

Ny vårdmodell för prevention efter akut kranskärlssjukdom

Joep Perk, senior professor i hälsovetenskap, Linnéuniversitetet, Kalmar
 ● joep@ltkalmar.se

Gunilla Burell, med dr, institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet

Kristina Hambraeus, överläkare, kardiologkliniken, Falu lasarett, Falun

Catrin Henriks-son, universitetslektor, institutionen för medicinska vetenskaper, Uppsala universitet

Roland Carlsson, överläkare, PCI-enheten, Centralsjukhuset, Karlstad

Pelle Johansson, Riksförbundet HjärtLung, Stockholm

Efter flera år av en välfungerande eftervård för patienter med hjärtinfarkt har förändringar i det akuta omhändertagandet, med effektiva och allt kortare vårdtider, påverkat förutsättningarna för hjärtrehabiliteringen i en mindre önskvärd riktning. Riktlinjerna är tydliga: hjärtrehabilitering och stöd för att förändra ohälsosamma levnadsvanor ska erbjudas alla [1]. Men hur väl fungerar den sekundärpreventiva vården? Data från SEPHIA-registret [2] och EUROASPIRE-IV-studien [3] visar att alltför få patienter uppnår målen för fysisk aktivitet, kostvanor och tobaksfrihet eller målvärdena för blodtryck och blodfetter.

Har vårdtiden blivit alltför kort för att sätta igång en eftervård som bidrar till mera hälsosamma levnadsvanor? Är det för mycket fokus på den akuta vården med PCI (perkutan kranskärlsintervention)? I en rad studier såsom OASIS-V [4] har det framkommit att patienter som inte lyckas med att lägga om ohälsosamma levnadsvanor har en nästan fyrfaldigt ökad risk att drabbas av en ny hjärtinfarkt, stroke eller död redan under det första halvåret efter kranskärls-ingreppet. Detta i jämförelse med patienter som har blivit tobaksfria, motionerar regelbundet och har ändrat sina kostvanor.

SPICI-studien (Study of patient information after coronary intervention) av 1 073 svenska patienter efter PCI har visat samma utfall [5]. Flera områden har identifierats där förbättringar skulle behövas. Patienter och närstående behöver bättre kunskap om kornarsjukdomen och större insikt i varför och hur patienterna kan ändra sina vanor. Professionen inom vården behöver bli bättre på att förmedla denna kunskap och effektivare i att stödja patienten i arbetet att lägga om ohälsosamma levnadsvanor. Man behöver särskilt förbättra stödet under det första halvåret efter insjuknandet. Genom utvärdering och justering av behandlingen med läkemedel kan man bidra till att fler patienter når målvärdena för blodtryck och blodfetter. Slutligen behöver patienterna även förberedas bättre inför uppföljningen inom primärvården.

Mot denna bakgrund har Kardiologföreningens arbetsgrupp för levnadsvanor och arbetsgruppen för SPICI-studien tillsammans med Riksförbundet HjärtLung tagit fram en ny vårdmodell som kan svara emot kraven på en effektiv prevention/rehabilitering vid kranskärlssjukdom, en individuellt anpassad modell som tar hänsyn till patientens kunskap och motivation.

Modellen bör ses som ett stöd till vårdteamet, en grund för ett angeläget förbättringsarbete inom den sekundärpreventiva eftervården, givetvis med hänsyn tagen till lokala förhållanden och resurser. De viktigaste komponenterna är en tidig start av eftervården (redan 1-2 veckor efter utskrivningen), ökat engagemang av närstående och en individuellt anpassad

målsättning med fem delmål. Modellen koordineras av en sjuksköterska med specialkompetens inom det preventiva området.

Syfte

Modellen syftar till att påverka patienternas hälsobeteende genom en saklig och entydig förmedling av kunskap, teambaserat stöd för konkreta beteendeförändringar under de första 6 månaderna efter akut kranskärlssjukdom och/eller PCI samt återföring av de uppnådda resultaten till patienten vid återbesök efter 6-12 månader efter insjuknandet.

För vem?

Förslaget är i första hand skapat för patienter i alla åldrar efter en akut kranskärlssjukdom men lämpar sig även för andra grupper hjärt-kärlpatienter där hälsosamma levnadsvanor är viktiga.

Steg 1: Utskrivning

Utskrivningen efter det akuta vårdtillfället bör helst ske med läkare och sjuksköterska tillsammans. Om detta av praktiska skäl inte är möjligt rekommenderas att sjuksköterskan träffar patienten vid ett separat tillfälle före hemgång. Det är viktigt att närstående får en möjlighet att delta i utskrivningssamtalet.

