

Sekundärprevention vid kranskärslssjukdom

Nationell styrande modell

Sekundärprevention på vårdavdelning (fas 1 hjärtrehabilitering)

Framtagen av Nationell arbetsgrupp (NAG) Sekundärprevention på uppdrag
av Nationella programområdet för Hjärt- och kärlsjukdomar

REMISSVERSION

Sekundärprevention på vårdavdelning (fas 1 hjärtrehabilitering)

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning.....	2
1. Definitioner	3
2. Bakgrund	4
3. Behandlingsmål för patienter med kronisk kranskärslsjukdom.....	5
4. Rekommendationer fas 1	6
5. Multisjuklighet och skörhet.....	11
6. Förslag till implementering	13
Rekommendationer – kortversion	14

Sekundärprevention på vårdavdelning (fas 1 hjärtrehabilitering)

1. Definitioner

Centerbaserad hjärtrehabilitering

Ett strukturerat uppföljnings- och behandlingsprogram, lett av ett multiprofessionellt team. Programmet bör bland annat innehålla följande:

- Individualiserad bedömning och uppföljning av patienten
- Behandling av kardiovaskulära riskfaktorer
- Interaktiv patientutbildning (enskilt och i grupp)
- Fysioterapeut-ledd träning
- Medicinskt ansvarig läkare

För detaljerad beskrivning vg se Avsnitt **Centerbaserad hjärtrehabilitering (fas 2 hjärtrehabilitering)**.

Hjärtrehabiliteringsenhet

Öppenvårdsverksamhet som bedriver hjärtrehabilitering enligt ovan.

Sekundärprevention

Sekundärprevention avser insatser för att förhindra progress eller återinsjuknande av redan befintlig sjukdom.

Fysisk träning inom hjärtrehabilitering

Fysisk träning (konditions- och styrketräning) som är regelbunden, individanpassad och utformad av fysioterapeut med tillräcklig erfarenhet och kompetens inom specialiserad öppenvård vid hjärtrehabiliteringsenhet.¹

¹ I enlighet med definition i Nationella Riktlinjer för Hjärtsjukvård (Socialstyrelsen, 2015).

Sekundärprevention på vårdavdelning (fas 1 hjärtrehabilitering)

2. Bakgrund

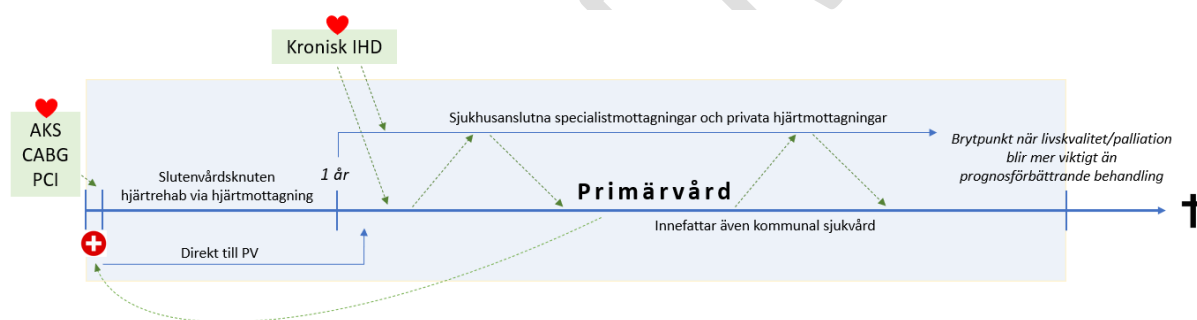
I Sverige lever ca *två miljoner människor* med någon form av hjärtkärlsjukdom vilket motsvarar 20 procent av befolkningen. Den vanligaste manifestationen är kranskärlssjukdom.

Omhändertagandet av patientgruppen sker hos de flesta typer av vårdgivare och av ett stort antal olika yrkeskategorier.

