

Nya målvärde, nya utmaningar

Nationella arbetsgruppen för sekundärprevention

Margret Leosdottir
Överläkare
Hjärtsjukvård SUS Malmö

Vad är kunskapsstyrning ?



Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård

Sveriges regioner har sedan 2018 ett gemensamt system för kunskapsstyrning. Det är en viktig pusselbit för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet.

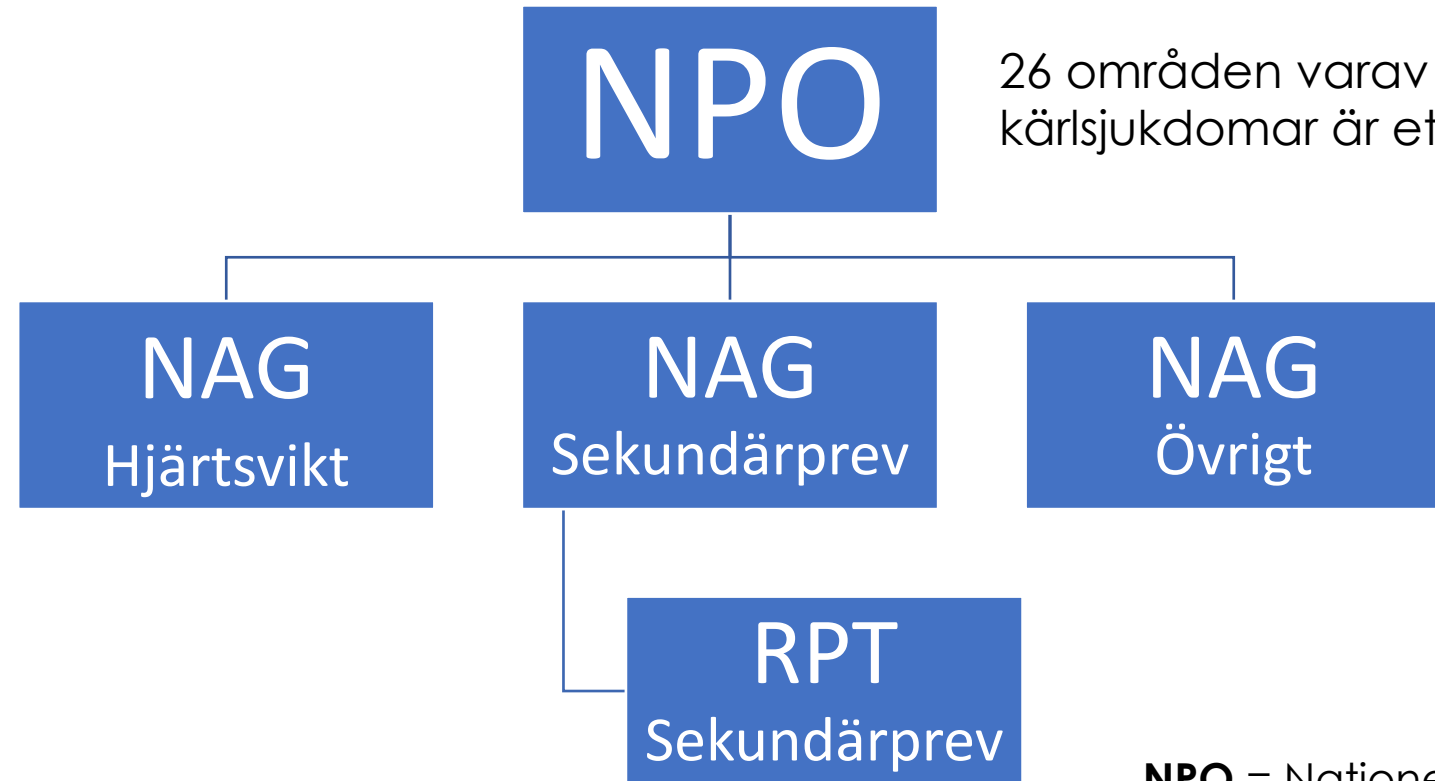
Vad är kunskapsstyrning?

Kunskapsstyrningssystemet handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte.

NPO - NAG - RPT

Övergripande mål:

- ✓ Kunskapsbaserad
- ✓ Säker
- ✓ Jämlik
- ✓ Individanpassad
- ✓ Tillgänglig
- ✓ Kostnadseffektiv



26 områden varav hjärt- & kärlsjukdomar är ett

NPO = Nationella Program Områden

NAG = Nationella Arbets-Grupper

RPT = Regionalt Process Team

Varför just sekundärprevention ?

- ✓ Två miljoner människor (20% av befolkningen) har hjärtkärlsjukdom
- ✓ Årligen drabbas ca 25 000 personer av hjärtinfarkt
- ✓ 95% av alla hjärtinfarkter < 80 år registreras i RIKS-HIA och 75-80% av dessa i SEPHIA
- ✓ Sedan 2005 följs kvalitén inom centerbaserad hjärtrehabilitering i SEPHIA registret
- ✓ Bra måluppfyllelse för livsstils- och läkemedelsbehandling i SEPHIA.
- ✓ Skillnader mellan enheter i landet – geografisk ojämlikhet
- ✓ Utbildningsnivå och inkomst påverkar måluppfyllelse - socioekonomisk ojämlikhet

Mål (ett år efter infarkt)	Genomsnitt	Min	Max
Andel som har LDL <1,4 mmol/L	41 %	7 %	82 %
Andel som har systoliskt blodtryck < 140 mmHg	85 %	64 %	98 %
Andel rökare som är rökfria	56 %	22 %	100 %
Andel som deltagit i <u>fysiskt träningsprogram</u> minst 3 mån	18 %	0 %	70 %
Andel som står på acetylsalicylsyra	85 %	72 %	96 %
Andel som står på statin eller övrig lipidsänkare	96 %	90 %	100 %
Andel som står på ACE hämmare eller ARB	82 %	64 %	96 %

Stor variation!

Nationella arbetsgruppen (NAG) för sekundärprevention

Övergripande mål:

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



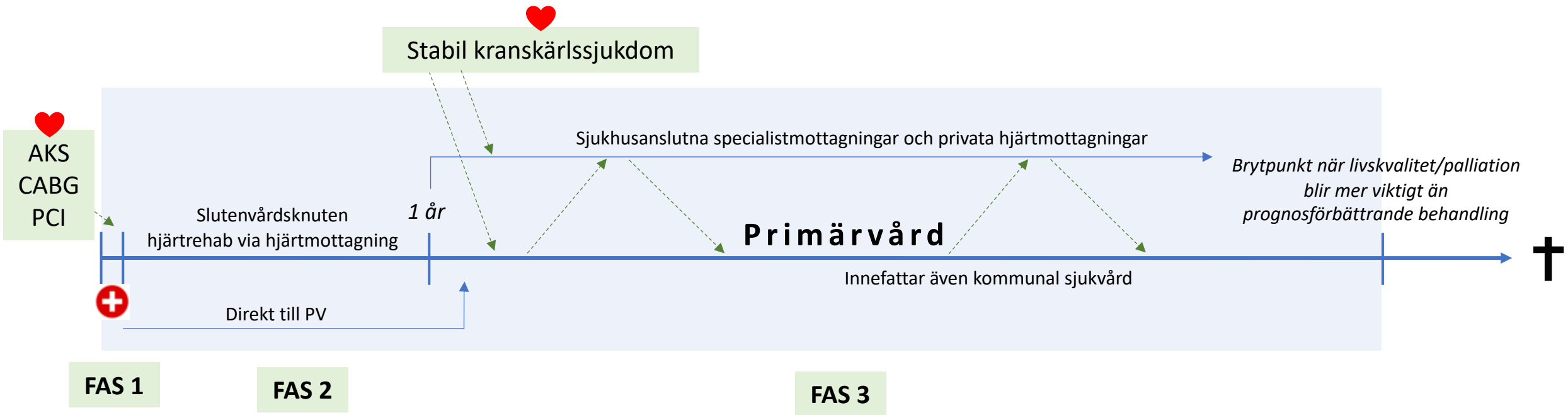
Ca 2 miljoner människor dvs 20% av befolkningen har hjärtsjukdom

Årligen drabbas ca 25 000 personer av hjärtinfarkt

Deltagare NAG sekundärprevention

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

Patientgrupp: Patienter med känd kranskärslsjukdom som har nytta av sekundärprevention



Riktlinjen täcker det blåa området

Gemensamt för alla faser

Behandlingsmål

Behandlingsmål för blodtryck, lipider, fysisk träning och diabetes

Blodtryck (mmHg)

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

Värdena avser mottagningsblodtryck.

Samma målvärden gäller för patienter med diabetes.

Fysisk träning inom hjärtrehabilitering*

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

Lipider

Primärt behandlingsmål

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

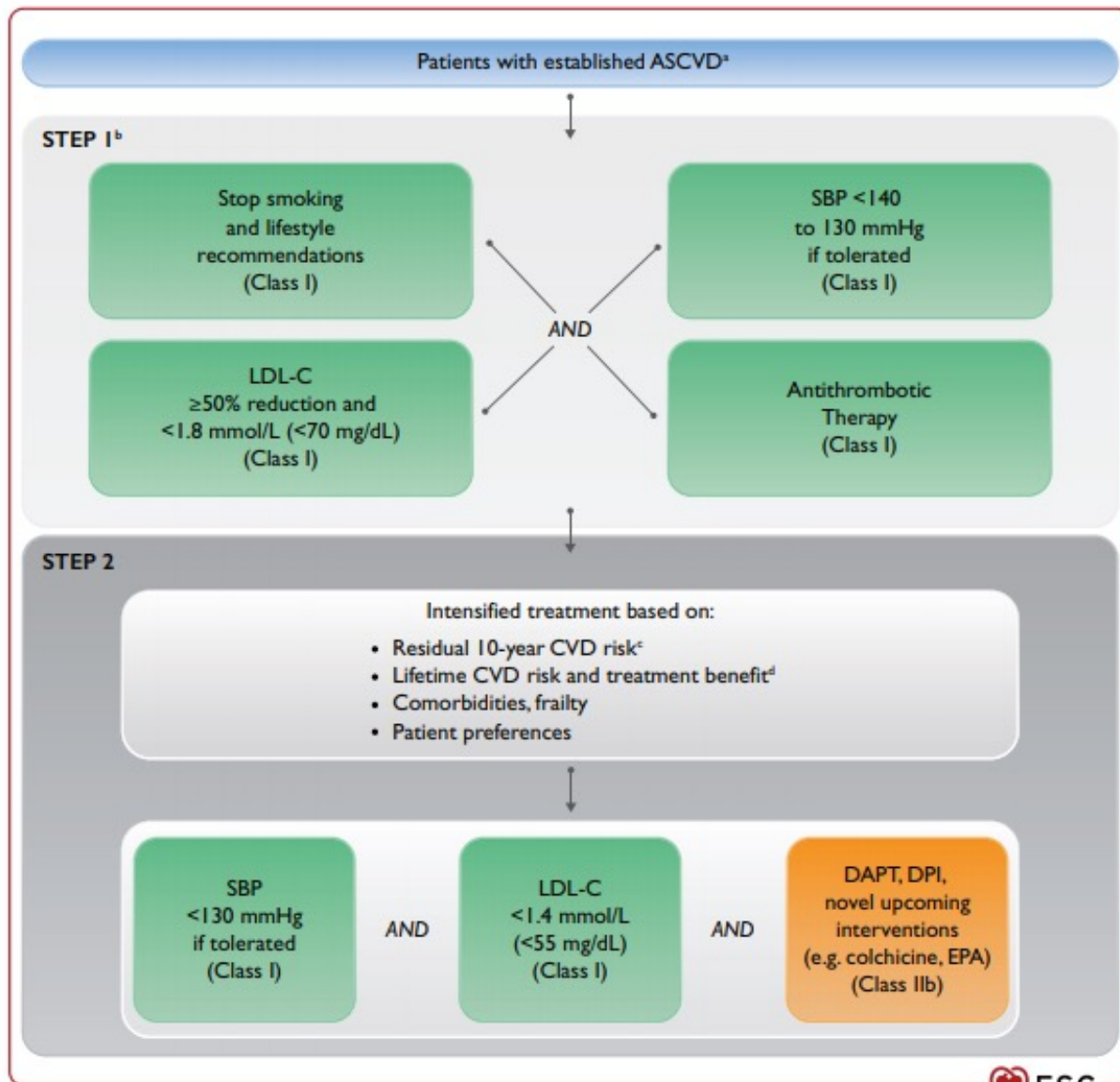
Sekundära behandlingsmål

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

Diabetes

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

2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice



Levnadsvanemål

Rekommendationer för levnadsvanor, midjemått och BMI

Matvanor

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

Alkohol

- Begränsa intag av alkohol.