Vid utskrivningen informeras patienten och dennes närstående om den planerade uppföljningen un-

HUVUDBUDSKAP

- Kardiologföreningens arbetsgrupp för levnadsvanor och arbetsgruppen för SPICI-studien har tillsammans med Riksförbundet HjärtLung tagit fram en ny vårdmodell för prevention/rehabilitering vid kranskärlssjukdom.
- I modellen ingår:
 - Kunskap hos staben för perkutan kranskärlsintervention (PCI) och övriga professioner om att preventionen börjar redan vid diagnosen.
 - Utskrivning företrädesvis tillsammans med patientens närstående.
 - Ett besök hos sjuksköterskan inom 1-2 veckor med personlig hälsoplan/individuell preventions- och rehabiliteringsplanering, även här med närstående.
 - Hälsoplanen innehåller personliga mål/fem kvalitetsdelmål, för rökning, träning, kost, blodtryck och blodfetter.
 - Tillgång till utbildningsmaterial/webbaserade plattformar och övriga delar i ett hälsofrämjande preventions- och hjärtrehabiliteringsprogram.
 - Avslutande besök hos läkare och sjuksköterska efter 6-12 månader med avrapportering till kvalitetsregistret SEPHIA (sekundärpreventionsregistret).

der de kommande 6 månaderna där sjuksköterskan kommer att vara patientens personliga vägledare. För att få en rimlig nivå på informationen kan den begränsas till tre områden: 1) Levnadsvanor: Vilken är den viktigaste riskfaktorn i beteendet som patienten bör ändra (rökning, motion, kost)? 2) Vad ska man göra vid förnyade symtom [6]? 3) Vilka läkemedel kommer att behövas och varför? Det är viktigt att samtalet baseras på partnerskap samt patientens aktiva medverkan och egna idéer och inte enbart på information.

Vid utskrivningen bokas tid för återbesök hos sjuksköterskan samt ett individuellt besök hos fysioterapeut för att komma igång med träning inom hjärtrehabiliteringen med så tidig start som möjligt efter hemgång. Här kan det vara en fördel om fysioterapeuten träffar patienten redan under vårdtiden.

Vid utskrivningen eller redan under vårdtiden ska en enkel broschyr (framtagen av Riksförbundet Hjärt-Lung i samverkan med Kardiologföreningens arbetsgrupp) erbjudas och patienten/närstående ska kunna hitta fördjupad information på Riksförbundet Hjärt-Lungs webbplats.

Steg 2: Planeringsbesök efter 1-2 veckor

Vid det första återbesöket hos sjuksköterskan, 1-2 veckor efter utskrivningen, går man igenom broschyren för att förstärka budskapet om det egna beteendets betydelse för hälsan. Vid besöket planeras, tillsammans med patienten och närstående, vilken typ av prevention och rehabilitering som bör/kan erbjudas. Patienten informeras om att det kommer att röra sig om en 6-månadersperiod med råd och stöd från hela vårdteamet i olika former, såsom fysisk träning i grupp, rökavvänjning, rådgivning om hälsosamma matvanor och eventuellt deltagande i en grupp för stresshantering. Det bör vara samma sjuksköterska som träffar patienten vid de uppföljande tillfällena. Då kan man säga: »Jag kommer om du vill att vara din hälsocoach under de närmaste 6 månaderna.«

Individuell målsättning. Vad har patienten för personliga mål? Använd ett personcentrerat förhållningssätt i mötet med patienten. Lyssna på patientens berättelse, etablera partnerskapet och journalför överenskommelsen i den reviderade hälsoplanen. Det är särskilt värdefullt att följa upp patientens eventuella egna förklaringsmodeller till sin kranskärslssjukdom och erfarenheten av vården dittills. Vilka råd och vilken information har man fått under vårdtiden? Hur är det aktuella välbefinnandet och klarar patienten att hantera sina symtom?