Betydande skillnader avseende organisation, tydlighet och behandlingsmål mellan sjukhsanknuten hjärtrehabilitering och uppföljning inom primärvård och skillnader som beror av geografi, demografi och socioekonomi *belyser sammanfattningsvis behovet av en nationell modell* för hur vi tillsammans förbättrar sekundärprevention och minskar risken för återinsjuknande i hela landet.

Målet med framtagandet av denna nationella modell för sekundärprevention är att *erbjud* patientgruppen en *evidensbaserad och jämlik vård* oavsett var i Sverige man söker vård samt vara ett stöd för vårdgivarna i att uppnå det målet.

Modellen omfattar patienter med *känd kranskärlssjukdom* som har nytta av sekundärprevention (Figur 1). Delar av modellen kan med fördel även användas till patienter med extrakardiell kärlsjukdom på basen av ateroskleros, såsom ischemisk benartärsjukdom.

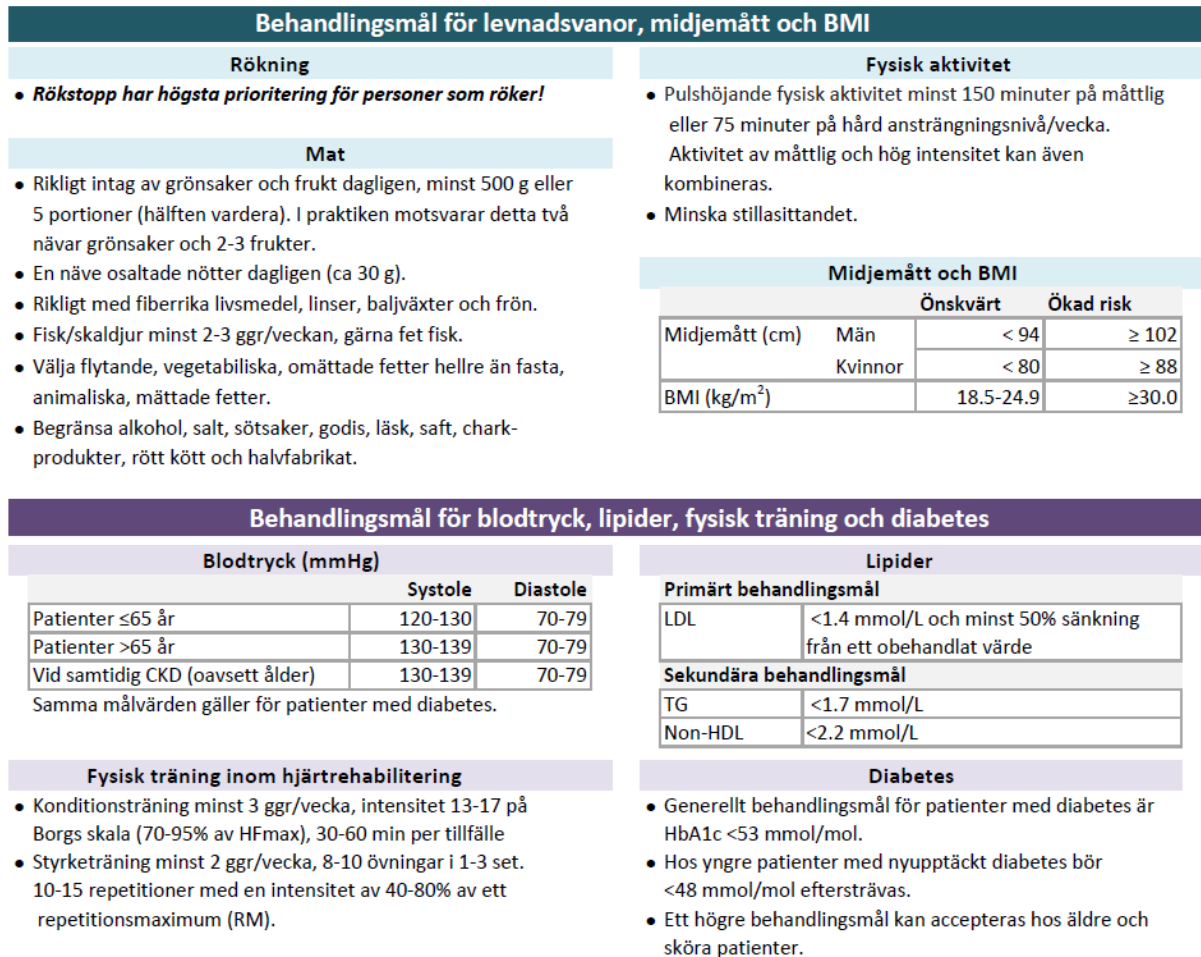


Figur 1. Förlopp inom vården från diagnos till livets slutskede för en patient med kranskärlssjukdom. Den ljusblå rutan markerar den delen av förloppet som berörs av denna modell.

Underlaget för rekommendationerna i denna modell återfinns i stor utsträckning i evidensbaserade riktlinjer framtagna av Socialstyrelsen och Europeiska Hjärtförbundet (European Society of Cardiology). Hänsyn har tagits till svensk sjukvårdsmiljö och praxis.

Sekundärprevention på vårdavdelning (fas 1 hjärtrehabilitering)

3. Behandlingsmål för patienter med kronisk kranskärslsjukdom



Figur 2. Behandlingsmål för patienter med kronisk kranskärslsjukdom.

Behandlingsmålen för de fyra levnadsvanorna är samma för primär- och sekundärprevention. Övergripande visar evidensen att hälsosamma levnadsvanor förebygger en rad olika sjukdomar utöver hjärtkärlsjukdomar, samt minskar risken för död.