Tobak

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

Fysisk aktivitet

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

Midjemått och BMI

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

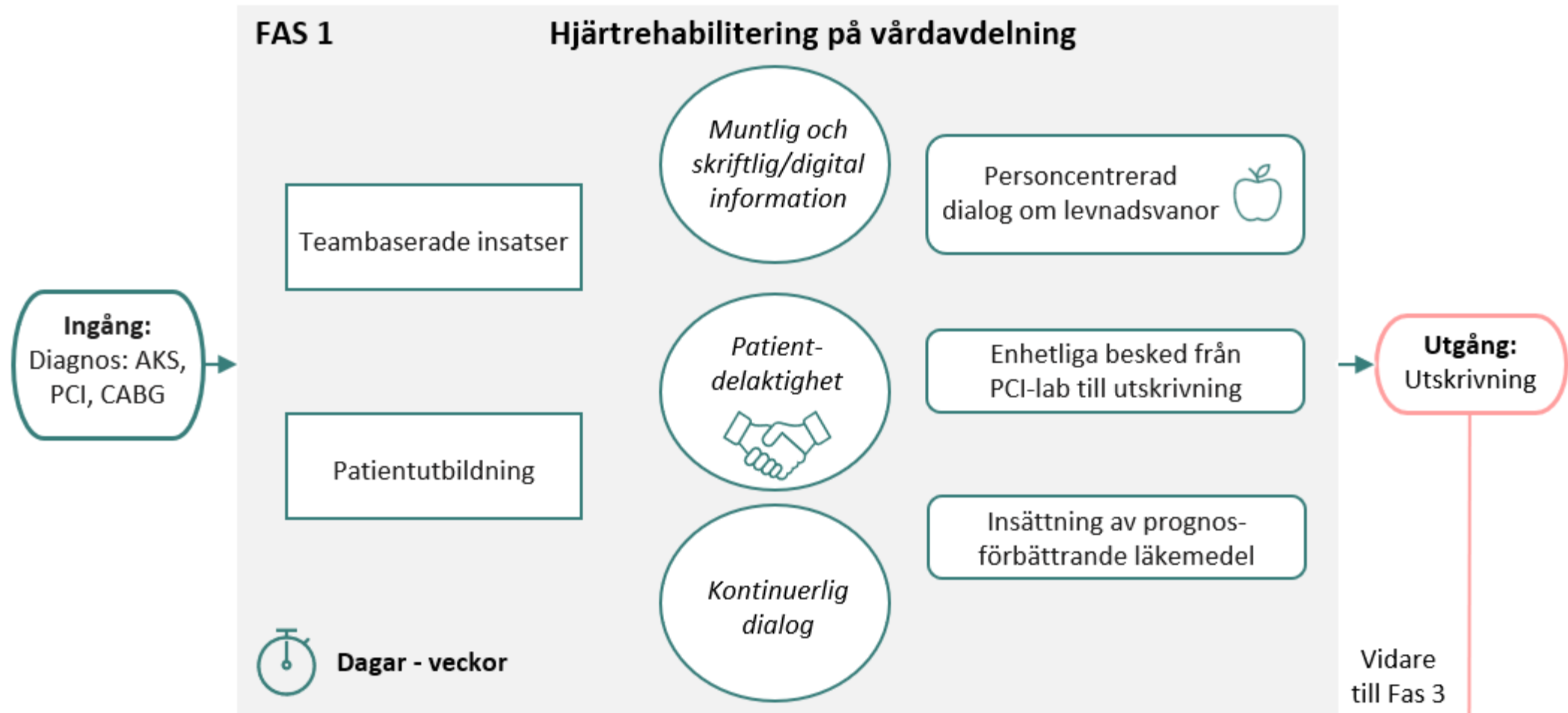
Prognos- och symptomförbättrande läkemedel för patienter med kranskärslsjukdom

Vilket läkemedel	Indikation/rekommendation
Trombocythämmare:	
Acetylsalicylsyra	Bör sättas in hos alla patienter. Vid ASA-intolerans, använd clopidogrel.
Ticagrelor, clopidogrel och prasugrel	Kombineras med ASA eller OAK upp till 12 mån efter AKS. Därefter endast ASA eller OAK i monoterapi.
Oral antikoagulation (OAK):	
Apixaban, rivaroxaban, edoxaban, dabigatran och warfarin	Emboliprofylax vid till exempel förmaksflimmer.
Protonpumpshämmare:	
Ex omeprazol, lansoprazol	Rekommenderas för patient som står på ASA, trombocythämmare och/eller OAK som har ökad risk för gastrointestinala blödningar.
Kolesterolsänkande:	
Atorvastatin, rosuvastatin	Högpotent statin i högsta tolerabla dos bör sättas in hos alla patienter, oavsett utgångsvärdet för LDL kolesterol. Vid biverkningar kan statiner med lägre potens användas.
Ezetimib	Bör sättas in om målvärdet för LDL inte uppnås enbart med statin.
Evolocumab, alirokumab	PCSK9 hämmare. Kan sättas in om patienten ligger $\geq 2,0$ mmol/l i LDL trots behandling med högsta tolerabla dos statin och ezetimib.

Andra prognosförbättrande läkemedel:	
Ex enalapril, ramipril, candesartan, losartan	ACE-hämmare/ARB. Blodtryckssänkande, njurskyddande. Bör sättas in hos alla patienter som har hjärtsvikt/nedsatt VK funktion, hypertoni ¹ eller diabetes.
Ex bisoprolol, metoprolol	Betablockerare. Förstahandsval vid hjärtsvikt med nedsatt vänsterkammarmfunktion. Används även som antianginös behandling.
Ex amlodipin, felodipin	Kalciumblockerare. Antianginös behandling och blodtryckssänkande ¹ .
Eplerenon, spironolakton	Mineralreceptorantagonister. Blodtryckssänkande. Tilläggsbehandling efter ACE-hämmare/ARB och betablockerare hos patienter med sänkt ejectionsfraktion vid postinfarktsvikt (eplerenon) respektive hjärtsvikt.
SGLT2-hämmare, GLP-1 analoger och metformin	Flera av dessa läkemedel är prognosförbättrande och bör ges vid diabetes typ 2 med hänsyn tagen till samsjuklighet som hjärtsvikt och njursvikt. Den hjärtkärlskyddande effekten för SGLT2-hämmare och GLP-1 analoger är oberoende av glukossänkningen. SGLT2-hämmare kan även vara prognosförbättrande vid hjärtsvikt utan samtidig diabetes typ 2.
Vaccinering	Vaccinering mot säsongsinflensa samt pneumokocker bör rekommenderas.
Symtomlindrande:	
Isosorbidmononitrat	Långverkande nitroglycerin, antianginös behandling. Tillägg vid kvarstående angina trots insatt betablockerare eller kalciumblockerare.
Glycerylnitrat	Kortverkande nitroglycerin, Vid behovsbehandling av angina.



