Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Hjärtsvikt

Vårdförloppet inleds vid välgrundad misstanke om nydebuterad hjärtsvikt och avslutas senast efter ställningstagande till andra linjens behandling

REMISS

Bakgrund och överenskommelse om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Som en del i regionernas nationella system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården ingår att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Arbetet stöds av en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner. Syftet med vårdförloppen är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården. Syftet är också att patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling. Vårdförloppen ska kunna omfatta en större del av vårdkedjan, inklusive tidig upptäckt, utredning, behandling, uppföljning och rehabilitering. För några av de första vårdförloppen görs avgränsningar i hur stor del av vårdkedjan de omfattar. Ytterligare delar av vårdkedjan bearbetas och presenteras då framöver.

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Sammanfattning

Hjärtsvikt är ett vanligt, allvarligt och behandlingsbart tillstånd. Underbehandling är vanligt. 200 000 till 300 000 svenskar har hjärtsvikt och dödligheten är hög, i synnerhet inom det första året efter diagnosen. I nuläget finns flera områden i vården vid hjärtsvikt där det finns omotiverade skillnader över landet och mellan patientgrupper. Skillnaderna består i:

- tillgången till och väntetider för ultraljudsundersökning av hjärtat, vilken är avgörande för såväl diagnos som behandling.
- hur snabbt och konsekvent den grundläggande läkemedelsbehandlingen vid hjärtsvikt med nedsatt ejektionsfraktion (HFrEF) (se kapitel 1.4 nedan) introduceras och titreras upp.
- ojämn och bristande tillgång till teambaserade hjärtsviktsmottagningar och till hjärtrehabilitering under ledning av fysioterapeut.
- hur snabbt och konsekvent den uppföljande ultraljudsundersökningen genomförs för dem där en sådan är motiverad, och utifrån denna ställningstagandet till det vi har valt att kalla andra linjens behandling.

Vårdförloppet börjar vid välgrundad misstanke om hjärtsvikt och sträcker sig som längst fram till ställningstagandet till andra linjens behandling. Fokus ligger på de åtgärder som har starkast rekommendationsgrad och där skillnaderna i landet är störst. Varje år insjuknar upp emot 40 000 personer i Sverige med en nyupptäckt hjärtsvikt och vårdförloppet är tillämpligt för majoriteten av dem. Ett fokus i vårdförloppet på att göra rätt från början vid nydebuterad hjärtsvikt får snabbt genomslag på hela populationen på grund av den kraftfulla effekten av bra insatt behandling med minskade sjukhusinläggningar och förbättrade symtom samt minskad dödlighet som följd.

Den övergripande målsättningen med vårdförloppet är att förbättra överlevnad och livskvalitet samt minska behovet av sjukhusinläggningar. Detta kräver att:

- tiden till ultraljudsundersökning kortas.
- tiden till optimal behandling kortas.
- andelen patienter som behandlas vid teambaserade hjärtsviktsmottagningar ökar.
- andelen patienter som får ett individuellt anpassat träningsprogram av fysioterapeut inom hjärtrehabilitering ökar.

Nationellt system för kunskapsstyrning leder det övergripande arbetet med att utveckla vårdförloppen, och detta dokument har utvecklats inom ramen för Nationellt Programområde (NPO) Hjärt- och kärlsjukdomar. Det praktiska arbetet med att ta fram dokumentet genomfördes av Nationell Arbetsgrupp (NAG) vårdförlopp hjärtsvikt utsedd av programområdet. I arbetsgruppen har representanter för såväl specialiserad vård som primärvård ingått liksom för patientorganisationer.

REMISS

Innehållsförteckning

1 Beskrivning av vårdförlopp ... - 3 -
1.1 Om hjärtsvikt ... - 3 -
1.2 Omfattning ... - 4 -
1.3 Vårdförloppets mål ... - 4 -
1.4 Ingång och utgång ... - 5 -
1.5 Flödesschema för vårdförloppet ... - 6 -
1.6 Vårdförloppets åtgärder ... - 7 -
1.7 Patientdelaktighet och patientöverenskommelse ... - 10 -
2 Uppföljning av vårdförlopp ... - 11 -
2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter ... - 11 -
2.2 Indikatorer för uppföljning ... - 12 -
3 Bakgrund till vårdförlopp ... - 13 -
3.1 Nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv ... - 13 -
3.2 Kompletterande kunskapsstöd ... - 15 -
3.3 Arbetsprocess ... - 15 -
4 Referenser ... - 16 -
Appendix ... - 17 -
A. Organisation av vård för patienter med hjärtsvikt ... - 17 -
B. Exempel på handläggning i storstadsregion ... - 18 -
C. Exempel på handläggning i en medelstor eller liten region ... - 19 -
D. Exempel på handläggning i region med stor geografisk spridning ... - 20 -
E. Digitalisering av omhändertagandet av hjärtsvikt ... - 21 -
F. Referenser till appendix ... - 21 -

REMISS

1 Beskrivning av vårdförlopp

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp syftar till ökad jämlikhet, effektivitet och kvalitet i hälso- och sjukvården, samt en mer välorganiserad och helhetsorienterad process för patienten.

Vårdförloppen omfattar en stor del av vårdkedjan inklusive hur individens hälsa främjas. Vårdförloppen utgår från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och tas gemensamt fram av olika professioner och specialiteter inom regionernas nationella system för kunskapsstyrning.

Vårdförloppens beskrivning av evidensbaserad vård ska integreras med individanpassade åtgärder. Det personcentrerade förhållnings- och arbetssättet förstärks genom patientkontrakt som ska tillämpas i vårdförloppen. Det innebär bland annat att patienters, brukares och närståendes behov, resurser och erfarenheter av hälso- och sjukvården ska tas tillvara, att beslut om vård ska tas gemensamt och att det ska dokumenteras i journalen vad patienten respektive vad vården tar ansvar för.

Den primära målgruppen för vårdförloppsdokumentet är hälso- och sjukvårdspersonal som ska få stöd i det kliniska mötet med patienter och i förekommande fall närstående. Kapitlen om uppföljning och bakgrund till vårdförloppet är avsedda att användas tillsammans med beskrivningen av vårdförloppet vid införande, verksamhetsutveckling och uppföljning av vårdförlopp och riktar sig därmed till en bredare målgrupp, exempelvis verksamhetsutvecklare, verksamhetschefer och andra beslutsfattare.

Då detta är ett av de första vårdförloppen som presenteras har avgränsningar gjorts i hur stor del av vårdkedjan det omfattar. Resterande del av vårdkedjan kan komma att bearbetas och presenteras då framöver.

1.1 Om hjärtsvikt

Hjärtsvikt betyder att hjärtat inte pumpar så mycket blod som kroppen behöver. Den kan yttra sig som för låga blodflöden ut från hjärtat, som blodstockning bakåt från den ena, den andra eller båda hjärthalvorna, eller som en kombination av dessa problem.

En vanlig indelning av hjärtsvikt är i tre grupper baserade på en ultraljudsundersökning av hjärtat (ekokardiografi) där man mäter den andel av blodet i den fulla vänsterkammaren som kammaren tömmer med ett slag, kallad vänster kammares ejektionsfraktion (Left Ventricular Ejection Fraction, LVEF). Normalt är LVEF 50 procent eller mer.

Man har utifrån behandlingsaspekter skilt på patienter med nedsatt pumpfunktion (LVEF < 40 %) tidigare benämnt systolisk svikt, numera **HFrEF** (Heart Failure with Reduced Ejection Fraction) och patienter med hjärtsvikt och LVEF > 40 % tidigare benämnt diastolisk hjärtsvikt, numera **HFpEF** (Heart Failure with Preserved Ejection Fraction). Vid HFpEF har problemet ansetts vara en nedsatt förmåga att ta emot blod på grund av stelhet i vänsterkammarens vägg och för diagnosen krävs objektiva kriterier talande för stelt hjärta. Ur den senare gruppen har man på senare år brutit ut patienter med LVEF 40 - 49 % som numera definieras som **HFmrEF** (Heart Failure with mid range Ejection Fraction), detta för att bättre belysa behandlingsaspekter för dessa patienter. [1].

REMISS

Behandlingen vid dessa tre grupper av hjärtsvikt skiljer sig åt. Vid **HFrEF** finns flera vetenskapligt väldokumenterade läkemedel som används i kombination och som minskar både sjuklighet och dödlighet.

Vid **HFpEF** finns det symtomlindrande behandling men inte någon vetenskapligt dokumenterad behandling som påverkar sjukdomens förlopp eller prognos. Här bör i första hand riskfaktorer som högt blodtryck, övervikt, diabetes och otillräckligt frekvensreglerat förmaksflimmer behandlas, jämte symtomlindring med vattendrivande läkemedel (diuretika).

För **HFmrEF** är kunskapsläget bristfälligt men det finns vissa indikationer på att de läkemedel som är dokumenterade för HFrEF kan övervägas även i denna grupp, framför allt i det lägre LVEF-intervallet. [2].

Hjärtsvikt graderas utifrån patientens fysiska funktionsnivå enligt NYHA (New York Heart Association) i en skala från I – IV, vilken också har betydelse för prognos och behandling.

1.2 Omfattning

Vårdförloppet omfattar utredande och behandlande åtgärder från att det finns en välgrundad misstanke om hjärtsvikt tills att, beroende på typ av hjärtsvikt, ställningstagandet om andra linjens behandling är gjort. Vårdförloppet gäller för patienter med nydebuterad hjärtsvikt.

1.3 Vårdförloppets mål

Övergripande mål med vårdförloppet är att:

- förbättra överlevnad och livskvalitet hos patienter med hjärtsvikt
- minska behovet av sjukhusinläggningar hos patienter med hjärtsvikt

Målen ska uppnås genom att:

- tiden till ultraljudsundersökning kortas
- tiden till optimal behandling kortas
- andelen patienter som behandlas vid teambaserade hjärtsviktsmottagningar ökar, och den behandlingen inkluderar en planering för när och hur patienten ska följas upp och av vilken vårdgivare.
- andelen patienter som får ett individuellt anpassat träningsprogram av fysioterapeut inom hjärtrehabilitering ökar.

REMISS

1.4 Ingång och utgång

Ingång till vårdförloppet är välgrundad misstanke om hjärtsvikt.

Symtom eller kliniska fynd enligt nedan kan, sällan ett och ett, ofta flera tillsammans, ge en bedömande läkare misstanke om hjärtsvikt:

- andfåddhet
- trötthet
- ödem
- svårigheter att sova i planläge på grund av andfåddhet (ortopné)
- buksvullnad och halsvenstas (svullna vener på halsen).

Om inte sjukhistorien och kroppsundersökningen talar för någon helt annan förklaring till symtomen bör man gå vidare med att ta ett EKG och ett blodprov för analys av NTproBNP.

Välgrundad misstanke föreligger om något av följande kriterier är uppfyllt utöver läkarens misstanke enligt ovan:

- Om EKG är patologiskt.
- Om NTproBNP överstiger ålderskorrelerade varningsnivåer för
    - patienter upp till 75 år ≥125 ng/L och
    - patienter 75 år och äldre ≥ 250 ng/L [1, 4].

Ingång i vårdförloppet ska *inte* ske om:

- NTproBNP är förhöjt utan att misstanke om nydebuterad hjärtsvikt finns till exempel vid snabbt förmaksflimmer, grav kronisk obstruktiv lungsjukdom, signifikant njursvikt eller annan svår sjukdom.
- Kliniskt omdöme eller patientens prioriteringar säger att det bästa valet är att avstå en viss behandling eller utredning. När så sker ska detta vara transparent och dokumenterat.

