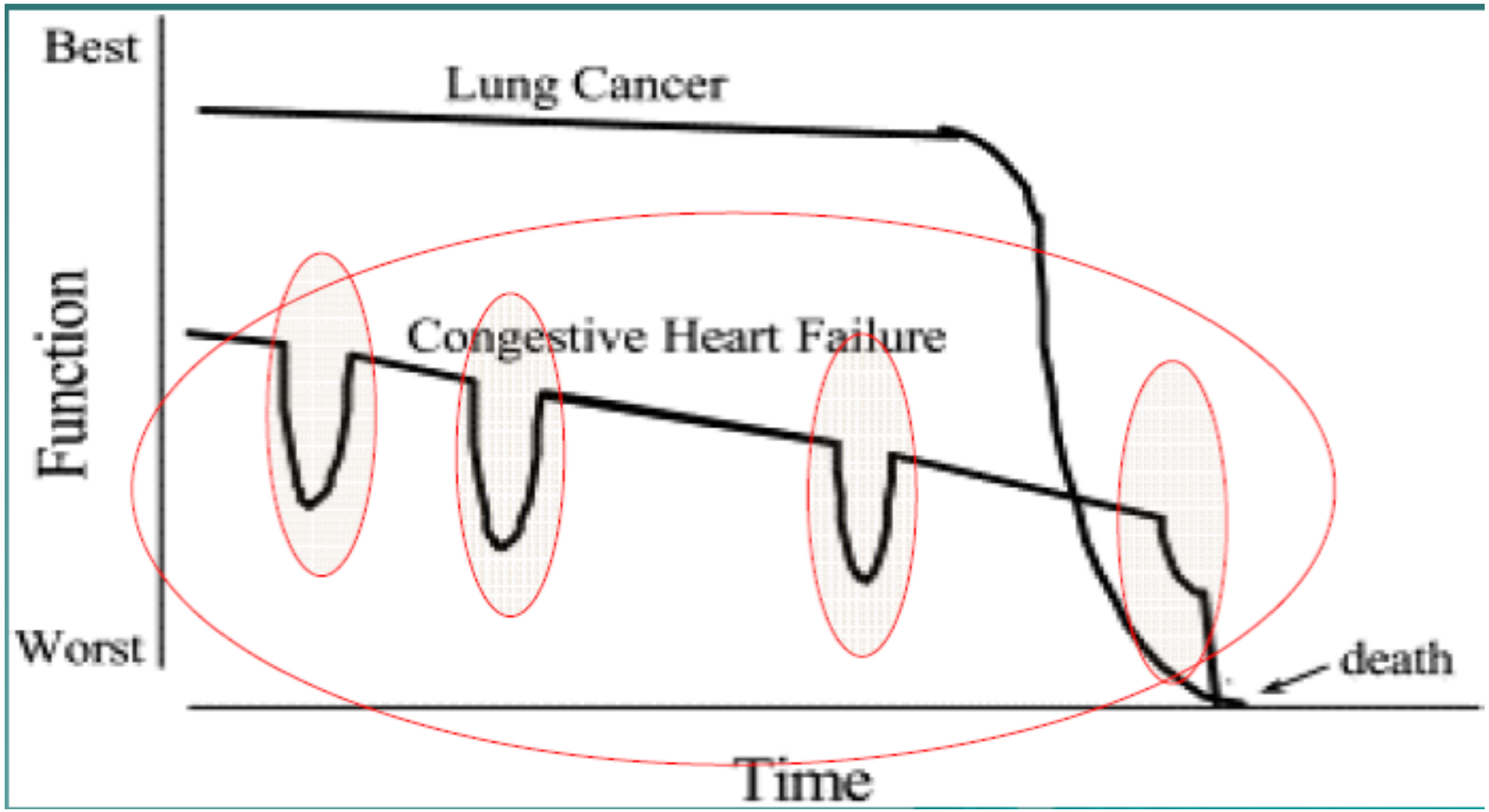
Palliativ vård för äldre i livets slutskede

Socialstyrelsens bedömning

För att möta äldres behov är det viktigt att den palliativa vården och omsorgen omfattar alla sjukdomar i livets slutskede och integreras i vård av kroniska sjukdomar.