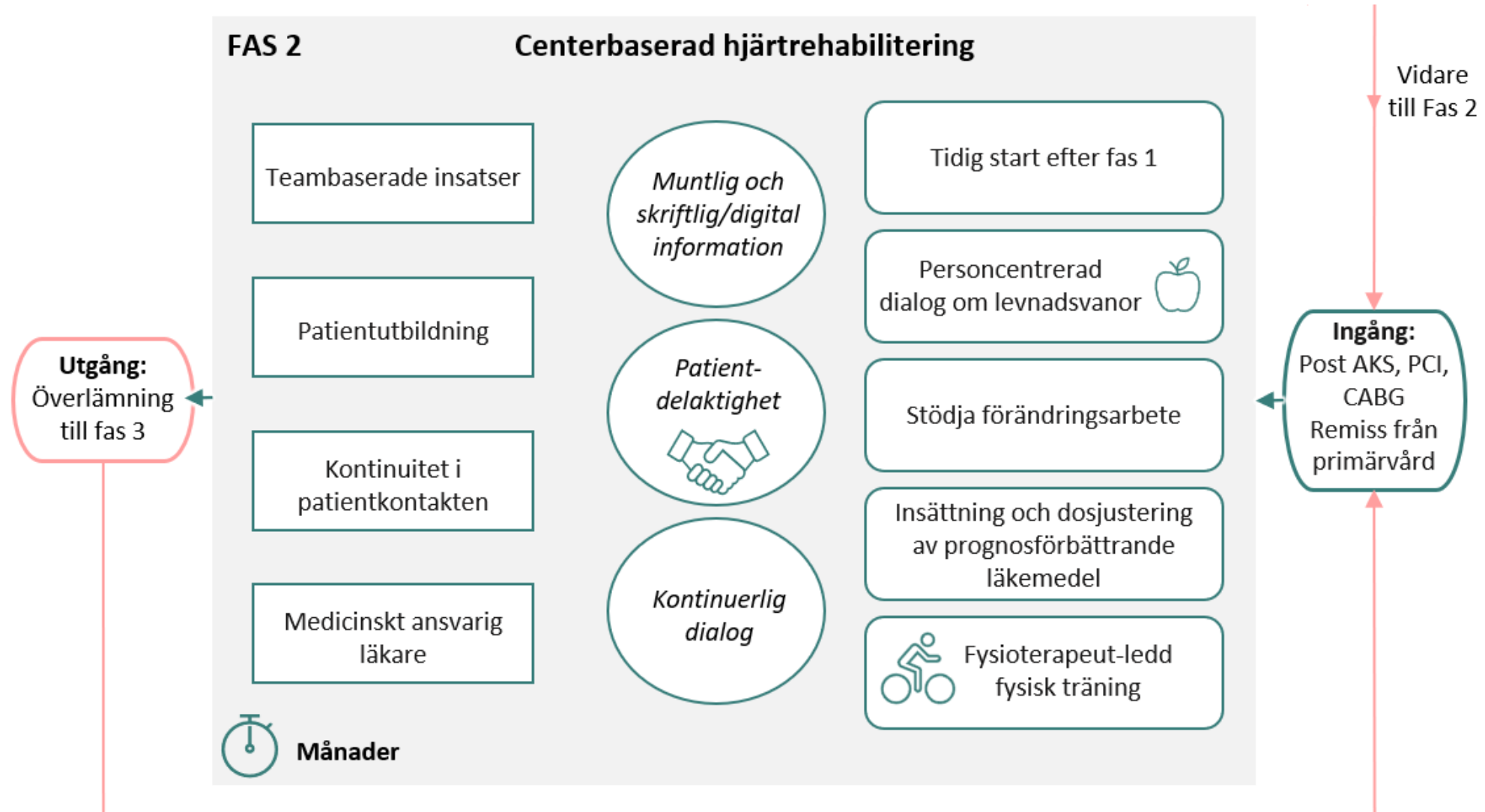
Fas 1 – På vårdavdelning



Fas 1 – På vårdavdelning

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

Fas 2 – Centerbaserad hjärtrehabilitering



Fas 2 - Patienter

Patienter med akut koronart syndrom

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

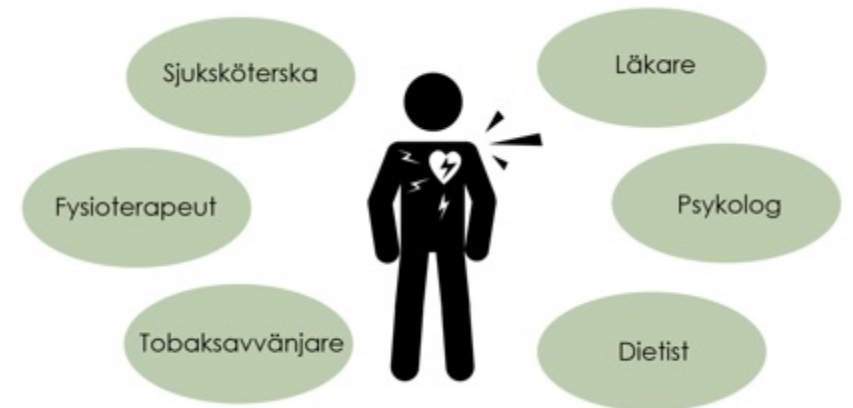


Patienter med kronisk kranskärslsjukdom, utan akut vårdtillfälle på sjukhus

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

Personal och organisation

- ❑ För att ge en optimal behandling behövs **multiprofessionella hjärtrehabiliteringsteam**
- ❑ Varje enhet bör ha en **medicinskt ansvarig läkare**
- ❑ Personal som arbetar inom hjärtrehabilitering rekommenderas vara utbildade i **samtalsmetodik**, exempelvis motiverande samtalsmetodik (MI).
- ❑ **Minst en** i teamet bör ha utbildning i **kvalificerad tobaksavvänjning**
- ❑ **Samtliga** professioner som har patientnära arbete inom hjärtrehabilitering bör vara **utbildade i S-HLR**.



Personal och organisation

- ❑ Det uppmuntras till att ge sjuksköterskor **individuell behörighet** (i.e. delegering) att justera doseringen för blodtrycksläkemedel och lipidsänkande läkemedel.
- ❑ **Regelbundna schemalagda ronder** rekommenderas, där enskilda patientärenden kan diskuteras i teamet.
- ❑ **Regelbundna team-möten**, för att t.ex. diskutera arbetsfördelning, behandlingskvalitet och förbättringsarbete samt för att förstärka team-arbetet, rekommenderas också.
- ❑ **Alla** hjärtrehabiliteringsenheter **bör rapportera** till det svenska sekundärpreventiva kvalitetsregistret **SEPHIA**.
- ❑ Varje hjärtrehabiliteringsenhet rekommenderas **kontinuerligt följa** sina SEPHIA-resultat och använda dessa för utveckling av verksamheten och kvalitetsförbättrande åtgärder.