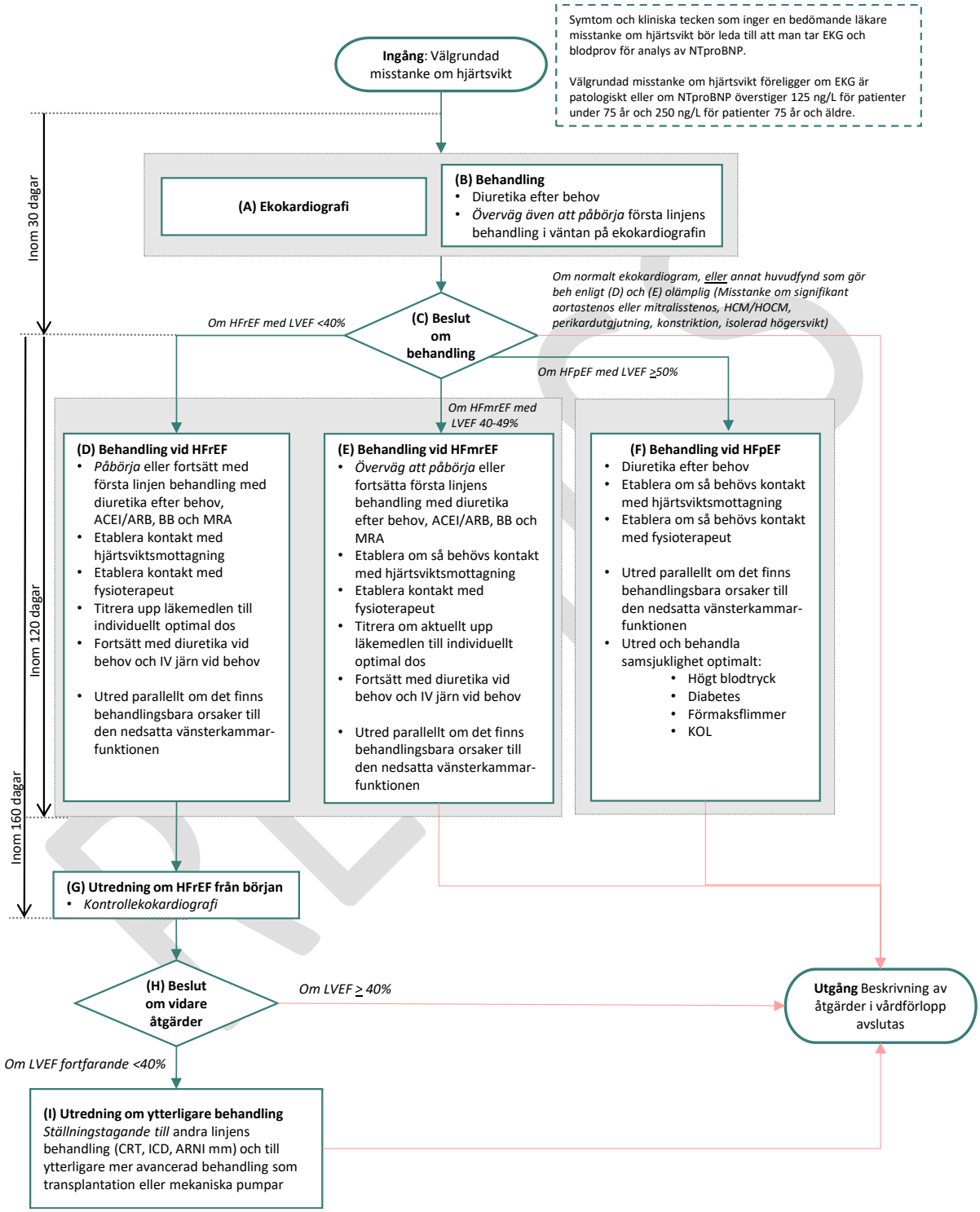
Utgång ur påbörjat vårdförlopp kan ske på något av följande sätt:

- Ekokardiografin ger inga hållpunkter för hjärtsvikt.
- Ekokardiografin visar en huvuddiagnos som gör den normala behandlingen vid vänsterkammarsvikt olämplig eller i vissa fall t o m riskabel, t ex signifikanta klaffel och renodlad högerkammarsvikt. Dessa patienter ska också behandlas snabbt och adekvat, men behandlingarna skiljer sig så pass mycket från grupperna nedan att de inte lämpar sig för att ingå i vårdförloppet.
- När HFrEF är bekräftad och åtgärder enligt (D) i flödesschemat är utförda **samt** att ekokardiografikontroll och ställningstagande till andra linjens behandling är genomförd.
- När HFmrEF är bekräftad och åtgärderna enligt (E) i flödesschemat är utförda.
- När HFpEF är bekräftad och åtgärderna enligt (F) i flödesschemat är utförda.

REMISS

1.5 Flödesschema för vårdförloppet

I flödesschemat nedan (Figur 1) beskrivs de åtgärdsblock som ingår i vårdförloppet. Beskrivning av åtgärdsblocken i text finns i Tabell 1.



Figur 1. Flödesschema.

1.6 Vårdförloppets åtgärder

Vårdförloppet baseras främst på de riktlinjer från Socialstyrelsen som har starkast rekommendationsgrad och där det finns stora skillnader inom landet.

Innehållet är byggt utifrån bästa tillgängliga vetenskap med ödmjukhet för att kliniskt omdöme och patientens prioriteringar ibland säger att det bästa valet är att avstå en viss behandling eller utredning, men att när så sker ska det vara transparent och dokumenterat. Vårdförloppet kommer att uppdateras löpande då kunskapsutvecklingen är snabb.

I åtgärdstabellen nedan används begreppen *första linjens behandling*, *andra linjens behandling* och *teambaserad hjärtsviktsmottagning*. Dessa begrepp definieras nedan.

Första linjens behandling vid HFrEF

Första linjens behandling omfattar för närvarande följande tre läkemedelsgrupper: ACE-hämmare (ACEI) eller vid intolerans angiotensin-receptorblockerare (ARB), betablockerare (BB), och senare tillägg av mineralkortikoid-receptorantagonist (MRA) om patienten är fortsatt symtomatisk. Behandlingen ska inledas med låga doser som titreras upp till måldos eller till den högsta dos som patienten tolererar. Därtill behöver många patienter tilläggsbehandling med vätskedrivande läkemedel (diuretika) och en del har också nytta av intravenös järnbehandling.

Andra linjens behandling vid HFrEF

Om patientens symtom och funktionsförmåga inte förbättrats eller om den uppföljande ekokardiografiundersökningen visar en försämrad eller oförändrad bild som vid HFrEF, bör patienten, om han eller hon bedöms ha nytta av det, remitteras till specialist för ställningstagande till andra linjens behandling.

De vanligaste frågeställningarna är då sviktpacemaker (CRT, Cardiac Resynchronization Therapy), inopererad defibrillator (ICD, Implantable Cardiac Defibrillator) samt ställningstagande till skifte från ACE-hämmare/ARB till angiotensinreceptorneprilysinhämmare (ARNI) och tillägg av ivabradin.

Bortom detta bör frågan finnas i åtanke om ännu mer avancerad behandling som hjärttransplantation eller mekaniska pumpar för lämpliga patienter.

Teambaserad hjärtsviktsmottagning

Insättning och uppföljning av behandling vid hjärtsvikt förutsätter regelbundna kontakter, vilka blir täta initialt och vid försämring. Anpassad information och utbildning är en rättighet enligt Patientlagen såväl som en förutsättning för att vården ska lyckas. Ett välfungerande teamarbete vid en hjärtsviktsmottagning, bestående av läkare, sjuksköterska och fysioterapeut som lär känna patient och närstående, möjliggör en enkel kontaktväg och ett personcentrerat omhändertagande med upprättande av individuell vårdplan. Även andra professioner kan kopplas till teamet, till exempel arbetsterapeut och psykolog. Det finns vetenskapligt stöd för att en sjuksköterskebaserad hjärtsviktsmottagning bättre uppnår optimal behandling och kan minska dödlighet vid hjärtsvikt. [3]

Teambaserad hjärtsviktsmottagning kan finnas såväl i primärvården som i den specialiserade vården. I bilaga 1 finns olika exempel på hur teambaserad hjärtsviktsmottagning kan organiseras

framgångsrikt. Vårdförloppet uppmanar regionerna att tillse tillräcklig omfattning av hjärtsviktsmottagning oavsett var denna sedan lokaliseras.

Tabell 1. Åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp hjärtsvikt.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	**Patientens åtgärder (efter förmåga)**
(A) Ekokardiografi • Ansvarig läkare skriver remiss till ekokardiografi • Remissen ska innehålla uppgifter om symtom och kliniska fynd, EKG och NTproBNP. • Svaret bör uttrycka om undersökningen inger misstanke om hjärtsvikt och i så fall av vilken typ. • Informera om väntetiderna och vem patienten kan vända sig till under tiden vid frågor eller försämring. *Undersökningen bör utföras och besvaras inom 30 kalenderdagar från remissdatum. Detta gäller i synnerhet vid höga NTproBNP (>1000 ng/L).*	• Delta i undersökning. • Delta i beslut om behandling enligt (C) nedan.
(B) Behandling • Diuretika vid behov är snabbverkande symtomlindring vid ödem oavsett typ av hjärtsvikt. • Överväg även att påbörja första linjens behandling i väntan på ekokardiografin. *Dessa åtgärder genomförs inom 30 kalenderdagar från remissdatum (se Utredningsblock (A))*	• Arbeta med de åtgärder som överenskommits i egenvårdsplanen, utifrån behov och patientens önskan samt förmåga. Här återfinns till exempel egenkontroller gällande vanliga hjärtsviktssymtom, inta dagliga läkemedel enligt överenskommelse och anpassa vid behovsläkemedel utifrån tillståndet, samt goda levnadsvanor.
(C) Beslut om behandling • Om HFrEF (LVEF < 40 %): Fortsätt till block (D). • Om HFmrEF (LVEF 40 – 49 %): Fortsätt till block (E). • Om HFpEF (LVEF ≥ 50 %): Fortsätt till block (F). • Om normalt ekokardiogram eller annat huvudfynd som gör behandling enligt (D), (E) eller (F) olämplig avslutas vårdförloppet. Utredning och behandling efter behov men utanför vårdförloppet, till exempel via remiss till kardiolog.	• Delta i beslut om behandling enligt (D), (E) eller (F), om så önskas i samråd med närstående. • Delta i beslut om annan behandling utanför vårdförloppet om annat huvudfynd, om så önskas i samråd med närstående.

REMISS

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(D) Behandling vid HFrEF • Behandling och vidare åtgärder enligt nedan inleds i samråd med patienten, och om hen önskar, även med närstående. Patienter med HFrEF bör erbjudas fortsatt omhändertagande vid en hjärtsviktsmottagning. • Påbörja eller fortsätt första linjens behandling med diuretika, ACEI/ARB, BB och MRA. • Etablera kontakt med teambaserad hjärtsviktsmottagning. • Etablera kontakt med fysioterapeut. • Titrera upp läkemedlen till måldos eller till den högsta dos individen tolererar. • Fortsätt med diuretika och IV järn efter behov. • Utred, och om aktuellt, remittera för eller behandla bakomliggande orsaker till den nedsatta vänsterkammarfunktionen; framförallt – kranskärlssjukdom, – dysreglerad diabetes – hypertoni – takyarytmier – hypothyreos – alkoholöverkonsumtion • När första linjens behandling vid HFrEF är insatt och upptitrerad till för individen optimala doser bör ansvarig läkare planera för en uppföljande ultraljudsundersökning. *Dessa åtgärder bör normalt sett vara utförda inom 120 dagar räknat från diagnos (se Beslutsblock (G)).*	• Arbeta med egenvårdsplanen, kontakta vården vid behov av mer stöd.
(E) Behandling vid HFmrEF • *Överväg* att påbörja eller fortsätta första linjens behandling med ACEI/ARB, BB och MRA. • Etablera kontakt med teambaserad hjärtsviktsmottagning. • Etablera kontakt med fysioterapeut. • Titrera upp läkemedlen till individuellt optimal dos. • Fortsätt med diuretika efter behov och IV järn vid behov. • Utred och om aktuellt remittera för eller behandla bakomliggande orsaker till den nedsatta vänsterkammarfunktionen; framförallt – kranskärlssjukdom, – dysreglerad diabetes – hypertoni – takyarytmier – hypothyreos – alkoholöverkonsumtion *Dessa åtgärder bör normalt sett vara utförda inom 120 dagar räknat från diagnos (se Beslutsblock (C)).* • Efter detta fortsätter behandling och utredning efter behov (utgång ur vårdförloppet).	• Arbeta med egenvårdsplanen, kontakta vården vid behov av mer stöd.