Att behandla riskfaktorer såsom lipider, blodtryck och diabetes samt behandling med fysisk träning inom hjärtrehabilitering har stark evidensbas inom sekundärprevention för att förebygga komplikationer, återinsjuknande och död i hjärtkärlsjukdom hos kranskärslsjuka patienter. Målen skiljer sig till viss del från mål för den friskare befolkningen.

Sekundärprevention på vårdavdelning (fas 1 hjärtrehabilitering)

4. Rekommendationer fas 1

Vårdtiderna för patienter med akut koronart syndrom (AKS) på våra avdelningar är i regel korta. Ungefär 75 % av AKS patienter vårdas kortare än 5 dagar. Under denna tid är det mycket som händer. En rad undersökningar t.ex. kranskärlsröntgen och ultraljud görs och nya läkemedel sätts in. *Redan vid tidpunkten för diagnos bör även sekundärprevention inledas.* De korta vårdtiderna ställer höga krav på ett strukturerat omhändertagande för att inget ska missas.

- Kranskärlssjukdom är en kronisk sjukdom. Patienten bör informeras om detta, så att patienten inte får en felaktig uppfattning att tillståndet är botat genom behandling av den akuta hjärtinfarkten.
- Redan under vårdtiden är det viktigt att samtala med patienten om hälsosamma levnadsvanor. All personal, på PCI-laboratorium och vårdavdelning, bör vara insatt i vilka råd och rekommendationer som gäller, så att enhetliga besked ges till patienten.

4.1 Tobak

- Alla rökare bör få rådet att sluta röka och erbjudas hjälp att sluta röka. Snusare bör rekommenderas att bli snusfria, och patienter som använder e-cigarett och vattenpipa bör rekommenderas sluta. Vikten av rökstopp bör tas upp i samtalet med patienten av samtlig personal, kontinuerligt under vårdtiden.
- Erbjud adekvata doser nikotinersättningsmedel (plåster, tuggummi, sugtabletter). En lathund att använda på vårdavdelningen finns i Bilaga 2.
- Vareniklin kan användas, om patienten gjort tidigare misslyckade rökstopp med hjälp av nikotinersättningsmedel. Behandlingen kan med fördel initieras på vårdavdelning.
- Erbjud fortsatt hjälp med tobaksavvänjning antingen i primärvården eller på det egna sjukhuset, beroende på var resurser finns.