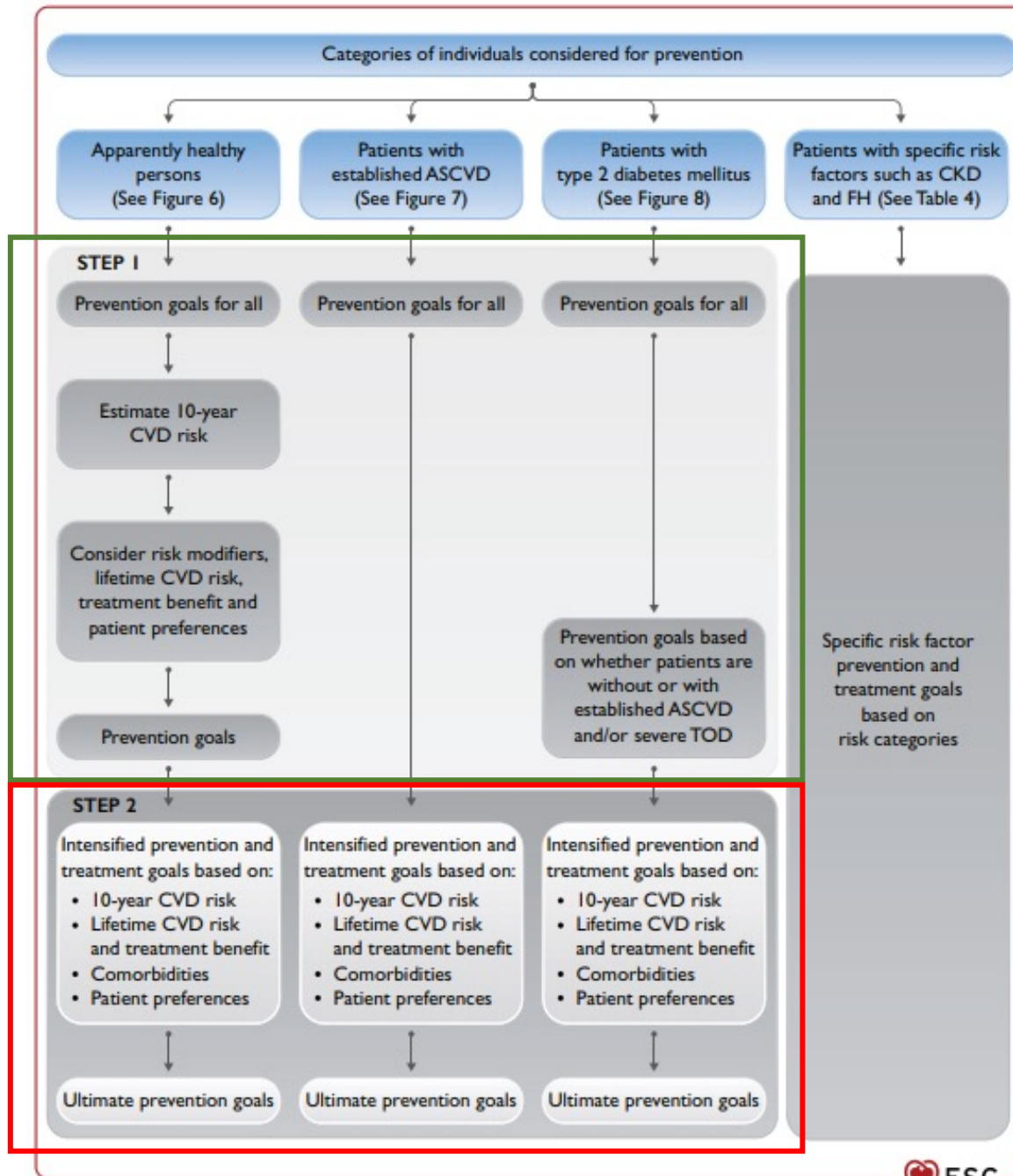
Individualiserad bedömning och målsättning för varje patient

- ❑ För patienter som varit ineliggande för AKS eller revaskularisering, bör en **första bedömning företrädesvis ske inom 1–2 veckor** och senast 4 veckor efter utskrivning.
- ❑ Vid första besök hos sjuksköterska och/eller läkare bör **individuella mål** diskuteras, och de mest angelägna målen lyftas fram i samråd med patienten.
- ❑ Patienten bör ges **skriftliga/digitala kopior på sina värden, läkemedelslista och vilka mål som bör eftersträvas**, med en tydlig plan för hur detta kan göras.
- ❑ Identifierade och förändringsbara riskfaktorer, målvärden och läkemedelsbehandling bör **följas upp**.

Individualiserad bedömning och målsättning för varje patient

- ❑ Det uppmuntras till **flexibilitet och utveckling avseende kontaktformer** för att bemöta patienters olika behov och omständigheter.
- ❑ Sträva efter att patienten får **träffa samma vårdgivare** under hela behandlingstiden.
- ❑ Förutsättningar för patienten att uppnå sina behandlingsmål kan förbättras genom att vårdpersonal **arbetar personcentrerat**.
- ❑ **Närstående** kan med fördel **delta vid besök** på hjärtrehabiliteringsenheten.

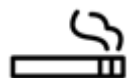
2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice



Fysisk
aktivitet



Tobak



Vikt och
midjemåt



Matvanor

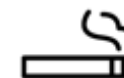


Alkohol-
vanor



Levnadsvanor – de största förändringarna

- Strukturerad bedömning - skattningsinstrument
 - Tobak
 - Alkohol
- Minst en i teamet bör ha utbildning i kvalificerad tobaksavvänjning
- Rutin för remittering till enheter med specialistkompetens
 - Alkohol – tobaksavvänjning – dietist - överviktsenhet
- Bilagor
- För detaljerade råd om levnadsvanor hänvisas till:
[Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling](#)



Frågor om dina levnadsvanor

Här ser du några frågor som ska hjälpa oss att förstå dina vanor. Svara på frågorna. Välj det svar som är vanligast för dig. Markera bara ett svar för varje fråga.

Tobak

1. Röker du?

- Nej, jag har aldrig varit rökare
- Nej, jag slutade röka för mer än 6 månader sedan
- Nej, jag slutade röka för mindre än 6 månader sedan
- Ja, jag röker, men inte varje dag
- Ja, jag röker 1-9 cigaretter varje dag
- Ja, jag röker 10-19 cigaretter varje dag
- Ja, jag röker fler än 19 cigaretter varje dag



2. Snusar du?

- Nej, jag har aldrig varit snusare
- Nej, jag slutade snusa för mer än 6 månader sedan
- Nej, jag slutade snusa för mindre än 6 månader sedan
- Ja, jag snusar men inte varje dag
- Ja, jag snusar 1-3 dosor varje vecka
- Ja, jag snusar 4-6 dosor varje vecka
- Ja, jag snusar fler än 6 dosor varje vecka



Alkohol – starköl, vin och sprit

1. Hur många glas alkohol dricker du varje vecka?

- Inga alls (eller mindre än 1 glas varje vecka)
- 1-4 glas varje vecka
- 5-9 glas varje vecka
- 10-14 glas varje vecka
- fler än 14 glas varje vecka

– Hur mycket är ett glas?



2a. ♀ Kvinna – Hur ofta dricker du 4 glas, eller mer, vid samma tillfälle?

- Aldrig
- Mer sällan än 1 gång varje månad
- Varje månad
- Varje vecka
- Varje dag eller nästan varje dag



2b. ♂ Man – Hur ofta dricker du 5 glas, eller mer, vid samma tillfälle?

- Aldrig
- Mer sällan än 1 gång varje månad
- Varje månad
- Varje vecka
- Varje dag eller nästan varje dag



AUDIT

Här är ett antal frågor om Dina alkoholvanor

Vi är tacksamma om Du besvarar dem så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för Dig.