Socialstyrelsens bedömning baseras på internationella överenskommelser och definitioner av god palliativ vård samt redovisade resultat i tidigare publikationer.

Sjukdomsförlopp



RiksSvikt
nationellt hjärtsviktsregister

DAGENS Medicin

Patient med hjärtsvikt har rätt till god palliativ vård

Hjärtsviktspatienter får mindre hjälp med svåra smärtbesvär i slutskedet av livet, skriver sju debattörer.

Svår hjärtsvikt innebär stort lidande för den drabbade. I dag kan vi erbjuda såväl bra symtomlindring som framgångsrik sjukdomsmodifierande behandling. Men alltför många med hjärtsvikt dör ensamma och med bristfällig symtomlindring.

Hjärtsvikt är en folksjukdom som blir allt vanligare i vår åldrande befolkning. Cirka 10 procent av alla personer över 70 år har hjärtsvikt och antalet ökar. Vi ser att patienter med kronisk hjärtsvikt varken får ett helhetsomhändertagande på sjukhuset eller i primärvården. En viktig del av lösningen är avancerad, specialiserad sjukvård i hemmet, ASIH. Många patienter blir aldrig erbjudna ASIH och möjligheten till palliativa åtgärder.

Den absolut största kostnaden för behandling av hjärtsvikt, 70 procent, utgörs av sjukhusvård. ASIH är därför också en ekonomiskt fördelaktig vårdform.

Fördelar med avancerad specialiserad hemsjukvård, ASIH:

1 Vård bedriven i hemmet ger god tillgänglighet till högkvalificerad vård dygnet runt. Patient och anhöriga blir mer delaktiga i vården.

2 Patienten slipper åka till akutmottagningen, kan undvika sjukhusinläggning och medföljande risker för felmedicinering och sjukhusrelaterade infektioner.