REMISS

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(F) Behandling vid HFpEF: • Symtomlindrande behandling med diuretika vid behov • Etablera kontakt med teambaserad hjärtsviktsmottagning efter individuell bedömning. • Etablera kontakt med fysioterapeut efter individuell bedömning. • Utred, och om aktuellt remittera för, eller behandla bakomliggande orsaker till den nedsatta vänsterkammarfunktionen; framförallt – kranskärlssjukdom, – dysreglerad diabetes – hypertoni (mycket vanligt) – takyarytmier (flimmer mycket vanligt) – hypothyreos eller hyperthyreos • Efter detta fortsätter behandling och utredning efter behov (utgång ur vårdförloppet).	• Arbeta med egenvårdsplanen, kontakta vården vid behov av mer stöd.
(G) Utredning om HFrEF från början • Remiss till kontrollekokardiografi. • Kontrollekokardiografi genomförs. *Dessa åtgärder bör göras när patienten haft sina optimala läkemedelsdoser i 60 till 90 dagar (90-120 dagar efter diagnos), vilket innebär att undersökningen i de flesta fall bör vara gjord inom 180 dagar från diagnostillfället (se beslutsblock (C)).*	• Delta i undersökning.
(H) Beslut om vidare åtgärder • Om fortfarande måttligt-uttalad nedsatt systolisk vänsterkammarfunktion med LVEF < 40 %: Fortsätt till block (I). Om LVEF ≥ 40 %: vårdförloppet avslutas.	• Delta i beslut om vidare åtgärder, framför allt fortsatt uppföljning, ofta i primärvård. Om så önskas i samråd med närstående.
(I) Utredning om ytterligare behandling Remiss till kardiolog. Ställningstagande till andra linjens behandling (CRT, ICD, ARNI, ivabradin, flimmerablation, mm). Därefter övervägs om ännu mer avancerad behandling kan ges, såsom hjärttransplantation eller mekanisk hjärtpump för därtill lämplig patient. • Vårdförloppet avslutas när ställningstaganden är gjorda	• Delta i beslut om vidare åtgärder, om så önskas i samråd med närstående.

1.7 Patientdelaktighet och patientöverenskommelse

Patientdelaktighet och patientöverenskommelse är beaktat i ovan beskrivna åtgärder. Utöver detta är nedanstående viktigt att lyfta fram.

Alla åtgärder i vårdförloppet bygger på att dialog har skett med patienten och efter hens önskemål också med närstående. Information ska lämnas om att alla beslut om utredning, behandling och rehabilitering ska ske i samråd med patienten. Dialog ska föras om hur man arbetar med

frågeformulär och att data och information kan komma att samlas i kvalitetsregister liksom hur man som ett aktivt val kan avböja deltagande i sådana register.

Den teambaserade hjärtsviktsmottagning som patienten är kopplad till är central för att patienten skall få en individuell vårdplan med ett personcentrerat arbetssätt och för att kunna samordna vården så att patienten vet var man vänder sig.

Målbilden av vård vid hjärtsvikt bör skapas av patient och vårdgivare tillsammans med förståelse av att allas bidrag behövs för bästa möjliga effekt.

Patienten är den som lever med de fysiska och psykologiska effekterna av såväl tillståndet som den ofta krävande behandlingen, håller reda på och intar läkemedelsbehandling, gör olika levnadsval, utför egenkontroller och tar hand om försämring på egen hand eller kontaktar vården om så behövs samt deltar i planerade kontroller. Hjälp kan behövas från närstående och omsorgspersonal.

Vårdens medarbetare bidrar med att erbjuda evidensbaserad behandling utifrån patientens undersökningsresultat och övriga sjukdomsbild men också utifrån kännedom om patientens prioriteringar när konflikter uppstår mellan möjlig nytta och biverkan, och med praktiskt och emotionellt stöd till såväl patienten som dennes närstående.

Information utformad utifrån patientens och närståendes önskemål och behov är en väsentlig del för att vården ska kunna vara framgångsrik.

Vårdorganisationen bidrar med förutsättningar för att vård utifrån behov kan ges när sådant uppstår och har anpassat systemet utifrån antalet insjuknade patienter med hjärtsvikt.

Det *multiprofessionella teamet* (läkare, hjärtsviktssköterska och fysioterapeut) nära patienten utgör grundbulten men andra enheter kommer in när situationen så kräver. De olika delarna av vårdsystemet samverkar med varandra utifrån en gemensam målsättning grundad i såväl det som patienten anser viktigast som det som har bäst vetenskapligt stöd.

2 Uppföljning av vårdförlopp

Vårdförloppen, dess mål och åtgärder, följs upp genom process- och kvalitetsmått och skapar förutsättningar för ett kontinuerligt förbättringsarbete. På sikt ska arbetet med vårdförlopp bidra till en mer enhetlig och strukturerad dokumentation i vårdinformationssystemen.

2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

Data för några indikatorer kan hämtas från kvalitetsregistret RiksSvikt, men registret har idag liten medverkan från primärvårdsenheter och generellt en otillräcklig täckningsgrad. Detta gör att nationella resultat inte idag kan ses som representativa för hjärtsviktsvården som helhet. Åtgärder för att förbättra täckningsgraden och andra möjliga framtida datakällor behöver diskuteras. Möjligheten till data ur strukturerade journaldatasystem har tagits fram för såväl RiksSvikt som Swedeheart ur samma journal. Överföring till Swedeheart har prövats under flera år i Stockholm med hög täckningsgrad och samma system är startklart även för RiksSvikt. Även kvalitetsuppföljningssystemet PrimärvårdsKvalitet kan vara möjligt att använda vid uppföljning av vårdförloppet, vilket skall undersökas i det fortsatta arbetet.

För flera av arbetsgruppens föreslagna indikatorer saknas idag andra potentiellt möjliga datakällor än lokala vårdsystem. Här kommer diskussioner och ställningstaganden behöva ske i den nationella organisationen för kunskapsstyrning för att hitta bästa strategi för uppföljning av vårdförloppet. Ambitionen är att i ökad utsträckning använda strukturerad journalinformation även för uppföljningsändamål, och härigenom minska registreringsbördan vid kvalitetsuppföljning. I vissa fall kan befintliga åtgärdskoder användas i lokal och nationell uppföljning av dessa insatser i vårdförloppet.

I nuläget är det inte heller möjligt att registrera startpunkten för vårdförloppet (remiss eller beslut om fortsatt utredning) i tillgängliga datakällor, vilket är ett starkt önskemål.

Genom ett eventuellt gemensamt initiativ kan Nationell Patientenkät användas för att fånga patienterfarenheter för olika vårdförlopp/sjukdomsgrupper.

2.2 Indikatorer för uppföljning

Tabell 2. Utfallsmått.

Indikator	**Målvärde**	**Mätning och återrapportering**	**Källa**
Andel patienter som avlidit ett år efter hjärtsviktsdiagnos	Saknas	Årlig mätning	Socialstyrelsens hälsodataregister
Oplanerad hjärtsviktshospitalisering inom ett år efter hjärtsviktsdiagnos	Saknas	Årlig mätning	Socialstyrelsens hälsodataregister
Livskvalitet (EQ-5D-3L inkl. VAS) ett år efter hjärtsviktsdiagnos	Saknas	Årlig mätning	RiksSvikt Kan skickas ut per post till patienter som inte omfattas av Rikssvikt

Tabell 3. Processmått.

Indikator	**Målvärde**	**Mätning och återrapportering**	**Källa**
Andel remisser för hjärtultraljud vid välgrundad misstanke om nydebuterad hjärtsvikt som besvaras inom 30 kalenderdagar	90 %	Var 3:e månad	Nationell datakälla saknas

REMISS

Andel patienter med hjärtsvikt med LVEF < 50 % (HFrEF) som genomfört minst ett uppföljningsbesök inom 30 dagar från diagnos på teambaserad hjärtsviktsmottagning, oftast sjuksköterskebaserad, inom slutenvård eller primärvård	90 %	Var 3:e månad	RiksSvikt Ev. skapa ny KVÅ-kod för besök på teambaserad hjärtsviktsmottagning
Andel patienter med hjärtsvikt med LVEF < 50% (HFrEF och HFmrEF) där dokumenterat och motiverat ställningstagande gjorts till insättning och upptrappning av första linjens behandling, alltså ACE-I/ARB, betablockad och MRA	95 %	Var 6:e månad	Nationell datakälla saknas Indikatorn förutsätter att arbetet med strukturerad vård-dokumentation som möjliggör mätning, blir framgångsrikt
Andel patienter med hjärtsvikt med LVEF < 50% (HFrEF och HFmrEF) som genomfört ett individuellt besök till fysioterapeut inom 90 dagar från diagnos för bedömning och test inför start av fysisk träning inom hjärtrehabilitering	75 %	Var 3:e månad	RiksSvikt KVÅ-koder: **PD009** Bedömning av tolerans för fysisk ansträngning och uthållighet **DV131** Enkla råd om fysisk aktivitet **DV132** Rådgivande samtal om fysisk aktivitet **DV133** Kvalificerat rådgivande samtal om fysisk aktivitet Ev skapa ny KVÅ-kod
Andel patienter med hjärtsvikt med LVEF < 40% (HFrEF) som genomgått uppföljande hjärtultraljud inom 180 dagar från diagnos	80 %	Årlig mätning	Rikssvikt (utveckling krävs) KVÅ-kod AF021 (Hjärtultraljud)
Andel patienter med hjärtsvikt som efter insatt första linjens behandling har kvarvarande LVEF < 40% (HFrEF) på kontrollhjärtultraljud och där dokumenterat och motiverat ställningstagande gjorts till andra linjens behandling (CRT, ICD, ARNI)	90 %	Var 6:e månad	Nationell datakälla saknas Indikatorn förutsätter att arbetet med strukturerad vårddokumentation som möjliggör mätning, blir framgångsrikt

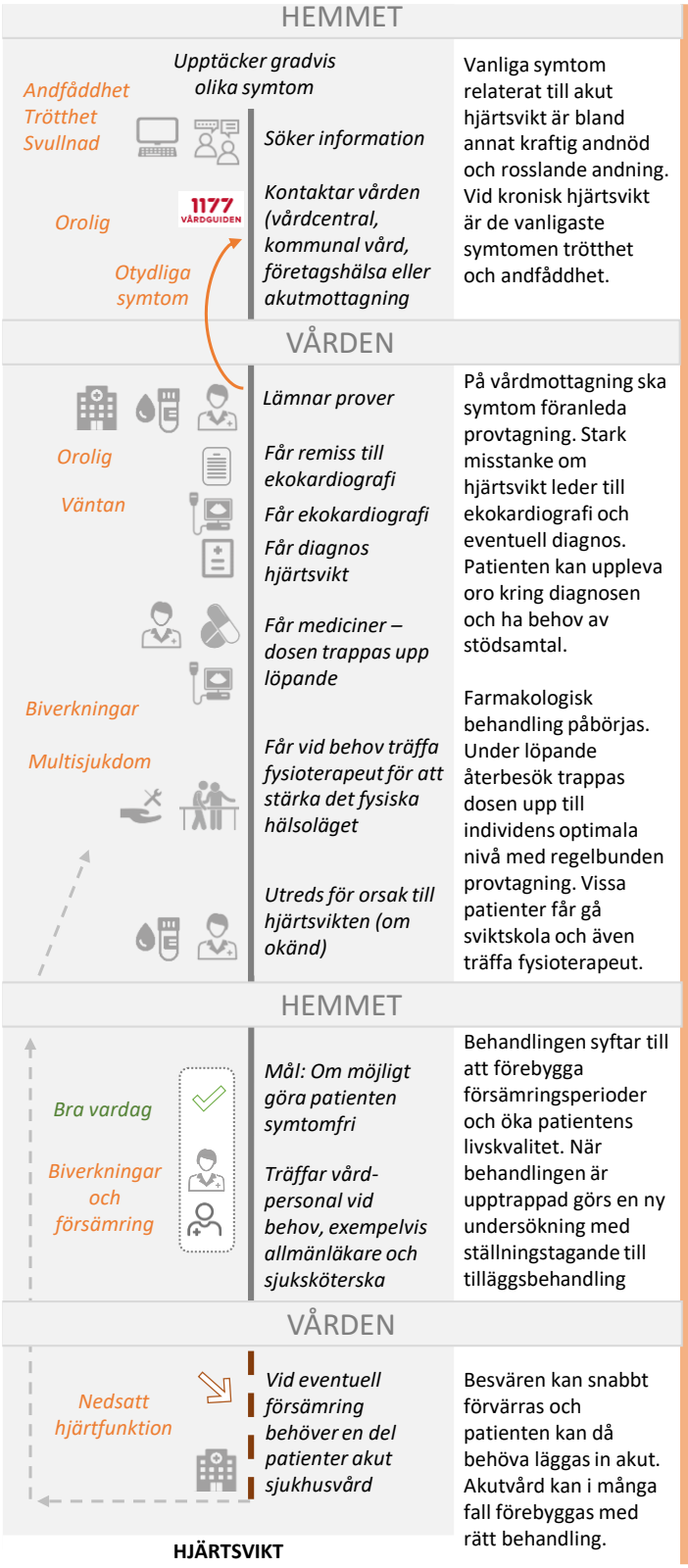
REMISS

3 Bakgrund till vårdförlopp

3.1 Nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv

Bilden nedan (Figur 2) är en grafisk presentation av i nuläget vanligt förekommande erfarenheter av hälso- och sjukvården hos personer med hjärtsvikt. Vårdförloppet är utformat för att adressera de

utmaningar tillika förbättringsområden som redovisas i bilden. Identifierade förbättringsområden avspeglas även i vårdförloppets mål, se avsnitt 1.3.