4.2 Fysisk aktivitet och träning

- Patienten bör träffa fysioterapeut under vårdtiden för att muntligt och skriftligt få information om vikten av fysisk aktivitet och träning och vilka rekommendationer som gäller under den första tiden efter hemgång.
- Vidare är det viktigt att framhålla betydelsen av återbesök hos fysioterapeut vid en sjukhusanknuten hjärtrehabiliteringsenhet för utvärdering av fysisk kapacitet, samt deltagande i [fysisk träning inom hjärtrehabilitering](#).

4.3 Mat- och alkoholvanor

- Har patienten problem med övervikt och/eller ohälsosamma matvanor kan dietist kopplas in redan under vårdtiden. Korta rekommendationer avseende hälsosam mat finns i Figur 2. En mer detaljerad beskrivning finns i **Bilaga 3**.
- Under vårdtiden bör alkoholkonsumtion penetreras. [AUDIT](#) frågeformuläret kan användas som hjälpmedel för skattning av alkoholkonsumtion. Mätning av B-PEth² kan ibland vara av

² B-fosfatidyletanol.

Sekundärprevention på vårdavdelning (fas 1 hjärtrehabilitering)

värde. I de fall riskbruk finns bör patienten erbjudas hjälp för vidare utredning och behandling.

- Samtal kring levnadsvanor bör dokumenteras i journalen och gärna åtgärdskodas.

4.4 Läkemedel

- Prognosförbättrande läkemedel bör sättas in tidigast möjligt under vårdtiden. För detaljer kring läkemedelsbehandling för patienter med kronisk kranskärslsjukdom se Tabell 1 (finns också som Bilaga 1).
- Det är viktigt att diskutera med patienten varför de nyinsatta läkemedlen bör intas. Indikationer och behandlingslängd bör förklaras för patienten redan under vårdtiden.
- Patienten bör testa sublingual nitroglycerinspray före hemgång. Detta för att möjliggöra undervisning i rätt teknik samt att observera eventuell blodtrycksreaktion efter användandet.

4.5 Blodtryck, lipider och blodsocker

- Behandlingsmål för blodtryck bör eftersträvas redan under vårdtillfället. För målvärden se Figur 2 och för detaljer kring lämpliga läkemedel se Tabell 1.
- För patienter med högt utgångsvärde i LDL kolesterol, kan insättning av ezetimib, som tillägg till högpotent statin, övervägas under vårdtiden. Även PCSK9-hämmande behandling kan inledas under vårdtiden hos patienter som sedan tidigare behandlas med statin och/eller ezetimib i högsta tolerabla doser och trots detta inte når målvärden. Detta för att undvika fördröjd tid tills målvärden nås.
- Vid totalkolesterol > 7,5 mmol/L och/eller LDL > 5,0 mmol/L (obehandlede värden) i kombination med något av följande:
 - ärftlighet för hyperkolesterolemi
 - ärftlighet för tidigt³ insjuknande i aterosklerotisk kärlsjukdom
 - eget tidigt insjuknande i aterosklerotisk kärlsjukdom

alternativt beräknat Dutch Lipid Clinic Network (DLCN) score ≥ 6 (www.fhscore.eu) – misstänk familjär hyperkolesterolemi (FH). Remittera i dessa fall patienten till specialistmottagning.

- Vid nyupptäckt typ-2 diabetes, oavsett HbA1c värde, bör behandling initieras utan onödig fördröjning. Vid känd typ-2 diabetes, också oavsett HbA1c värde, bör behandling optimeras med hänsyn till patientens hjärtsjukdom, njurfunktion och eventuell förekomst av hjärtsvikt. Diabetologer bör friskostigt konsulteras. För aktuella målvärden för behandling hänvisas till Figur 2. För lämpligt val av behandling hänvisas till Tabell 1. Vid nyupptäckt typ-2 diabetes bör remiss för skickas till primärvården för fortsatt uppföljning.