Med ett "glas" menas:

Hur gammal är du? <input type="text"/> år	Man <input type="checkbox"/>	Kvinna <input type="checkbox"/>
1. Hur ofta dricker Du alkohol?	Aldrig <input type="checkbox"/> 1 gång i månaden eller mer sällan <input type="checkbox"/>	2-4 gånger i månaden <input type="checkbox"/> 2-3 gånger i veckan <input type="checkbox"/> 4 gånger/vecka eller mer <input type="checkbox"/>
2. Hur många "glas" (se exempel) Dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol?	1 - 2 <input type="checkbox"/>	3 - 4 <input type="checkbox"/> 5 - 6 <input type="checkbox"/> 7 - 9 <input type="checkbox"/> 10 eller fler <input type="checkbox"/>
3. Hur ofta dricker Du sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/> Varje månad <input type="checkbox"/> Varje vecka <input type="checkbox"/> Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
4. Hur ofta under det senaste året har Du inte kunnat sluta dricka sedan Du börjat?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/> Varje månad <input type="checkbox"/> Varje vecka <input type="checkbox"/> Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
5. Hur ofta under det senaste året har Du låtit bli att göra något som Du borde för att Du drack?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/> Varje månad <input type="checkbox"/> Varje vecka <input type="checkbox"/> Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
6. Hur ofta under senaste året har Du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/> Varje månad <input type="checkbox"/> Varje vecka <input type="checkbox"/> Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
7. Hur ofta under det senaste året har Du haft skuld känslor eller samvetsförebräelser på grund av Ditt drickande?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/> Varje månad <input type="checkbox"/> Varje vecka <input type="checkbox"/> Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
8. Hur ofta under det senaste året har Du druckit så att Du dagen efter inte kommit ihåg vad Du sagt eller gjort?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/> Varje månad <input type="checkbox"/> Varje vecka <input type="checkbox"/> Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
9. Har Du eller någon annan blivit skadad på grund av Ditt drickande?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/> Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>
10. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över Ditt drickande eller antytt att Du borde minska på det?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/> Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>

Översatt och bearbetat av prof. Hans Biegman, Karolinska Institutet, Stockholm

Har Du besvarat alla frågor? - Tack för Din medverkan!



Vinsterna med rökstopp för rökare med hjärtkärlsjukdom är oomtvistade och överträffar som regel all annan behandling. Rökstopp kan till exempel nästan halvera risken att dö efter en hjärtinfarkt. Adekvat beteende- och läkemedelsstöd kan vara avgörande för att stödja rökande patienter att förbli rökfria efter hemkomst från den akuta sjukhusvistelsen. Genom strukturerat omhändertagande av rökande patienter, med adekvat användning av evidensbaserade metoder för rökavvänjning, kan man bidra till att försöka öka andelen rökfria hjärtpatienter i Sverige.

Fysisk
träning



Läkemedel



Lipider



Blodtryck



Diabetes



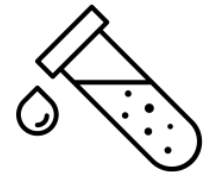
Fysisk träning inom hjärtrehabilitering

- Inledande bedömning hos fysioterapeut
 - **Inom 1-2 veckor** (4 veckor om CABG)
 - Test av **fysisk kapacitet** och **muskelstyrka** (pre-exercise screening)
- Fysiskt träningsprogram
 - Individuellt anpassat träningsprogram
 - **Börja tidigast möjligt** efter den inledande bedömningen
 - Bör vara **minst 3 månader** (SEPHIA: min 18 ggr under max 4 månader)
 - Hjärtrehab center – primärvård – distans
 - Kompletteras med egenträning, men egenträning ersätter inte handledd träning
- Avslutande bedömning hos fysioterapeut
 - Test av fysisk kapacitet
 - FaR



Blodtryck, lipider, diabetes

- Upptitrera – undvika fördröjning – välja rätta läkemedel
 - Delegering till ssk
 - Tydliga PM med behandlingstrappor
 - Välja prognosförbättrande diabetesläkemedel
 - Regelbundna ronder
- Mäta / följa
 - LDL: Provtagning efter varje upptitrering, inte vänta på nästa besök
 - BT: Öka användningen av hemmablodtryck och 24-timmars blodtryck
 - Diabetes: OGTT



Psykosocialt
stöd



Sömnvanor



Patient-
utbildning



Sex och
samlevnad



Försäkrings-
medicin



Överlämning till primärvård

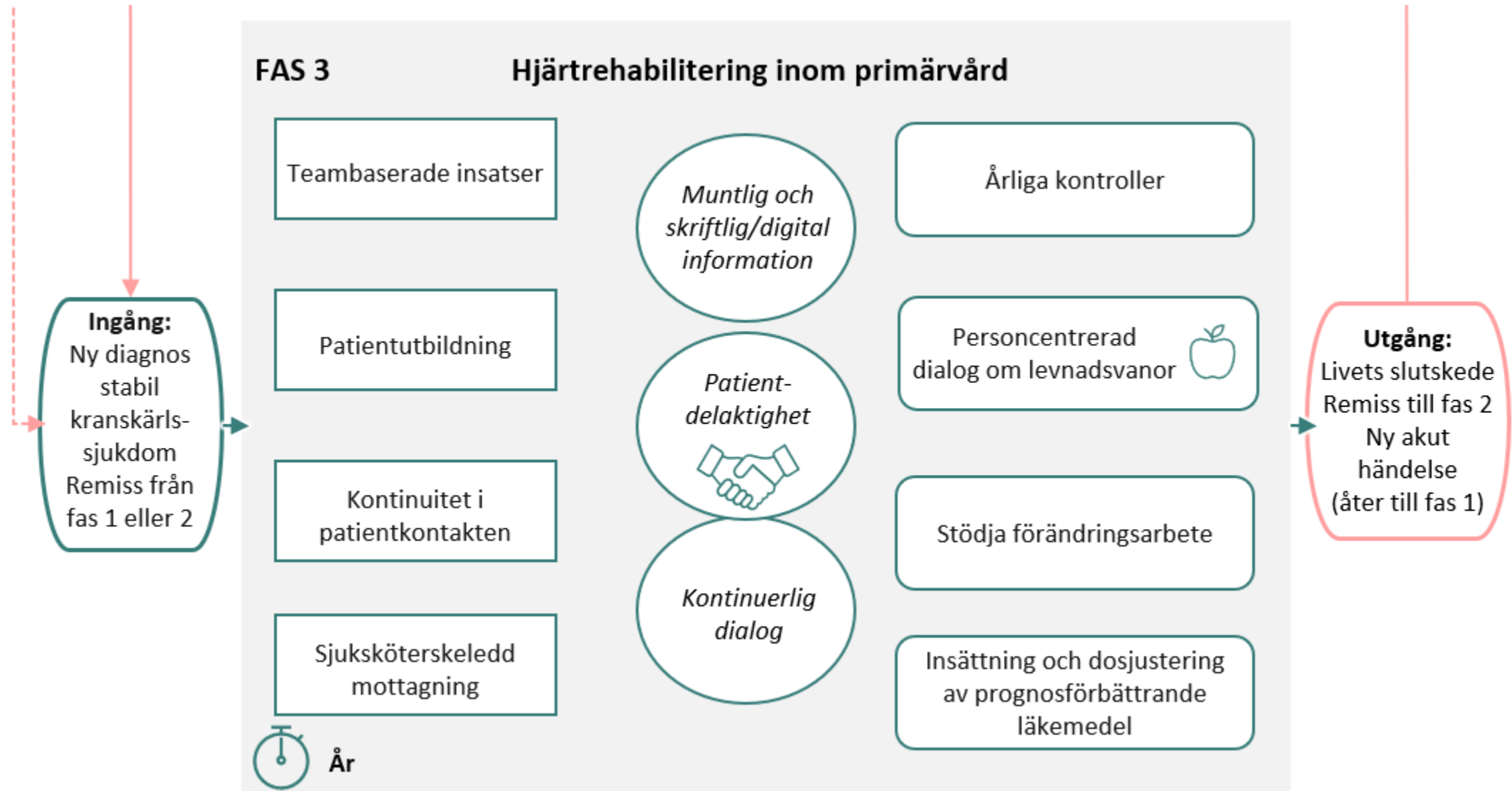
I samband med överlämnande till primärvården bör följande poängteras:

- Aktuellt och tidigare tobaksbruk, eventuella åtgärder som genomförts.
- Patientens fysiska kapacitet och rekommendationer om fortsatt fysisk träning.
- Individuella målvärden för LDL-kolesterol, blodtryck och glukos/HbA1c, samt i vilken grad dessa målvärden uppnåtts.
- BMI och midjemått samt hur bra patienten lyckats uppnå eller bibehålla sina mål.
- Eventuella interventioner och uppnådda resultat i strävan mot hälsosammare matvanor.
- Insatta läkemedel samt planering för utsättning av eller fortsatt behandling med trombocythämmare.
- Eventuella avsteg från rekommenderad behandling.
- Uppgift om andra planerade eller önskvärda åtgärder som kan utföras i primärvården.



Samtidigt som ett individualiserat förhållningssätt bör ligga till grund för författande av remiss till primärvård, kan en standardiserad/vägledande mall för överlämnandet vara till nytta, så att inga komponenter glöms bort.

Fas 3 – Långsiktig uppföljning inom primärvård



Primärvård - Specialistvård



En patient med
kranskärslsjukdom
befinner sig i
primärvården **90 %**
av tiden !

Fas 3 – Långsiktig uppföljning inom primärvård

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

Kortversioner

8. Rekommendationer fas 2 – kortversion

	Gör vi redan	Kan vi förbättra	Behöver vi inleda
ORGANISATION OCH PERSONAL			
Alla patienter med genomgången AKS (hjärtinfarkt eller instabil angina) och/eller revaskularisering (CABG eller PCI) erbjuds deltagande i centerbaserat hjärtrehabiliteringsprogram hos oss.			
Programmet startar tidigt efter utskrivning, företrädesvis inom 1–2 veckor och senast 4 veckor efter utskrivning.			
Programmet varar minst 3–6 månader.			
Även patienter med kranskärlssjukdom, utan föregående AKS eller revaskularisering, erbjuds tillgång till hjärtrehabiliteringsprogram hos oss inom första året efter att diagnos har satts.			
Vi erbjuder strukturerat och multiprofessionellt omhändertagande, där läkare, sjuksköterskor och fysioterapeuter, samt övriga professioner med viktiga stödfunktioner (i.e. psykologer/kuratorer, tobaksavvänjare och dietister) arbetar tillsammans med patienterna utifrån ett personcentrerat förhållningssätt, baserat på det individuella behovet.			
Vår hjärtrehabiliteringsenhet har en medicinskt ansvarig läkare.			
Personal som arbetar inom hjärtrehabilitering hos oss har utbildning i samtalsmetodik, exempelvis motiverande samtalsmetodik (MI).			
Minst en i teamet har utbildning i kvalificerad tobaksavvänjning.			
Samtliga professioner som har patientnära arbete hos oss är utbildade i S-HLR.			
Våra sjuksköterskor har individuell behörighet (i.e. delegering) att justera doseringen för blodtrycksläkemedel och lipidsänkande läkemedel.			
Vi har regelbundna schemalagda ronder, där enskilda patientärenden diskuteras i teamet.			
Vi har regelbundna team-möten, för att t.ex. diskutera arbetsfördelning, behandlingskvalitet och förbättringsarbete samt för att förstärka teamarbetet.			
Vi rapporterar till det svenska sekundärpreventiva kvalitetsregistret SEPHIA.			
Vi följer kontinuerligt våra SEPHIA-resultat och använder dessa för utveckling av verksamheten och kvalitetsförbättrande åtgärder.			
Vid första besök hos sjuksköterska och/eller läkare (inom 1–2 veckor) diskuteras individuella mål för riskfaktorer, levnadsvanor samt läkemedelsbehandling och de mest angelägna målen lyfts fram i samråd med patienten.			
Patienten ges skriftliga/digitala kopior på sina värden, läkemedelslista och vilka mål som bör eftersträvas, med en tydlig, tillsammans med patienten författad plan för hur detta kan göras.			

	Gör vi redan	Kan vi förbättra	Behöver vi inleda
Identifierade och förändringsbara riskfaktorer, målvärden, och läkemedelsbehandling följs upp.			
Vi erbjuder flexibilitet avseende kontaktform (fysiska besök, telefonkontakter, digitala kontakter).			
Vi strävar efter kontinuitet i vårdgivarkontakten under hela behandlingstiden.			
Vi erbjuder närstående delta vid besök på hjärtrehabiliteringsenheten.			
För patienter som inte pratar svenska, används auktoriserad tolk.			
LEVNADSVANOR			
Tobak			
Vid första kontakt följs tobaksavvänjningsåtgärder, som initierats under vårdtiden, systematiskt upp.			
Dagligrökare erbjuds kvalificerat rådgivande samtal för att förändra sina tobaksvanor.			
Dagligsnusare erbjuds rådgivande samtal.			
Vid behov remitteras patienter till diplomerad tobaksavvänjare inom primärvården eller till specialiserad tobaksavvänjningsenhet.			
Nikotinersättningsmedel samt behandling med vareniklin eller bupropion erbjuds.			
Fysisk aktivitet			
Patienter erhåller rekommendationer avseende ökad fysisk aktivitet och minskat stillasittande.			
Varje patient får dessutom individuellt utformade råd om fysisk aktivitet av fysioterapeut efter att ha utvärderats avseende fysisk kapacitet.			
Matvanor			
Kartläggning av matvanor ingår i det sekundärpreventiva arbetet hos oss.			
Patienter som har ohälsosamma matvanor erbjuds kvalificerat rådgivande samtal för att förändra sina levnadsvanor. Vid behov konsulteras en dietist.			
Alkoholvanor			
Kartläggning av alkoholvanor ingår i det sekundärpreventiva arbetet hos oss.			
Rådgivande samtal ges till patienter som har ett riskbruk/skadligt bruk av alkohol. Vid behov remitteras patienterna till enheter med specialistkompetens.			
Vikt och midjemått			
BMI används för att definiera kategorier av kroppsvikt (undervikt, normalvikt, övervikt och fetma). Mätning av midjemått används också.			
Patienter med normalt BMI och midjemått uppmuntras till att behålla sin kroppsvikt, medan patienter med övervikt, fetma och/eller bukfetma uppmuntras till viktneidgång.			
I vissa fall skickas remiss till dietist eller specialiserad överviktsenhet.			