Utmaning 1: Rädsla och okunskap gör att patienten väntar med att söka vård
Patienter med hjärtsvikt underskattar ibland sina besvär och tolkar dem som "dålig kondition", att bli gammal eller andra sjukdomar och söker inte vård.

Utmaning 2: Vården utreder inte alltid patientens symtom på hjärtsvikt
Trötthet, andfåddhet och svullnad är vanliga symtom som inte behöver vara kronisk hjärtsvikt. Många patienter är äldre med tidigare hjärtsjukdom. Detta, och brist på kontinuerlig vårdkontakt, kan försena upptäckt och utredning.

Utmaning 3: Väntetider för ultraljud är långa och kan medföra ohälsa och oro
Diagnosen hjärtsvikt förutsätter utredning med ekokardiografi (ultraljud). I vissa regioner är väntetiderna upp emot sex månader. Under den tiden kan patienten försämras och oro uppstå. Det kan ibland vara svårt att få stöd och kontakt med vården under tiden patienten väntar.

Utmaning 4. Många patienter får inte tillgång till behandling enligt riktlinjer
Alla patienter får inte:

- Behandling på sviktmottagning, vilket har bäst stöd i riktlinjer.
- Upptrappning av läkemedel mot hjärtsvikt enligt ett behandlings-schema med regelbunden, tät, provtagning.
- Uppföljning med ekokardiografi och ställningstagande till tilläggs-behandling.
- Fysioterapeutisk behandling, vilket kan förbättra livskvalitet och funktion.

När dessa åtgärder inte sker kan det leda till försämring och akutvård som hade kunnat förebyggas. Varierande tillgång på dessa åtgärder skapar också ojämlik vård.

Utmaning 5: Flera vårdgivare skapar målkonflikter och behov av samordning
Vid hjärtsvikt är samsjuklighet vanlig och kan leda till målkonflikter i behandling. Biverkningar från läkemedel är vanliga och behöver vägas mot nyttan av en förbättrad pumpfunktion i hjärtat. Detta görs inte alltid anpassat till person. Fler vårdgivare innebär också vårdövergångar, där överlämning och samordning kan förbättras

Figur 2. Illustrativt exempel på ett hälso- och sjukvårdsförlopp i dagsläget, sett ur ett patientperspektiv, för en person med hjärtsvikt.

3.2 Kompletterande kunskapsstöd

Vårdförloppet bygger på de åtgärder som är rekommenderade av Socialstyrelsen [4] och European Society of Cardiology [1]. Det finns i nuläget inget publicerat Nationellt Kliniskt Kunskapsstöd.

3.3 Arbetsprocess

Arbetet med att ta fram ett patientcentrerat sammanhållet vårdförlopp inom hjärtsvikt har pågått under oktober 2019 till juni 2020.

Arbetsgruppens medlemmar har nominerats av Nationellt programområde Hjärt-kärlsjukdomar. Ordförande för arbetsgruppen var Krister Lindmark och processledare Sari Puttonen. I arbetet har kompetenser inom kardiologi och primärvården varit involverade, inklusive patientrepresentanter från Riksförbundet HjärtLung.

Under framtagningsperioden träffades arbetsgruppens medlemmar för gemensamma arbetsmöten både fysiskt och på distans samt att arbete skett mellan möten. Löpande förankring och avrapportering till NPO Hjärt-kärlsjukdomar har skett.

Inför remissperioden har texterna granskats av medicinska redaktörer samt nationellt programområde Hjärt-kärlsjukdom. NPO Hjärt-kärlsjukdomar har godkänt att skicka dokumentet på remiss.

Namn	Akademisk titel	Yrkestitel/ Patientföreträdare	Organisation/ tjänsteställe	Ort, kommun/region	Övrig roll i arbetsgruppen
Anette Karlström		Leg. Fysioterapeut	Sunderby sjukhus	Norrbotten	
Anna Strömberg	Professor i omvårdnad av hjärtsvikt	Leg. Sjuksköterska	Linköpings Universitetssjukhus	Linköping	
Björn Eriksson		Specialist i allmänmedicin	Gustavsbergs Vårdcentral	Stockholm	
Björn Kornhall		Överläkare och specialist i kardiologi	Skånes Universitets-sjukhus Lund	Skåne	
Björn Sonnentheil		Patientrepresentant	Riksförbundet HjärtLung	Borlänge	
Carin Corovic Cabrera		Överläkare och specialist i kardiologi	Södersjukhuset	Stockholm	
Charlotta Ljungman	Med. Dr.	Specialist i kardiologi	Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Göteborg	
Charlotte Arvidsson		ST läkare i allmän-medicin, specialist-läkare i internmedicin och kardiologi	Vårdcentralerna Bra Liv Region Jönköpings län	Jönköping	
Katarina Heimburg	Master medicinsk vetenskap	Leg. Fysioterapeut	Skånes Universitets-sjukhus Lund	Skåne	
Krister Lindmark	Docent	Överläkare och specialist i kardiologi	Norrlands universitetssjukhus	Umeå	Ordförande
Maria Liljeroos	Med. Dr.	Leg. Sjuksköterska med specialistkompetens inom hjärtsvikt	Mälarsjukhuset Eskilstuna	Eskilstuna	
Michael Fu	Professor	Överläkare och specialist i kardiologi	Sahlgrenska Universitets-sjukhuset,Östra		
Patric Karlström	Med. Dr.	Överläkare och specialist i kardiologi	Länssjukhuset Ryhov Jönköping	Jönköping	
Sari Puttonen		Leg. Sjuksköterska	Region Västmanland	Region Västmanland	Processledare

Tabell 4. Arbetsgruppens medlemmar.

REMISS

4 Referenser

1. Ponikowski, P., et al. (2016). "2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 37(27): 2129-2200.
2. Seferovic, P. M., et al. (2019). "Clinical practice update on heart failure 2019: pharmacotherapy, procedures, devices and patient management. An expert consensus meeting report of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology." Eur J Heart Fail 21(10): 1169-1186.
3. Strömberg et al. (2019) Nurse-Led Heart Failure Clinics Are Associated With Reduced Mortality but Not Heart Failure Hospitalization. J Am Heart Assoc;8:e011737. DOI: 10.1161/JAHA.118.011737.
4. Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård. ISBN 978-91-7555-469-3 Artikelnummer 2018-6-28.

REMISS

Appendix

A. Organisation av vård för patienter med hjärtsvikt

Vården av patienter med hjärtsvikt är organiserad på olika sätt i Sverige idag, många gånger på grund av skillnader i resurstillgång och geografiska avstånd. I vissa regioner sker remittering från primärvård till specialistanknutna hjärtsviktsmottagningar inom slutenvård för utredning och start av behandling för att sedan återremittera patienten för långtidsuppföljning. I andra regioner sköts större delen av vården i primärvården.

Oavsett vårdnivå är det viktigt att vårdkedjan är väl känd och att kontaktvägar mellan primärvården och slutenvården är kända och överenskomna samt att patienten får ett personcentrerat omhändertagande. Nuvarande modeller som presenteras är exempel på hur olika regioner lyckats organisera vården av hjärtsvikt. De kan fungera som inspiration att kopiera olika delar för att förbättra vården i sin egen region men man måste alltid fundera över lokala förutsättningar och om det går att förbättra modellerna ytterligare. I området digitala lösningar med kommunikation, strukturerad uppföljning och hemmonitorering finns sannolikt stor potential att förbättra vården för patienter med hjärtsvikt.

Hjärtsviktsmottagning

För att ge ett evidensbaserat omhändertagande, öka patientens delaktighet och kunskap gällande sin diagnos och förbättra egenvårdsförmågan ska patienter med hjärtsvikt NYHA II-IV erbjudas uppföljning vid en teambaserad multidisciplinär hjärtsviktsmottagning [1, 2].

Mål för hjärtsviktsmottagningen är att:

- Bekräfta diagnosen och tillse att bakomliggande orsaker är utredda och behandlade.
- Optimera såväl farmakologisk och device-behandling såsom svikpacemaker (CRT) och inplanterbar defibrillator (ICD) samt egenvård.
- Informera och utbilda patienter och deras anhöriga om hjärtsvikt samt ge stödsamtal vid behov.
- Uppmuntra patienten att följa angivna egenvårdsråd.
- Patienten ska erbjudas deltagande i fysiskt träningsprogram inom hjärtrehabilitering.
- Samtliga hjärtsviktspatienter bör registreras i RiksSvikt enligt registrets rutiner.

Hjärtsviktsmottagningen är multidisciplinär och utgörs framförallt av ett team med läkare och sjuksköterska med utbildning inom hjärtsviktsvård och möjliggör att patienten får en enkel kontaktväg till vården och ett personcentrerat omhändertagande. Med detta följer möjligheten till anpassad information och utbildning av patient och anhöriga liksom upprättande av en vårdplan. Det finns stöd för att en teambaserad hjärtsviktmottagning kan minska dödlighet vid hjärtsvikt [3-5]. Vidare har teambaserade hjärtsviktsmottagningar visat sig signifikant öka patienters livskvalitet och minska antalet återinläggningar [6-8]. I dokumentet syftar hjärtsviktmottagningen på en sjuksköterskebaserad mottagning där läkaren ingår i teamet, men där andra yrkesgrupper som till exempel fysioterapeut, dietist och kurator också bör ingå. Fysioterapi-ledd bedömning och träning är en mycket viktig del av hjärtsviktsbehandlingen och berörs i huvuddokumentet. Om möjligt bör detta organiseras inom hjärtsviktsteamet men kan även skötas av specialutbildad fysioterapeut inom slutenvård eller primärvård. Exempelvis kan man sköta bedömning och testning av patienterna av

specialutbildad fysioterapeut i slutenvård, men där fortsatt träning kan ske inom slutenvård, primärvård eller hemträning med telemonitorering beroende på hur hjärtsviktsvården är uppbyggd inom regionen.

B. Exempel på handläggning i storstadsregion

Program 4D Hjärtsvikt pågick i Region Stockholm åren 2013–2017 och syftade till att handlägga och behandla patienter med hjärtsviktsdiagnos i samverkan mellan primärvård och de specialistanknutna hjärtsviktsmottagningarna [9]. Genom en utbildningsinsats både från hjärtsviktsläkare samt internt inom primärvården har medvetenheten om hjärtsvikt ökat och många fler patienter remitterats för bättre utredning och behandling enligt modellen GENAST.



På www.viss.nu finns ett uppdaterat vårdprogram om hjärtsvikt inklusive överenskommelse om vem som gör vad i vårdkedjan.
Flertalet patienter remitteras i tidigt skede till de specialistanknutna hjärtsviktsmottagningarna inom Region Stockholm för upprättande av vårdplan, utredning och behandling. Bakomliggande orsak ska klarläggas liksom om sviktpacemaker eller avancerad behandling kan bli aktuell.