Utifrån berättelsen formulerar patienten och sjuksköterskan tillsammans långsiktiga mål och kortsiktiga delmål. Fem, av professionen prioriterade och evidensbaserade, områden av betydelse med delmål är tobaksfrihet, fysisk aktivitet/träning, hälsosamma kostvanor samt undvikande av riskbruk av alkohol, blodtryck under 140/90 mmHg och LDL-kolesterol under 1,8 mmol/l (Fakta 1). Målsättningen för fysisk aktivitet/träning och kostvanor baseras på Socialstyrelsens rekommendationer. Journalför den individuella preventionsplanen och skriv gärna ett kontrakt i form av en hälsoplan gällande de levnadsvanor som patienten

FAKTA 1. De fem delmålen i den individuella preventionsplaneringen

- Ingen användning av tobak.
- Fysisk aktivitet enligt riktlinjer från Socialstyrelsen [7]: Mer än 150 minuters fysisk aktivitet i veckan på en måttlig intensitetsnivå alternativt mer än 75 minuters fysisk aktivitet i veckan på en hög intensitetsnivå.
- Matvanor enligt riktlinjer från Socialstyrelsen [8]: 9-12 poäng på checklisten för matvanor.
- Blodtryck <140/90 mm Hg.
- LDL-kolesterol <1,8 mmol/l.

ten väljer att arbeta med. Kontraktet bör signeras både av patienten och sjuksköterskan.

Vid det initiala besöket hos fysioterapeuten testas patientens arbetskapacitet och muskelfunktion i syfte att kunna planera adekvat träning för varje individ inom hjärtrehabiliteringen. På detta sätt kommer den aktiva interventionsfasen igång inom 1-2 veckor efter insjuknandet, vilket är av stor vikt för ett lyckat resultat; fördröjning bör helst undvikas.

Steg 3: Besök efter 6-10 veckor

6-10 veckor efter utskrivningen kallas patienten till ett uppföljande hälsobesök hos läkare och/eller sjuksköterska. Vid detta tillfälle gör patient och läkare/sjuksköterska tillsammans en tillbakablick på vårdförloppet med genomgång och utvärdering av hälsoresultat avseende frisk- och riskfaktorpåverkan. Patienten informeras vidare om resultat från undersökningar samt effekt av läkemedelsbehandling. Eventuella läkemedelsbiverkningar handläggs. Efter besöket dokumenteras eventuella förändringar i hälso- och behandlingsplanen inför 3-månaderskontrollen.

Patienten tränar via hjärtrehabiliteringen under 3-6 månader. Fysioterapeutens insatser kommer att kunna följas upp via de fysioterapeutiska variablerna i SEPHIA som löper parallellt med den övriga rehabiliteringsprocessen.

Steg 4: Hälsouppföljning efter 3-4 månader

3-4 månader efter insjuknandet kallas patienten till ett återbesök hos sjuksköterskan för en första utvärdering av både patientens personliga hälsomål och de fem kvalitetsdelmålen för att bedöma om medicineringen bör justeras eller om andra insatser behövs. Under tiden kan även telefonkontakt vara till stöd. I uppföljningen ingår prov som behövs, mätvärden och att poängtera förbättringar. Man förstärker det patienten lyckats med och framhåller gärna de positiva sidorna av ändrade levnadsvanor.

Steg 5: Slutbesök efter 6 och/eller 12 månader

Ett avslutande besök sker efter 6 och/eller 12 månader. Här är det angeläget att både läkare och sjuksköterska medverkar, och återigen är det viktigt att närstående finns med. Hälsoplanen utvärderas avseende huruvida patienten har uppnått sina personliga mål och kvalitetsdelmålen, varefter patienten - med sin egen reviderade hälsoplan »i handen« - remitteras till primärvårdsläkare för den fortsatta uppföljningen. Man kan

»Den presenterade metoden kan givetvis inte se likadan ut på samtliga svenska sjukhus och bör därför anpassas efter lokala möjligheter och resurser.«

gärna rekommendera patienten att fortsätta i någon form av gruppträning eller andra hälsofrämjande aktiviteter i den egna närmiljön.

Diskussion

Den presenterade metoden kan givetvis inte se likadan ut på samtliga svenska sjukhus och bör därför anpassas efter lokala möjligheter och resurser. I dagsläget har vissa sjukhus valt ett besök hos läkare efter 6-10 veckor, andra föredrar ett besök hos sjuksköterska. Även rutinerna för det avslutande besöket varierar: vissa kliniker väljer ett besök efter ett halvår, men allt fler sjukhus föredrar att erbjuda slutbesöket och överföring till primärvården efter ett år. Självklart bör detta anpassas efter den enskilda patientens vårdbehov. Övergången till primärvården, som redan i dag har svårigheter att klara sina många olika uppdrag, förblir en utmaning. Här avser Kardiologföreningens arbetsgrupp för levnadsvanor att i samverkan med Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) föreslå gemensamma rutiner för en välfungerande överföring till primärvården och därmed säkerställa en långsiktig sekundärprevention.