Matnyttiga bilagor

LATHUND för nikotinberoende*

Hur snabbt efter uppvaknandet röker du?

	Poäng
<input type="checkbox"/> Inom 5 minuter	3
<input type="checkbox"/> 5–30 minuter	2
<input type="checkbox"/> 31–60 minuter	1
<input type="checkbox"/> Mer än en timme	0

Hur många cigaretter röker du per dag?

	Poäng
<input type="checkbox"/> 31 eller fler	3
<input type="checkbox"/> 21–30	2
<input type="checkbox"/> 11–20	1
<input type="checkbox"/> <10	0

Totalsumma: 4 poäng och mindre

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

Totalsumma: 5–6 poäng

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

Screening för oro och nedstämdhet

Under de senaste 14 dagarna, hur ofta har du besvärats av följande problem?

	Inte alls	Flera dagar	Mer än hälften av dagarna	Nästan varje dag
1) Känt dig nervös, ängslig eller väldigt stressad	0	1	2	3
2) Inte kunnat sluta oroa dig eller kontrollera din oro	0	1	2	3
3) Lite intresse eller glädje i att göra saker	0	1	2	3
4) Känt dig nedstämd, deprimerad eller känt att framtiden ser hopplös ut	0	1	2	3

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

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

Öka	Byt		Begränsa
Vardaglig fysisk aktivitet	Rulltrappa Hiss	▶ Trappa	Långvarigt stillasittande
Konditionen	Bil	▶ Allmänna kommunikationsmedel Cykel Gå	Bilåkande
Muskelstyrkan	Sittande	▶ Stå (t ex ståskrivbord)	Tv-tittande Skärmtid

	Målvärde	/	/	/	/
Tobak	Tobaksfri				
Blodtryck övre gräns					
<70 år	<130 mmHg				
≥70 år	<140 mmHg				
Blodtryck nedre gräns	<80 mmHg				
Totalt kolesterol	<4,5 mmol/l				
LDL kolesterol (det onda kolesterolet)	<1,4 mmol/l				
HDL kolesterol (det goda kolesterolet)	Män >1,0 mmol/l Kvinnor >1,2 mmol/l				
Triglycerider	<1,7 mmol/l				
Blodsocker	≤6,0 mmol/l				
HbA1c (långtidsblodsocker)	Ej diabetes <42 mmol/mol Diabetes 53–69 mmol/mol				
Midjemått	Män <94 cm ökad risk ≥102 cm Kvinnor <80 cm ökad risk ≥ 88 cm				
BMI	≤25 kg/m ² ökad risk ≥ 30 kg/m ²				
Vikt					

Hjärtmottagning xxx

Tel. xxx

Telefontid kl. xx:xx-xx:xx

Namn: _____

Min sjuksköterska är: _____

Hälsokort kan skickas
med patienten för ökad
delaktighet i vården

Vårdförlopp, vårdprogram och riktlinjer

Vårdförlopp, vårdprogram och riktlinjer tas fram inom Nationellt system för kunskapsstyrning. Läs mer om kunskapsstyrningen på webbplatsen www.kunskapsstyrningvard.se

Vårdförlopp

- [Diabetes med hög risk för fotsår](#)
- [Grav hörselnedsättning](#)
- [Hjärtsvikt - nydebuterad](#)
- [Höftledsartros - primärvård](#)
- [Höftledsartros - proteskirurgi](#)
- [IBD](#)
- [Knäledsartros](#)
- [Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom](#)
- [Kritisk benischemi](#)
- [Kroniskt obstruktiv lungsjukdom \(KOL\)](#)
- [Osteoporos - sekundärprevention efter fraktur](#)
- [Palliativ vård](#)
- [Rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete - generisk modell för kliniskt arbete](#)
- [Reumatoid artrit \(RA\)](#)
- [Reumatoid artrit - etablerad](#)
- [Schizofreni - förstagångsinsjuknande](#)
- [Schizofreni - fortsatt vård och stöd](#)
- [Sepsis](#)
- [Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering](#)

Vårdprogram

- [Distal radiusfraktur](#)
- [Kronisk njursjukdom](#)
- [Levnadsvanor](#)
- [Obstruktiv sömnapné hos vuxna](#)
- [Tumbasartros](#)
- [Venös sjukdom i benen - varicer och venösa bensår](#)

Riktlinjer

- [Anterior icke-arteritisk ischemisk optikusneuropati \(NAION\)](#)
- [Bakteriell endoftalmit](#)
- [Fosterdiagnostik](#)
- [Handläggning i graviditetsvecka 41](#)
- [Katarakt](#)
- [Narkolepsi](#)
- [Periokulär talgörtelcancer](#)
- [Periorbital nekrotiserande fasciit](#)
- [Periorbitala och orbitala infektioner](#)
- [Screening och behandling av uveit vid juvenil idiopatisk artrit](#)
- [Sekundärprevention vid kranskärslsjukdom fas 1 - på vårdavdelning](#)
- [Sekundärprevention vid kranskärslsjukdom fas 2- centerbaserad hjärtrehabilitering](#)
- [Sekundärprevention vid kranskärslsjukdom fas 3 - långsiktig uppföljning inom primärvård](#)
- [Stroke - Dysfagi](#)
- [Stroke - Ny rehabiliteringsbedömning](#)
- [Stroke - Post-stroke-checklistan](#)
- [Stroke - Reperfusionsterapi](#)
- [Stroke - Slutning av PFO](#)
- [Stroke - Tidig understödd utskrivning](#)

What next?

SWEDEHEART

CenterID:

SEPHIA

Struktur- och processvariabler				
Följande professioner ingår i vårt hjärtrehabiliteringsteam:				
Sjuksköterskor	Ja	Nej	Okänt	
Fysioterapeuter	Ja	Nej	Okänt	
Läkare	Ja	Nej	Okänt	
Kurator	Ja	Nej	Okänt	
Psykolog	Ja	Nej	Okänt	
Dietist	Ja	Nej	Okänt	
Vår hjärtrehabiliteringsenhet har en medicinskt ansvarig läkare.	Ja	Delvis	Nej	Okänt
Våra sjuksköterskor har individuell behörighet (i.e. delegering) att justera doseringen för lipidsänkande läkemedel.	Ja	Delvis	Nej	Okänt
Våra sjuksköterskor har individuell behörighet (i.e. delegering) att justera doseringen för läkemedel för högt blodtryck.	Ja	Delvis	Nej	Okänt
Personal som arbetar inom hjärtrehabilitering hos oss har utbildning i samtalsmetodik.	Ja	Delvis	Nej	Okänt
Minst en i teamet har utbildning i kvalificerad tobaksavvänjning.	Ja	Delvis	Nej	Okänt

TACK!

<https://nationelltklinisktkunskapsstod.se/vardprogramochvardforlopp>