Graden av symtom bestämmer fortsatt uppföljning:

- Patient med stabil kronisk hjärtsvikt NYHA I-II som är färdigutredd och har optimal behandling kontrolleras hos allmänläkare efter vårdplan från hjärtsviktsmottagning.
- Patient med symtom motsvarande NYHA III-IV, komplicerande faktorer så som svårare komorbiditet och patienter som kan bli aktuella för avancerad hjärtsviktsbehandling följs på sjukhusansluten hjärtsviktsmottagning.
- Patienter med symtom motsvarande NYHA II och komplicerande faktorer eller stabil NYHA IIIA med optimal behandling kan följas på kardiologisk öppenvårdsmottagning.
- Patienter, oavsett NYHA-klass, där ytterligare behandling ej är aktuellt tex på grund av hög ålder, multisjuklighet eller patientens egna val, kontrolleras hos allmänläkare.

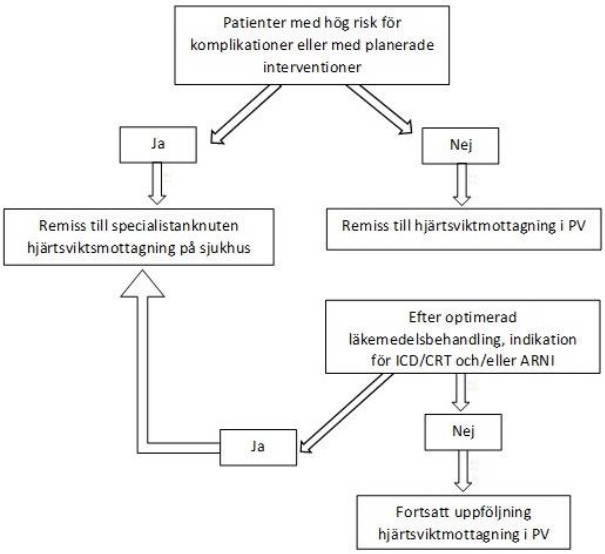
Hjärtsviktskonsulter har inrättats på Stockholmsregionens akutsjukhus dit allmänläkare, geriatriker och ASIH-läkare kan ringa och rådgöra vid försämring. Flera sjukhus har också upprättat

dagvårdsenheter dit patienterna själva kan vända sig vid subakut försämring. Vid akut försämring jourtid eller hemodynamisk påverkan hänvisas patienterna till akutmottagningen.

Erfarenheterna från Region Stockholm i Program 4D Hjärtsvikt har under 5 år visat att behandling förbättras, sjukhusinläggningar minskar och prognos förbättras samt att modellen i sin helhet är kostnadsbesparande.

C. Exempel på handläggning i en medelstor eller liten region

I bland annat Sörmland, Värmland och på Gotland är andelen hjärtsviktmottagningar i primärvården hög. Personal inom primärvården och slutenvård arbetar utifrån ett tydligt gränssnitt som tydliggör när patienten ska remitteras över till en specialistanknuten hjärtsviktsmottagning. Patienter, oavsett NYHA-klass, där ytterligare behandling ej är aktuellt till exempel på grund av hög ålder, multisjuklighet eller patientens egna val, kontrolleras av primärvården.



Sjuksköterskan på hjärtsviktsmottagningen är i de flesta fall patientens fasta vårdkontakt. För att säkerställa ett snabbt och säkert flöde mellan slutenvård och primärvård efter ett vårdtillfälle sker kommunikationen via ett digitalt kommunikationsverktyg. Målsättningen är att ett återbesök redan ska vara planerat vid utskrivningen.

I region Sörmland finns framskrivna kriterier för hur en hjärtsviktmottagning i primärvården ska vara sammansatt och hur teamet ska arbeta:

- Teamet består av en primärvårdsläkare och helst två distriktssköterskor eller sjuksköterskor samt fysioterapeut.
- Teamansvarig läkare ska fungera som stöd, konsult och koordinator inom hjärtsviktsteamet och för övriga läkarkollegor på arbetsplatsen. Teamet avsätter varje vecka cirka 30 minuter för ett möte och diskuterar där aktuella patienter.
- Sjuksköterskan titrerar läkemedel och utbildar patient och närstående i egenvård.
- Fysioterapeut ansvarar för fysisk träning enligt rutin för hjärtsviktsträning.
- Kurator, arbetsterapeut och dietist konsulteras vid behov. Kurator kan även behövas för närstående.

Strukturella förutsättningar

- Laboratorie med möjlighet till provtagning
- EKG apparat, saturationsmätare, måttband, våg, längd eller mätsticka
- Patientinformationsbroschyrer och övrigt undervisningsmaterial
- Skriftlig och tidsbegränsad delegering för läkemedelstitreringar till sjuksköterskorna

Beräknad tidsåtgång

- Teamansvarig läkare bör avsätta ca 2 – 4 timmar per vecka för patientbesök och teamarbete.
- För sjuksköterskan kan cirka 1 dag i vecka per 100 listade hjärtsviktspatienter i upptagningsområdet vara normgivande, då ingår mottagningsbesök och telefonrådgivning med uppföljning.
- Övriga medlemmar i teamet beräknar cirka 1 timme per vecka för teamarbete och övrig tid räknas in i löpande mottagningsarbete.
- Planera ett besök till ansvarig läkare per år och ett besök per år till sjuksköterskan på hjärtsviktsmottagningen samt vid behov. Under titreringsfasen sker besöken ofta och utifrån behov. Tidsåtgång för besöken på hjärtsviktsmottagningen är 60 minuter för nybesök och årsbesök, återbesök för upptitrering och uppföljningar brukar vara 30 – 45 minuter.

Sjuksköterskorna som arbetar i primärvården har genomgått poängutbildning i hjärtsvikt, har avsatt tid för mottagning, titrerar läkemedel samt utbildar i egenvård. Regionerna anordnar nätverksträffar 1 – 2 gånger per år där både primärvård och slutenvård deltar för att diskutera rutiner och samarbete.

I Värmland har detta lett till att antalet sköterskebesök för hjärtsviktspatienter har ökat med 327 % och antalet läkarbesök med 11 % från år 2017 till 2018. I Sörmland hade antalet vårdtillfällen på grund av hjärtsvikt har minskat med 27 %, besök på AKM har minskat med 24 % och antal vårddagar med 27 % mellan åren 2010 - 2017 [10].

D. Exempel på handläggning i region med stor geografisk spridning

Flera regioner har en mer blandad bild med patienter i både glesbygd, mellanstora orter och större centralorter. Varje region måste hitta skräddarsydda lösningar där man kan ha kunskapscentra på sjukhusen dit primärvård och mindre sjukhus kan vända sig till för stöd och utbildning. Regionen kan välja att centralisera hjärtsviktsmottagningen till det större sjukhuset men satsa på sviktmottagning i primärvård för en del av regionen. Här måste åter poängteras vikten av tydliga riktlinjer och kommunikationsvägar för att vården skall fungera optimalt.

I Region Västerbotten finns ett utarbetat gränssnitt mellan primärvård och slutenvård där primärvården står för en stor del av vården och remitterar till slutenvården vid behov. Vid misstanke om nyupptäckt hjärtsvikt skrivs remiss för ultraljud hjärta. Remiss till kardiolog skrivs vid misstanke om nyupptäckt eller försämring av känd strukturell hjärtsjukdom till exempel klaffel.
Remiss till akutmottagning skrivs vid akut eller försämrad svikt med allmänpåverkan. Mer om modellen går att läsa via länken nedan.

https://www.rvn.se/globalassets/delade-dokument/behandlingslinjer/hjart-karlsystemet/hjartsvikt-bhl.pdf

I Region Jämtland Härjedalen har flera digitala lösningar, till exempel virtuella mötesrum mellan patient och vårdprofessioner och hemmonitoreringssystem testats i omställningen till Nära Vård. Härjedalen, Kälarne, Hallen och Hammarstrand har utvecklat virtuella akutrum. Där kan sjuksköterskor och patienten koppla upp sig digitalt till en läkare som befinner sig någon annanstans. Rummen är utrustade för att hantera de besvär som är vanligast förekommande under jourtid i primärvården – och inte kräver fysisk undersökning av läkare. En fortsatt utbyggnad av virtuella akutrum planeras. Se länk nedan.

https://www.regionjh.se/forpersonalovrigavardgivarepartners/halsoochsjukvard/naravardisamverkan/digitalisering.4.5c93b37a1640080f3a0131.html

E. Digitalisering av omhändertagandet av hjärtsvikt

Telemonitorering har under lång tid rekommenderats som en alternativ uppföljning, [11, 12] men det har inte implementerats i så stor omfattning i Sverige förrän sista åren [13]. Olika digitala lösningar har i flera regioner testats och i olika utsträckning implementerats i omställningen till Nära Vård inte minst nu under Covid-19 pandemin. Exempel är till exempel virtuella mötesrum mellan patient och vårdprofessioner där mottagningsbesök genomförs på distans. Vidare används på flera håll hemmonitoreringssystem där patienten sänder parametrar som till exempel vikt eller blodtryck till vården och där återkoppling sker via appar, chat eller liknande; patientcentrerade system som stöder patienten i beslut om till exempel daglig diuretikados [14, 15]. Det finns uppenbarligen stor potential i att kunna förbättra vården med olika digitala lösningar. I dagsläget finns det dock både tekniska och juridiska hinder för smidiga kopplingar mellan journalsystem och olika digitala lösningar som behöver lösas för att ta till vara på de möjligheter som finns.

Patienter bör hänvisas till utbildningsprogrammet om hjärtsvikt https://www.heartfailurematters.org/sv_SE/ som utvecklats av vårdpersonal och patienter inom European Society of Cardiology.

Även på kvalitetsregistret RiksSvikts hemsida finns utbildningsmaterial för patienter och informationsbroschyr på flera språk som går att skrivas ut eller beställas.

F. Referenser till appendix

1. Socialstyrelsen. *Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård.* . 2018 [cited 2020 0820].
2. Ponikowski, P., et al., *2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC.* Eur J Heart Fail, 2016.
3. Seferovic, P.M., et al., *Clinical practice update on heart failure 2019: pharmacotherapy, procedures, devices and patient management. An expert consensus meeting report of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology.* Eur J Heart Fail, 2019. **21**(10): p. 1169-1186.
4. Jaarsma, T. and A. Stromberg, *Heart failure clinics are still useful (more than ever?).* Can J Cardiol, 2014. **30**(3): p. 272-5.
5. Savarese, G., et al., *Nurse-Led Heart Failure Clinics Are Associated With Reduced Mortality but Not Heart Failure Hospitalization.* J Am Heart Assoc, 2019. **8**(10): p. e011737.

6. Van Spall, H.G.C., et al., *Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis.* Eur J Heart Fail, 2017. **19**(11): p. 1427-1443.
7. Gandhi, S., et al., *Multidisciplinary Heart Failure Clinics Are Associated With Lower Heart Failure Hospitalization and Mortality: Systematic Review and Meta-analysis.* Can J Cardiol, 2017. **33**(10): p. 1237-1244.
8. Stromberg, A., et al., *Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: results from a prospective, randomised trial.* Eur Heart J, 2003. **24**(11): p. 1014-23.
9. Matan D, Löfström U, Cabrera Corovic Cabrera, Malmqvist K, Linde C, Persson H, et al. Reorganization of heart failure management and improved outcome – the 4D HF Project. In press, Scand Cardiovasc J 2020.
10. Liljeroos, M. and A. Stromberg, *Introducing nurse-led heart failure clinics in Swedish primary care settings.* Eur J Heart Fail, 2019. **21**(1): p. 103-109.
11. Lin, M.H., et al., *Clinical effectiveness of telemedicine for chronic heart failure: a systematic review and meta-analysis.* J Investig Med, 2017. **65**(5): p. 899-911.
12. Inglis, S.C., et al., *Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure.* Heart, 2017. **103**(4): p. 255-257.
13. Kato, N.P., et al., *Heart Failure Telemonitoring in Japan and Sweden: A Cross-Sectional Survey.* J Med Internet Res, 2015. **17**(11): p. e258.
14. Hagglund, E., et al., *Patient-centred home-based management of heart failure. Findings from a randomised clinical trial evaluating a tablet computer for self-care, quality of life and effects on knowledge.* Scand Cardiovasc J, 2015. **49**(4): p. 193-9.
15. Hovland-Tanneryd, A., et al., *From randomised controlled trial to real world implementation of a novel home-based heart failure tool: pooled and comparative analyses of two clinical*

REMISS

Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Hjärtsvikt

REMISS

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Sammanfattning

Det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för hjärtsvikt medför nytta för individen inom flera områden. Den största nyttan uppstår om fler patienter kan upptäckas tidigt i sin sjukdom och få behandling som kan bromsa sjukdomsförlopp och funktionsnedsättning, öka överlevnad och lindra symtom samt bidra till ökat välbefinnande och trygghet för patienten och anhöriga. Vårdförloppet baseras främst på de riktlinjer från Socialstyrelsen [1] som har starkast rekommendationsgrad och där det finns både en underbehandling och stora skillnader i behandling inom landet.