Vi vill gärna än en gång påpeka att detta policydokument ska ses som ett utgångsläge i ett behövligt kvalitetsarbete och att modellen bygger på vetenskaplig evidens och på aktuella nationella och europeiska riktlinjer. Även om dess tillämpning kommer att skilja sig mellan olika sjukhus anser vi att modellen bör innehålla följande nyckelkomponenter:

- Kunskap hos staben för PCI och övriga professioner om att preventionen börjar redan vid diagnosen.
- Informationsbroschyr och tillgång till Kardiologföreningens och Riksförbundet HjärtLungs webbplats.
- Utskrivning företrädesvis tillsammans med patientens närstående.

- Ett besök hos sjuksköterska inom 1-2 veckor med personlig hälsoplan/individuell preventions- och rehabiliteringsplanering, även här med närstående. Genom den individuella anpassningen bör man skapa en jämlik vård för den enskilda patienten.
- Start av fysisk träning inom hjärtrehabilitering så tidigt som möjligt efter utskrivning.
- Hälsoplanen ska innehålla personliga mål/fem kvalitetsdelmål för rökning, träning, kost, blodtryck respektive blodfetter.
- Tillgång till utbildningsmaterial/webbaserade plattformar och övriga delar i ett hälsofrämjande preventions- och hjärtrehabiliteringsprogram.
- Återbesök efter 6-10 veckor enligt kvalitetsregistret SEPHIA.
- Avslutande besök hos läkare och sjuksköterska efter 6-12 månader.
- Avrapportering till SEPHIA.

Registret SEPHIA, inom ramen för SWEDEHEART, förblir verktyget för kontinuerlig kvalitetssäkring på sjukhus-/kliniknivå. Här ger fempoängsskalan en enkel och pedagogisk metod för att kritiskt granska den egna verksamheten.

Tidsplan

Arbetet med att igångsätta den nya modellen på landets samtliga sjukhus (regionala konferenser) har påbörjats. 2018 planeras SPICI II-studien med syfte att undersöka 1) om den nya modellen har bidragit till att patienten uppnår målsättningen för tobaksfrihet, fysisk aktivitet och kostvanor samt målvärden för blodtryck och blodfetter, 2) om utfallet vad beträffar beteende och riskfaktorer har förbättrats på de 29 sjukhusen som deltog i SPICI I-studien. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.
Citera som: Läkartidningen. 2016;113:EA74

- Kardiologföreningens arbetsgrupp för levnadsvanor: Anna Kiessling (ordförande), Stockholm; Catrin Edström Plüss, Stockholm; Kristina Hambraeus, Falun; Rikard Hedelin, Umeå; Claes Held, Uppsala; Martin Magnusson, Malmö; Lennart Nilsson, Linköping; Anna Norhammar, Stockholm; Joep Perk, Kalmar; Jessica Persson, Karlskrona; Annika Ravn-Fischer, Göteborg; Lars Svennberg, Gävle

- Arbetsgruppen för SPICI-studien: Gunilla Burell, Uppsala; Roland Carlsson, Karlstad; Kristina Hambraeus, Falun; Carin Henriks-son, Uppsala; Pelle Johansson, Stockholm; Joep Perk, Kalmar

REFERENSER

<p>1. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al; European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR); ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies</p>	<p>2. Hambraeus K, Tydén P, Lindahl B. Time trends and gender differences in prevention guideline adherence and outcome after myocardial infarction: data from the SWEDEHEART registry. <i>Eur J Prev Cardiol.</i> 2016;23(4):340-8.</p>	<p>3. Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, et al; EUROASPIRE Investigators. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. <i>Eur J Prev Cardiol.</i> 2016;23(6):636-48.</p> <p>4. Chow CK, Jolly S, Rao-Melacini P, et al. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk</p>	<p>of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. <i>Circulation.</i> 2010;121(6):750-8.</p> <p>5. Perk J, Hambraeus K, Burell G, et al. Study of Patient Information after percutaneous Coronary Intervention (SPICI): should prevention programmes become more effective? <i>EuroIntervention.</i> 2015;10(11):e1-7.</p> <p>6. Vårdguiden. Fakta och råd. Sjukdomar. Ont i bröstet. 2016. http://www.1177.se/</p>	<p>Kalmar-lan/Fakta- och-rad/Sjukdomar/ Ont-i-brustet/</p> <p>7. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Stöd för samtal om matvanor. 2012. http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforsjukdomsforebyggandemetoder/stod-i-arbetet-med-sjukdomsforebyggande-metoder/samtal-om-matvanor.</p>	<p>8. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Stöd för samtal om matvanor. 2012. http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforsjukdomsforebyggandemetoder/stod-i-arbetet-med-sjukdomsforebyggande-metoder/samtal-om-matvanor.</p>
--	--	---	---	---	--