3 Ett multiprofessionellt och multidisciplinärt team med hög kontinuitet kan erbjudas – i hemmet.

RiksSvikt 4.0 tidplan

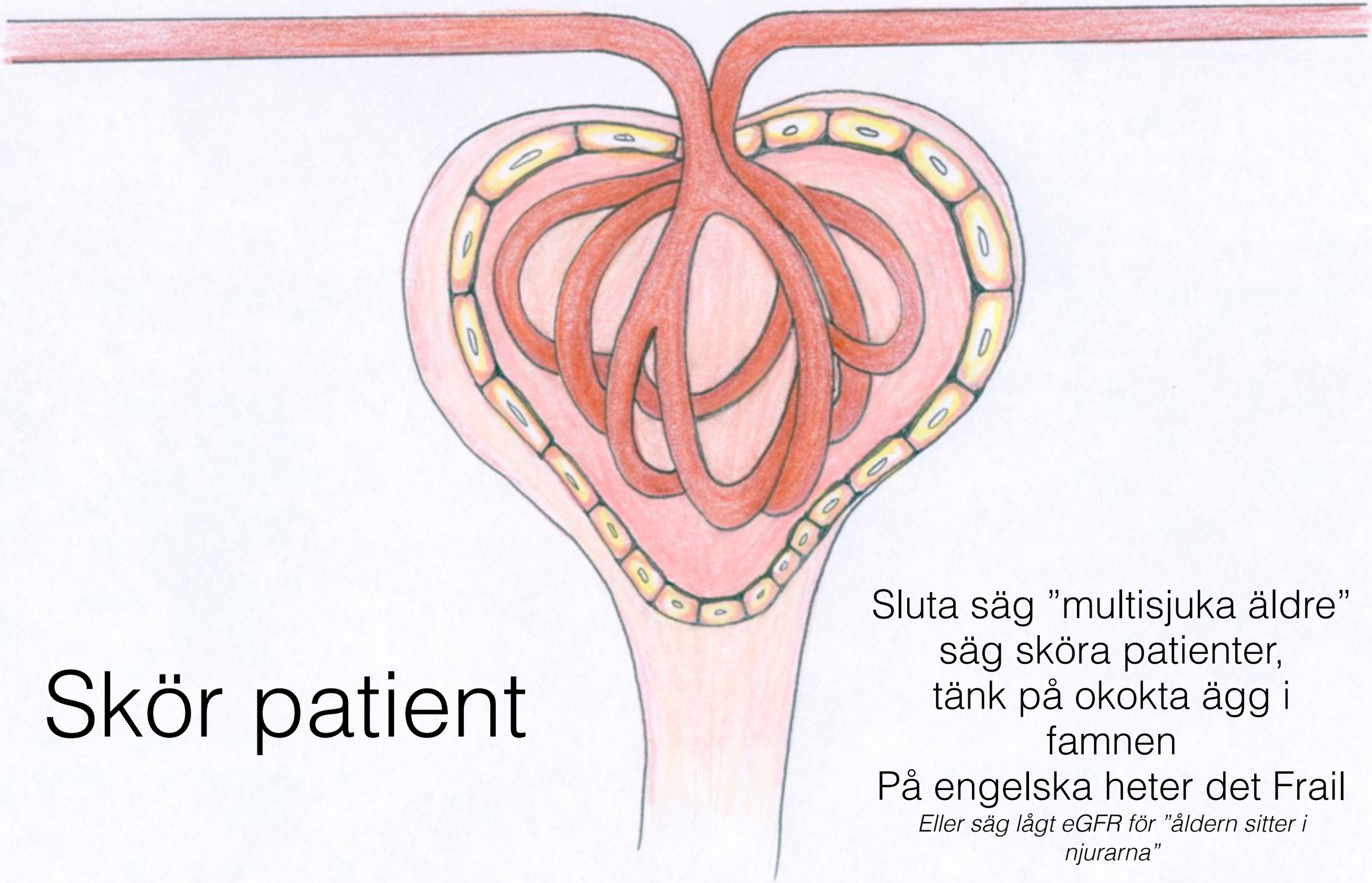
- *Förankring och utvecklingsarbete maj-okt*
- *RiksSvikt Styrgrupp 10-11 sep 2014*
- Extra användarmöte 15 okt 2014
- RiksSvikt UCR okt - dec 2014
- UCR New Generation jan-mars 2015
- RiksSvikt Årsmöte 12 maj 2015
- RiksSvikt 4.0

Från ekorre till uggla

RiksSvikt

nationellt hjärtsviktsregister

Peter Vasko, Hjärtläkare, Växjö
RiksSvikt, Registerhållare
peter.vasko@rikssvikt.se



Skör patient

Sluta säg ”multisjuka äldre”
säg sköra patienter,
tänk på okokta ägg i
famnen
På engelska heter det Frail

Eller säg lågt eGFR för ”åldern sitter i njurarna”

Det viktiga vid hjärtsvikt

- Hjärtsvikt är ett tillstånd där hjärtats pumpförmåga är nedsatt vilket ger symtom som andfåddhet och trötthet. Ta NT-proBNP eller BNP.
- Ta reda på bakomliggande orsak. De vanligaste orsakerna till hjärtsvikt är hjärtinfarkt och högt blodtryck.
- För att ställa diagnosen behövs en ultraljudsundersökning av hjärtat.
- Behandla med RAS-blockad och BB, och ev hjärtsviktspacemaker
- Hjärtsviktsmottagning är bra
- Palliativ vård ska integreras
- Förebygg hjärtsvikt (genom att förebygga hjärtinfarkt och behandla

Aktuellt inom cardiologin
oj, vad det händer mycket
RiksSvikts betydelse för hjärtsvikt
oj, vad är RiksSvikt 4.0

¨HOPP OCH TILLIT HELA VÄGEN¨
Nationella utbildningsdagar i hjärtsvikt, VIC hjärtsviktsgrupp Folkets hus Huddinge

Peter Vasko Hjärtläkare, peter.vasko@lrikssvikt.se
16 okt 2014

RiksSvikt
nationellt hjärtsviktsregister

RiksSvikt

nationellt hjärtsviktsregister

Peter Vasko, Hjärtläkare, Växjö
RiksSvikt, Registerhållare
peter.vasko@rikssvikt.se

Information till patienter och anhöriga

att leva med hjärtsvikt