Vårdförloppet inriktas mot att allt ska göras rätt från början vid nydebuterad hjärtsvikt. För att åstadkomma detta innefattar vårdförloppet en snabbare väg till diagnos och behandling såsom hjärtultraljud (ekokardiografi) för personer med välgrundad misstanke om hjärtsvikt. Efter diagnos ska fler patienter få tidig tillgång till teambaserad vård med sviktmottagning, tillgång till fysisk träning inom hjärtrehabilitering och individuellt upptrappad medicinsk behandling.

Vårdförloppet leder till att fler patienter får träffa Fysioterapeut inom hjärtrehabilitering för individuellt upplagd fysisk träning. Åtgärden har effekt på livskvalitet, muskelstyrka och arbetskapacitet samt minskar risken för oplanerade sjukhusinläggningar. Åtgärden har enligt Socialstyrelsen dessutom en låg kostnad per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår jämfört med standardbehandling [1].

En snabbare väg till ekokardiografi kommer sannolikt medföra en numerär ökning av antalet ekokardiografier vid välgrundad misstanke om hjärtsvikt. Aktuell statistik visar att endast 43 procent av de 40 000 personer som får hjärtsvikt årligen genomgår ekokardiografi [2, 3], varför antalet remisser för ekokardiografi kommer att öka med ca 20 000 undersökningar vid genomförande av Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp hjärtsvikt. Ökningen uppskattas vidare innebära att mellan 2000 – 5000 patienter kommer utredas med ekokardiografi, men inte ha diagnosen hjärtsvikt. Dock är det så att om man använder EKG och NT-proBNP korrekt enligt vårdförloppet så kommer antalet ekokardiografier inte öka så mycket då normalt prov och EKG utesluter hjärtsvikt med hög säkerhet. Ekokardiografi behöver då inte göras. Ekokardiografisk undersökning ska vägas mot att ett antal patienter som i nuläget identifieras sent eller inte alls i sin hjärtsviktsjukdom kommer att behöva mer omfattande sjukhusvård samt riskera förtida död.

Vårdförloppet väntas medföra att andelen patienter som erbjuds behandling enligt evidensbaserade vårdprogram kommer öka, vilket i sin tur förebygger undvikbar akutvård och sjukhusinläggningar vid försämring samt förbättrar sjuklighet och minskar dödlighet för patientgruppen [4]. Av de diagnoser som räknas som undvikbar slutenvård är hjärtsvikt den vanligaste anledningen till sjukhusinläggning i Sverige [5]. På sikt medför vårdförloppet också en möjlighet att undvika onödig vård i form av upprepade ultraljud för redan utredda patienter där ett nytt ultraljud inte tillför någonting som påverkar behandlingen.

För regionerna kan vårdförloppet initialt kräva en investering, eller omfördelning, av resurser för ekokardiografi samt personal. I flera regioner behövs ett tillskott av fysioterapeuter, läkare och sjuksköterskor i primärvård eller i specialiserad vård med utbildning inom hjärtsvikt för att kunna erbjuda patienter tillgång till teambaserad hjärtsviktsmottagning samt fysisk träning. Vidare kommer det behövas utbildningsinsatser för både sjuksköterskor, läkare och fysioterapeuter. Detta är

REMISS

beskrivet i appendix till vårdförloppet: Redovisade data finns från flera delar av landet av sviktmottagningar i primärvård samt i specialistvård på sjukhus. Erfarenheterna från hela Region Stockholm i Program 4D Hjärtsvikt under 5 år visar att behandling förbättras, sjukhusinläggningar minskar och prognos förbättras samt att det i sin helhet är kostnadsbesparande.

Slutligen bör registret Rikssvikt stärkas för att kunna underlätta uppföljning av vårdförloppet och arbetet med att koppla journalsystemen till kvalitetsregistren intensifieras för att undvika dubbelarbete.

REMISS

Innehållsförteckning

Sammanfattning ..... - 1 -
1. Om konsekvensbeskrivningen ..... - 4 -
2 Konsekvenser ..... - 4 -
2.1 Omfattning ..... - 4 -
2.2 Nytta eller risker för individen ..... - 5 -
2.3 Etiska aspekter ..... - 7 -
2.4 Verksamhet och organisation ..... - 8 -
2.5 Kostnader ..... - 9 -
2.6 Kompetensförsörjning ..... - 10 -
2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd ..... - 11 -
2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården ..... - 12 -
2.9 Uppföljning ..... - 12 -
2.10 Övriga konsekvenser ..... - 12 -
3 Referenser ..... - 13 -

REMISS

1. Om konsekvensbeskrivningen

NPO Hjärtsjukdomar ansvarar för konsekvensensbeskrivningens innehåll. NAG Vårdförlopp Hjärtsvikt har utarbetat konsekvensbeskrivningen som en del av arbetet med personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp inom hjärtsvikt. Arbetsgruppen inkluderade professionsföreträdare från specialistvård och primärvård, patientföreträdare, expertis inom uppföljning och ekonomi. Ordförande i arbetsgruppen var Krister Lindmark. Den nationella stödfunktionen vid SKR har bistått med löpande stöd. Arbetet med att ta fram konsekvensbeskrivningen för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp inom hjärtsvikt färdigställdes i mitten av juni 2020.

2 Konsekvenser

2.1 Omfattning

Cirka 200 000 - 300 000 svenskar har hjärtsvikt [6] och dödligheten inom första året efter diagnos är cirka 30 procent [7]. Hjärtsvikt är idag den vanligaste orsaken till sjukhusinläggning i Sverige. Ungefär 40 000 patienter vårdas årligen på sjukhus på grund av hjärtsvikt. Vidare är det ett allvarligt men behandlingsbart tillstånd. Cirka hälften av patienterna dör inom fem år [6] och många patienter får inte tillgång till förbättrande och livräddande behandling. Vid Socialstyrelsens utvärdering 2015 av hjärtvården i Sverige [5] konstaterades att den behandling som utfördes var otillräckligt evidensbaserad. Ingen region nådde den uppsatta målnivån för basbehandling (mätt som läkemedelsuttag av utskrivna recept). Det finns vetenskapligt stöd för att teambaserad hjärtsviktsmottagning minskar antalet sjukhusinläggningar och ökar livskvaliteten för patienter med hjärtsvikt. Socialstyrelsen klassar sjukvården vid hjärtsvikt som undvikbar på grund av att evidensbaserad behandling som patienterna borde ha tillgång till inte utförs [5]. Trots detta finns teambaserad hjärtsviktsmottagning bara vid arton procent av mottagningarna inom primärvården enligt nationell enkät [8]. Det finns också vetenskapligt stöd för god effekt av fysisk träning inom hjärtrehabilitering, vilket dock är ofullständigt implementerat i landet [5]. Hjärtsvikt är en kronisk sjukdom där den höga dödligheten markerar att insatser behöver göras snabbt och rätt från början.

Ekokardiografi är en ofarlig och smärtfri undersökning utan risker för individen, men det råder idag långa väntetider till undersökning. Sammanlagt kommer cirka 45 000 individer genomgå ekokardiografi av hjärtat inom ramen för patientcentrerat sammanhållet vårdförlopp inom hjärtsvikt.

Av de 40 000 personer som årligen nydiagnostiserats och påbörjat behandling för diagnosen hjärtsvikt, förväntas cirka 20 000 personer genomgå rehabilitering och uppföljning i enlighet med vårdförloppet, en ökning på uppskattningsvis 10 0000 – 12 000 patienter. En klar majoritet av dessa kommer att ha nytta av teambaserad sviktmottagning och en stor andel kommer att ha nytta av att få tillgång till fysisk träning inom hjärtrehabilitering.

Sammanfattningsvis är bedömningen att vårdförloppet kommer leda till tidigare diagnos, större andel som får första och andra linjens behandling samt större tillgång till teambaserad hjärtsviktsmottagning och fysisk träning inom hjärtrehabilitering. Åtgärderna i vårdförloppet kommer leda till ökad livskvalitet, färre vårdtillfällen och minskad förtida dödlighet i hjärtsvikt.

REMISS

2.2 Nytta eller risker för individen

Vårdförloppet för hjärtsvikt medför nytta för individen inom flera områden. Den största nyttan uppstår om fler patienter kan upptäckas tidigt och få behandling som kan bromsa sjukdomsförlopp, minska graden av funktionsnedsättning och lindra symtom samt minska behovet av sjukhusvård. De olika områden där kunskapsstödet kan ge nytta för individen beskrivs i tabell 1, där också storleken på den potentiella effekten anges.

Att genomgå ekokardiografi har stor påverkan på den enskilde patientens framtid. Ekokardiografi medför att rätt diagnos kan ställas och leder vidare till att patienten erhåller en evidensbaserad medicinering, samt tillgång till stöd från en hjärtmottagning och fysisk träning. Sammantaget leder detta till minskad mortalitet, morbiditet samt sjukhusinläggningar för hjärtsvikt och förbättrar patientens livskvalitet. Ekokardiografi är också viktigt för att identifiera patienter med till exempel klaffel som faller utanför vårdförloppet, men som är väl så viktiga att hitta och följa. Att å andra sidan avstå från ekokardiografi och behandla en patient som inte har hjärtsvikt med hjärtsviktsmediciner innebär en ökad risk för den enskilde patienten i form av biverkningar och kostnader.

Hjärtsvikt innebär ofta en ökad risk för rörelserädsla, minskad fysisk aktivitet och en nedsatt kondition. En viktig del av behandlingen vid hjärtsvikt är därför fysisk träning (konditions- och styrketräning) som är regelbunden, individanpassad och utformad av fysioterapeut med tillräcklig erfarenhet och kompetens inom specialiserad öppenvård vid hjärtrehabiliteringsenhet [1].

För att öka patientens delaktighet och kunskap gällande sin diagnos och förbättra egenvårdsförmågan ska patienter med hjärtsvikt, NYHA II-IV, erbjudas uppföljning vid en teambaserad hjärtsviktsmottagning. Teambaserad hjärtsviktsmottagning har visat sig signifikant öka patienters livskvalitet, minska antalet återinläggningar och dödlighet vid hjärtsvikt [9-11].

Nytta	Kommentar
Fler individer får ekokardiografi vid misstänkt hjärtsvikt.	Fler patienter kan upptäckas tidigt och erbjudas behandling.
Fler individer får tillgång till evidensbaserad behandling inom rimlig tid.	Väntetiden till behandling varierar stort över landet, vilket leder till ohälsa hos patienterna. Vårdförloppet kan minska skillnaderna och antalet tidiga återinläggningar som idag är vanligt.
Fler individer får tillgång till teambaserad hjärtsviktsmottagning.	Om vårdförloppet följs får fler patienter en fast vårdkontakt, information om hjärtsvikt och hjälp med upptrappning av mediciner. Vårdkontakten kan övergå från den sjukhusbaserade mottagningen till en sviktmottagning i primärvård eller sedvanlig primärvård om sviktmottagning saknas. Uppskattningsvis kommer detta beröra ytterligare 10 000 – 20 000 patienter årligen. Patienter som idag inte får tillgång till detta.
Fler individer får ett individuellt utformat träningsprogram av fysioterapeut.	Vårdförloppet leder till att ett stort antal patienter med hjärtsvikt får del av denna behandling som ökar livskvaliteten och minskar sjukhusinläggningar. Flera patienter får träffa en

	fysioterapeut inom hjärtrehabilitering för individuellt upplagd fysisk träning. Åtgärden har effekt på livskvalitet, muskelstyrka och arbetskapacitet samt minskar risken för oplanerade sjukhusinläggningar. Åtgärden har enligt Socialstyrelsen dessutom en låg kostnad per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår jämfört med standardbehandling [1].
Fler individer uppnår sina individuellt optimala doser för basbehandling för hjärtsvikt.	Individuellt upptitrerade doser för basbehandling är ett minimikrav för en god vård och förebygger onödig slutenvård.
Patientsäkerheten förbättras genom ett tydligt vårdförlopp baserat på nationella riktlinjer och vårdprogram.	Förutsägbarhet och tydliga åtgärder stödjer en mer patientsäker vårdprocess och ger även en större trygghet till patienten. Det berör samtliga patienter i förloppet.
Individens förutsättningar till delaktighet förbättrats i och med definierade åtgärder för patienter i varje åtgärdsblock.	Ökad patientdelaktighet ger bättre förutsättningar för att respektera och beakta individens autonomi och integritet för samtliga patienter i förloppet.

Eventuellt kommer vårdförloppet för hjärtsvikt även att öppna upp för vissa nya risker för individen. Dessa kommer man att behöva hantera i samband med implementering och förvaltning av vårdförloppet. I tabellen nedanför (**Error! Reference source not found.**) beskrivs de olika områden där kunskapsstödet kan leda till risker för individen, och hur stor det potentiella riskvärdet väntas vara. Samtliga risker har av arbetsgruppen bedömts som acceptabla i relation till nyttan som kunskapsstödet medför.

Risker	**Sannolikhet (S)** *1 – 4, där 4 betyder störst sannolikhet och 1 minst*	**Konsekvens** (K) *1 – 4, där 4 betyder störst konsekvens och 1 minst*	**Riskvärde**: *R = S x K*	**Eventuell kommentar eller förslag på åtgärd** *för att eliminera/minska risken*
Ökad sannolikhet för omotiverad vård (utredningar av patienter som ej visar sig ha diagnos)	2	1	2	Kan minimeras om screening med EKG och NT-proBNP genomförs konsekvent. Kriterierna för ingången till vårdförloppet kan utvärderas efterhand. Vid behov kan de revideras.
Införandet av vårdförloppet för hjärtsvikt kan leda till kompetensbrist inom andra vårdområden – detta då befintlig kompetens fokuseras till vårdförloppet.	1	2	2	Regionerna kan hantera detta genom omprioriteringar enligt Socialstyrelsens prioriteringsordning i de nationella riktlinjerna och i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen

Åtgärderna ”Farmakologisk behandling” och ”klassificering av diagnosen hjärtsvikt” är inte baserade på vedertagna kunskapsunderlag.	1	1	1	Båda dessa åtgärder utgör åtgärder i befintliga regionala vårdprogram. De bedöms därför inte innebära några ytterligare risker i nuläget. I den fortsatta förvaltningen av kunskapsstödet bör detta bevakas och uppdateras.

2.3 Etiska aspekter

Vårdförloppet syftar till att regionerna omprioriterar enligt HSL och Socialstyrelsens riktlinjer för prioriteringar.

***Autonomi och integritet**:* Inga negativa effekter avseende autonomi och integritet identifierade.

Undanträngningseffekter: En ökning av ekokardiografier skulle potentiellt kunna leda till undanträngningseffekter för andra patienter i behov av ekokardiografi av hjärtat (till exempel klaffel och ischemi) eller andra patientgrupper som hanteras av klinisk fysiologiska avdelningar.

I ett tidigt stadium finns det risk för undanträngningseffekter på hjärtmottagningar och primärvårdsmottagningar som idag inte har utbyggd teambaserad hjärtsviktsmottagning eller erbjuder fysisk träning inom hjärtrehabilitering för denna patientgrupp. Om denna patientgrupp prioriteras riskerar andra grupper med hjärtpatienter och andra diagnoser att behöva stå tillbaka tills dess kapaciteten är utbyggd. Generellt kan sägas att hjärtsviktsvården historiskt har undanträngts av annan vård trots den höga evidensgraden och trots kostnadseffektiv behandling.

Införandet av vårdförlopp för hjärtsvikt medför sannolikt en ökning av antalet ultraljud av hjärtat vid hjärtsvikt.

Människovärdesprincipen - Inga uppenbara konsekvenser

***Behovs och solidaritetsprincipen**:* Bedömning av varje enskild remiss och prioritering utifrån behov kommer att göras även i fortsättningen och därmed bör inte behovsprioriteringen förändras.

Överlag är det etiskt rättfärdigat att få ekokardiografi utfört vid välgrundad misstanke om hjärtsvikt i och med de relativt stora och akuta vårdbehov som patienter med hjärtsvikt uppvisar, vilket stöds av behovs- och solidaritetsprincipen. Ur ett jämlikhetsperspektiv är förhoppningen att vårdförloppet kan bidra till att minska de skillnader i tillgänglighet som finns för ekokardiografisk diagnostik av hjärtsvikt.

Vad gäller såväl teambaserad sviktmottagning och som fysisk träning inom hjärtrehabilitering så är det snarast positiva konsekvenser som förväntas. Patientgruppen har hög sjuklighet och dödlighet och Socialstyrelsen har prioriterat dessa åtgärder högt i de nationella riktlinjerna. Det kommer att innebära att denna patientgrupp, som fått stå tillbaka för mer uppmärksammade tillstånd, får tillgång till högt prioriterad vård och behandling.

REMISS

Ett av de huvudsakliga skälen till att de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen införs är att säkerställa en tillgänglig och jämlik vård för alla personer oavsett var man befinner sig i landet. Inga negativa konsekvenser förväntas därför att föreligga ur ett jämlikhetsperspektiv på grund av vårdförloppet inom hjärtsvikt. Förhoppningen är att vårdförloppet istället ska bidra till att minska omotiverade skillnader genom att tydliggöra de åtgärder som ska gälla alla patienter med misstanke om hjärtsvikt i hela landet, särskilt i frågor kopplade till väntetider och tillgång till fysioterapi.

I syfte att tidigt identifiera patienter med hjärtsvikt startar det personcentrerade sammanhållna vårdförloppet vid misstanke om hjärtsvikt. Kriterierna för ingång i vårdförloppet gör därmed att uppskattningsvis 2 000 – 5 000 personer årligen kommer att utredas för hjärtsvikt men där diagnosen inte bekräftas. Det är troligen en ökning på cirka 20 procent mot nuläget. Den omotiverade vård som detta innebär bör vägas mot att ett antal patienter i nuläget identifieras för sent och därmed kräver mer omfattande vård och behandling då de väl diagnostiseras, detta är något som väntas minska genom vårdförloppet.

2.4 Verksamhet och organisation

Tillgången på ekokardiografi skiljer sig i de olika regionerna i landet.

När implementeringen av vårdförloppet genomförs bör remisshanteringsrutiner på de enheter som genomför ekokardiografi ses över. Möjligtvis bör remisshanteringen omorganiseras på ett sådant sätt att ett systematiskt remisshanteringssystem används där man med hjälp av NT-proBNP kan prioritera ekokardiografi-remisserna.

Behandling vid hjärtsvikt ska enligt vårdförloppet (och Socialstyrelsens nationella riktlinjer) ges vid teambaserad hjärtsviktsmottagning. Denna kan finnas inom primärvård eller specialiserad vård. Detta innebär att de regioner som i nuläget inte har teambaserade hjärtsviktsmottagningar kommer behöva göra organisationsförändringar.

Enligt data från RiksSvikt-registrets indexregistrering anges att cirka 75 procent av patienterna planeras följas upp på en hjärtsviktmottagning (baserat på 6 300 registreringar i riket 2019). Detta kan jämföras med att 98 procent av patienterna i Gotland, Sörmland och Skåne planeras följas upp via en teambaserad hjärtsviktsmottagning (baserat på 630 registreringar i primärvården). Detta innebär att 25 procent av patienterna i RiksSvikt inte följs upp via en teambaserad hjärtsviktsmottagning. Då det är känt att registrets täckningsgrad är relativt låg är troligen den verkliga siffran högre och litteraturen visar att de som i lägre utsträckning får evidensbaserad uppföljning är äldre och kvinnor [12, 13].

Oavsett om teambaserad hjärtsviktsmottagning finns inom primärvården eller på sjukhus så behöver antalet hjärtsviktmottagningar och kapaciteten på redan befintliga mottagningar öka för att motsvara behovet. Det exakta behovet är svårt att skatta då vi inte vet hur stor andel som idag behandlas via teambaserad hjärtsviktsmottagning och då det varierar stort mellan regionerna. I Sörmland, där man byggde ut hjärtsviktsvården, räknar man med att en arbetsdag per vecka för en sköterska innebär att 100 patienter kan tas omhand. Om 40 000 nya hjärtsviktspatienter inkommer per år och patienten i snitt har kontakt med teambaserad mottagning under sex månader (med en täckningsgrad på 90 procent) innebär det ca 180 tjänster för hjärtsviktssköterskor totalt i landet. Med oklarheter hur många i landet som idag får tillgång till teambaserad mottagning kan behovet av nytillskott av sjuksköterskor endast uppskattas. Om täckningsgraden idag exempelvis är 20 procent

REMISS

och man initialt siktar på en täckningsgrad på 50 procent blir det ökade behovet ca 60 heltidstjänster spritt över landet.

Om en sådan satsning skall kunna hålla över en längre tid och kompetensen ska kunna bibehållas kan det vara klokt att satsa på åtminstone en enhet per region som har som uppgift att vara kunskaps- och utbildningscentrum.

Inom flera regioner finns redan ett strukturerat omhändertagande av personer med nydiagnostiserad hjärtsvikt, men det är inte alla patienter som får erbjudande om fysisk träning inom hjärtrehabilitering på grund av otillräcklig tillgång på fysioterapeuter inom hjärtsjukvården.

I appendix i vårdförloppet beskrivs redovisade data från flera delar av landet av utbyggda sviktmottagningar i primärvård samt i specialistvård på sjukhus. Erfarenheterna från hela Region Stockholm i Program 4D Hjärtsvikt under 5 år visar på 36 000 patienter att behandling förbättras, sjukhusinläggningar minskar och prognos förbättras samt att programmet i sin helhet är kostnadsbesparande.

Innan patienterna påbörjar träningsåtgärden behöver de bedömas och testas individuellt för att rätt nivå och träningsdos ska kunna förskrivas. Detta bör ske inom den specialiserade vården, eller om den kompetensen finns på vissa orter inom primärvården så kan den ske där. Den utprovade och rekommenderade träningen ska sedan ske så nära patienterna som möjligt fysiskt eller digitalt, men utan avkall på eventuella patientsäkerhetsaspekter. Efter avslutad träningsperiod ska uppföljning med förnyat test och rekommendation av fortsatt träning genomföras.

Om sjukvården ska kunna erbjuda alla nydiagnostiserade patienter med hjärtsvikt ”Fysisk träning inom hjärtrehabilitering” enligt de nationella riktlinjerna från Socialstyrelsen [1] så behöver antalet fysioterapeuter som arbetar med detta ökas genom omfördelning och/eller nya tjänster [14, 15].

2.5 Kostnader

På lång sikt väntas införandet av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp inom hjärtsvikt medföra minskade kostnader för hälso- och sjukvården. Initialt kan dock kostnaden öka till följd av ökningen av antalet ekokardiografier i de regioner som har väntetider till ekokardiografi.

I de regioner som har köer för att erhålla en ekokardiografiundersökning kan inköp av ekokardiografimaskiner behövas för att tillgodose det ökade behovet. Detta innebär en engångskostnad, men en ökning av antalet undersökningar kan också innebära ökande personalkostnader.

Då tillgången till teambaserade hjärtsviktsmottagningar idag inte täcker behovet som finns kommer mer personal behöva utbildas för att kunna skapa fler mottagningar. Detta innebär att fler utbildningsplatser behövs, vilket medför en ökad kostnad. Dessa insatser borde vara möjliga att samordna mellan regionerna och ske webbaserat.

Vårdförloppet väntas leda till ökad kostnadseffektivitet över tid genom att tidigare diagnos och ökad behandlingsgrad ger en förbättrad prognos eller mildare sjukdom över tid. De direkta kostnaderna kan initialt öka, men sedan minska över tid [16]. Erfarenheter från bland annat Stockholmsregionens satsning på teambaserade hjärtsviktsmottagningar och fysisk träning inom hjärtrehabilitering visar att den relativt modesta förändringen i insatsen, utförd av hjärtsviktssköterskor och fysioterapeuter,

har lett till stora kostnadsbesparingar för sjukhusvården, som en följd av att sjukhusvården minskat över tid.

Kostnadsförändringar inom Primärvård:

- Ökad resursåtgång för utbildning inom hjärtsvikt för alla personalkategorier – kostnaderna beror på om regionen väljer teambaserad sviktmottagning inom primär- eller slutenvård.
- Sannolikt en viss ökning av antalet genomförda ekokardiografier.
- Fler fysioterapeuter inom hjärtrehabilitering, primärvård och kommun behöver rekryteras och utbildas. Detta för att kunna ta emot patienter för träning så nära hemorten som möjligt eller för att kunna erbjuda digitala lösningar för monitorering vid träning.
- Ökat antal remisser då remisskraven är låga, kan innebära en kostnadsökning i primärvården.

Kostnadsförändringar inom specialiserad vård

- Fler ekokardiografier leder sannolikt till en kostnadsökning åtminstone initialt för eventuellt inköp av ekokardiografimaskiner och utbildning av biomedicinska analytiker samt läkare för att tolka resultaten av undersökningen.
- Sannolikt kommer det ske en ökning av antalet remisser för ekokardiografi till den specialiserade vården (Klinisk fysiologi/röntgen/kardiologmottagningar).
- Ökad personalkostnad för sviktmottagningar men nettobesparingar skapas på grund av minskade inläggningar på sjukhus.
- Viss ökning av läkemedelskostnader. Dock kan de flesta patienter förskrivas generiska preparat, vilket leder till en relativt liten ökning i kostnader. Publicerade forskningsresultat (DAPA) visar att ARNI, CRT/D och nya behandlingar initialt kan medföra ökade kostnader för en del av patienterna men samtidigt kan behandlingarna också vara besparande för att de minskar återinläggningar.
- Investeringar i utrustning för fysioterapi behöver göras. Testcyklar för att fysioterapeuter i specialiserad vård ska kunna bedöma och testa patienter innan uppstart av fysisk träning.

2.6 Kompetensförsörjning

För att kunna arbeta enligt vårdförloppet behövs utökad kompetens inom undersökningsmetoden ekokardiografi, vilket kommer behöva användas på minst 40 000 patienter per år. Införandet av ett vårdförlopp inom hjärtsvikt kommer innebära en ökning av antalet ekokardiografier. Det finns kompetens för att genomföra och tolka de ekokardiografier som genomförs idag i samtliga regioner, men om vårdförloppet följs och behoven ökar kommer resurserna inte att räcka till i alla regioner. Det kommer behövas kompetensutvecklingsinsatser till flera professioner inom specialiserad vård (klinisk fysiologi/röntgen/kardiologmottagningar) med ett ökat antal ekokardiografier.

Det innebär att det kommer att behövas kompetensutvecklingsinsatser till flera professioner inom primärvården avseende ovanstående undersöknings- och behandlingsmetoder. Kompetensen i specialiserad vård bedöms på nationell nivå vara tillräcklig, men kan i vissa regioner behöva stärkas. Detta kan öka behovet av att utbilda sjuksköterskor som kan arbeta på teambaserade

hjärtsviktsmottagningar i landet. Eventuellt kan detta även öka behovet av antal utbildningsplatser i landet.

Om alla nydiagnostiserade patienter med hjärtsvikt ska kunna erbjudas ”fysisk träning inom hjärtrehabilitering” enligt de nationella riktlinjer från Socialstyrelsen [1] så behöver antalet fysioterapeuter som arbetar med detta ökas genom omfördelning eller genom nya tjänster. Fler fysioterapeuter inom hjärtrehabilitering och fler fysioterapeuter i primärvård och kommun samt utbildning behövs för att de ska kunna ta emot patienter för träning så nära hemorten som möjligt eller kunna erbjuda digitala lösningar för monitorering vid träning. Ett antal utbildningsinsatser kommer att behövas under och efter införandet av det patientcentrerade sammanhållna vårdförloppet för att tillfredsställa behovet av förändrade kompetenser. Se tabellen nedanför för en mer övergripande lista på behov, aktiviteter och aktörer vid implementering av vårdförlopp för hjärtsvikt.

1. Vilka behov finns för implementering av vårdförloppet för diagnos hjärtsvikt?	2. Vilka aktiviteter eller resurser behövs för att möta behoven?	3. Vilka aktörer är lämpligast för att genomföra aktiviteterna/ tillhandahålla stödet?
Öka kunskap hos professionen nationellt om patientcentrerat sammanhållet vårdförlopp inom hjärtsvikt.	Kommunikationskampanj på nationell nivå inriktad på läkare, sjuksköterskor och andra relevanta parter i professionen.	Sjukvårdsregionerna
Öka kunskapen om behandling av hjärtsvikt i det patientcentrerade sammanhållna vårdförloppet inom hjärtsvikt.	Kunskapslyft vid fortbildning för samtlig personal som arbetar med hjärtsviktsbehandling.	Sjukvårdsregionerna
Öka kunskapen om behov av teambaserad vård av hjärtsvikt. Öka kunskapen om fysisk träning hos fysioterapeuter inom hjärtrehabilitering. Öka kunskapen om hjärtsviktsbehandling hos sjuksköterskor inom hjärtrehabilitering.	Kompetensutvecklingsinsatser till flera professioner inom vården avseende teambaserad hjärtsviktsvård. Specifika utbildningar för fysioterapeuter inriktade på hjärtsvikt. Specifika utbildningar för sjuksköterskor inriktade på hjärtsvikt.	Sjukvårdsregionerna

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Detta kunskapsstöd hänvisar till nationella riktlinjer för diagnos hjärtsvikt från Socialstyrelsen och vårdförloppet medför att dessa snarast kommer att stärkas och öka i implementering.

Detta kunskapsstöd kommer att kunna ersätta eller komplettera lokalt utarbetade riktlinjer avseende omhändertagande av personer med hjärtsvikt.

Det kan finnas överlapp med andra vårdförlopp i de tidiga faserna innan diagnos är bekräftad, exempelvis kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL).

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Inga övriga relevanta konsekvenser tillkommer vid införandet av vårdförloppet för hjärtsvikt.

2.9 Uppföljning

Vårdförloppet för hjärtsvikt leder till vissa förändringar i behov av uppföljning. Vårdförloppet innebär att flera nya indikatorer införs för uppföljning av den vård som ges inom ramen för vårdförloppet (se huvuddokumentet Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp hjärtsvikt). För dessa indikatorer kommer det behövas ett uppstartsarbete att säkerställa både kvalitet i grunddata och möjligheter att följa upp dessa nationellt. Eftersom tillgången på data för uppföljning är osäker eller bristfällig måste man räkna med att arbetet med indikatorer och datatillgång kommer att behöva fortsätta.

Mätning och återrapportering för dessa nya indikatorer kan ske med stöd av RiksSvikt och kontakter om indikatorerna och frågor om dataleverans till Vården i Siffror behöver tas med ansvariga vid det registret. RiksSvikt har idag en begränsad täckningsgrad. Ett viktig inslag i arbetet för att kunna öka registreringen till RiksSvikt är att vårddokumentationen är strukturerad så att direktöverföring av data från journalsystemen kan ske. Utvecklingsarbete med detta syfte pågår. Det finns ett behov av att Rikssvikt stärks och att sjukvårdsregionerna uppmanas ansluta så att registret kan hjälpa till i uppföljningen av vårdförloppet på ett sätt som utformas av professionen och inte kräver stora administrativa insatser

En formell begränsning rörande RiksSvikt är att ett kvalitetsregister enbart kan inkludera patienter med diagnos. De personer som utreds för misstänkt hjärtsvikt enligt vårdförloppet, men inte får diagnos, kan inte inkluderas i RiksSvikt. Detta innebär att andra datainsamlingar av vårdkontakter, remisser och ledtider i vårdkedjan kommer att behövas. Både väntetidsdatabasen vid SKR och utvecklingen av nya vårddatainsamlingar kan komma att bidra. När eller om Socialstyrelsen får möjlighet att samla in data från primärvården ger detta nya möjligheter.

2.10 Övriga konsekvenser

Inga övriga relevanta konsekvenser tillkommer vid införandet av vårdförloppet för hjärtsvikt.

REMISS

3 Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Stöd för styrning och ledning. In: Socialstyrelsen, editor.: www.socialstyrelsen.se, juni 2018; 2018.

2. Dahlstrom U, Hakansson J, Swedberg K, Waldenstrom A. Adequacy of diagnosis and treatment of chronic heart failure in primary health care in Sweden. Eur J Heart Fail. 2009;11(1):92-8.

3. Lindmark K, Boman K, Olofsson M, Tornblom M, Levine A, Castelo-Branco A, et al. Epidemiology of heart failure and trends in diagnostic work-up: a retrospective, population-based cohort study in Sweden. Clin Epidemiol. 2019;11:231-44.

4. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2016;37(27):2129-200.

5. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer - Utvärdering. Hjärtsjukvård. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. www.socialstyrelsen.se, 2015.

6. Zarrinkoub R, Wettermark B, Wandell P, Mejhert M, Szulkin R, Ljunggren G, et al. The epidemiology of heart failure, based on data for 2.1 million inhabitants in Sweden. Eur J Heart Fail. 2013;15(9):995-1002.

7. Schaufelberger M, Swedberg K, Koster M, Rosen M, Rosengren A. Decreasing one-year mortality and hospitalization rates for heart failure in Sweden; Data from the Swedish Hospital Discharge Registry 1988 to 2000. Eur Heart J. 2004;25(4):300-7.

8. Martensson J, Dahlstrom U, Johansson G, Lernfelt B, Persson H, Willenheimer R. Nurse-led heart failure follow-up in primary care in Sweden. Eur J Cardiovasc Nurs. 2009;8(2):119-24.

9. Van Spall HGC, Rahman T, Mytton O, Ramasundarahettige C, Ibrahim Q, Kabali C, et al. Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. Eur J Heart Fail. 2017;19(11):1427-43.

10. Gandhi S, Mosleh W, Sharma UC, Demers C, Farkouh ME, Schwalm JD. Multidisciplinary Heart Failure Clinics Are Associated With Lower Heart Failure Hospitalization and Mortality: Systematic Review and Meta-analysis. Can J Cardiol. 2017;33(10):1237-44.

11. Stromberg A, Martensson J, Fridlund B, Levin LA, Karlsson JE, Dahlstrom U. Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: results from a prospective, randomised trial. Eur Heart J. 2003;24(11):1014-23.

12. Jonsson A, Edner M, Alehagen U, Dahlstrom U. Heart failure registry: a valuable tool for improving the management of patients with heart failure. Eur J Heart Fail. 2010;12(1):25-31.

REMISS

13. Colvin M, Sweitzer NK, Albert NM, Krishnamani R, Rich MW, Stough WG, et al. Heart Failure in Non-Caucasians, Women, and Older Adults: A White Paper on Special Populations From the Heart Failure Society of America Guideline Committee. J Card Fail. 2015;21(8):674-93.

14. Maiorana AJ, Williams AD, Askew CD, Levinger I, Coombes J, Vicenzino B, et al. Exercise Professionals with Advanced Clinical Training Should be Afforded Greater Responsibility in Pre-Participation Exercise Screening: A New Collaborative Model between Exercise Professionals and Physicians. Sports Med. 2018;48(6):1293-302.

15. Balady GJ, Williams MA, Ades PA, Bittner V, Comoss P, Foody JA, et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. J Cardiopulm Rehabil Prev. 2007;27(3):121-9.

16. Liljeroos M, Stromberg A. Introducing nurse-led heart failure clinics in Swedish primary care settings. Eur J Heart Fail. 2019;21(1):103-9.

REMISS