³ Tidigt insjuknande i aterosklerotisk kärlsjukdom anses vara < 55 år för män och < 60 år för kvinnor.

Sekundärprevention på vårdavdelning (fas 1 hjärtrehabilitering)

Vilket läkemedel	Indikation/rekommendation
Acetylsalicylsyra	Trombocythämmare, prognosförbättrande. Bör sättas in hos alla patienter. Vid ASA-intolerans, använd clopidogrel.
Ticagrelor, clopidogrel och prasugrel	Trombocythämmare, prognosförbättrande. Kombinerar med ASA under 12 mån efter AKS. Lågdos ticagrelor kan övervägas som tillägg till ASA efter första året post-AKS hos patienter med hög risk ⁴ för nya händelser och låg blödningsrisk.
Rivaroxaban	Antikoagulation, prognosförbättrande. Kan övervägas i låg dos efter första året post-AKS hos patienter med hög risk ⁴ för nya händelser och låg blödningsrisk.
Protonpumpshämmare	Magskyddande. Rekommenderas för patient som står på ASA, DAPT och/eller OAK som har ökad risk för gastrointestinala blödningar.
Högpotent statin i högsta tolerabla dos	Kolesterolsänkande, prognosförbättrande. Bör sättas in hos alla patienter, oavsett utgångsvärdet för LDL kolesterol.
Ezetimib	Kolesterolsänkande, prognosförbättrande. Kan sättas in om målvärdet för LDL inte uppnås enbart med statin.
PCSK9 hämmare	Kolesterolsänkande, prognosförbättrande. Kan sättas in om patienten ligger $\geq 2,5$ mmol/L i LDL trots behandling med högsta tolerabla dos statin och ezetimib.
ACE-hämmare eller angiotensin receptor blockerare	Blodtryckssänkande, hjärtstärkande, njurskyddande, prognosförbättrande. Bör sättas in hos alla patienter som har hjärtsvikt/nedsatt VK funktion, högt blodtryck eller diabetes.
Betablockerare	Antianginös behandling, symptomlindrande. Förstahandsval vid hjärtsvikt med nedsatt vänsterkammarmfunktion och har då även prognosförbättrande effekt.
Calciumblockerare	Antianginös behandling, symptomlindrande. Förstahandsval om patienten också har högt blodtryck och har då även prognosförbättrande effekt.
Långverkande nitroglycerin	Antianginös behandling, symptomlindrande. Andrahandsval.
Kortverkande nitroglycerin	Vid behovsbehandling av angina. Symptomlindrande.
Metformin, SGLT2 blockerare och GLP-1 analoger	Glukossänkande. Samtliga är prognosförbättrande hos patienter med kronisk kranskärslsjukdom och bör väljas som glukossänkande behandling vid diabetes typ 2 hos dessa patienter.

Tabell 1. Prognos- och symptomförbättrande läkemedel för patienter med kronisk kranskärslsjukdom - sammanfattning av aktuella rekommendationer.

ACE: angiotensin-converting enzyme; AKS: akut koronart syndrom; ASA: acetylsalicylsyra; DAPT: dual anti-platelet therapy; GLP-1: glucagon-like peptide-1; LDL: low-density lipoprotein; OAK: orala antikoagulantia, PCSK-9: Proprotein convertase subtilisin/kexin type 9; SGLT2: sodium-glucose co-transporter.

- Vid icke-konklusiva värden för fastebloodsocker och HbA1c bör oralt glukostoleranstest (OGTT) planeras i lugnt skede.

⁴Hög risk: Patienter med flerkärslsjukdom (≥ 2 kärlebäddar) som dessutom har minst ett av följande: diabetes mellitus, ny hjärtinfarkt < 1 år, perifer kärlsjukdom eller njursvikt (GFR 15-59 ml/min). Källa: ESC riktlinjer för kronisk kranskärslsjukdom 2019.

Sekundärprevention på vårdavdelning (fas 1 hjärtrehabilitering)

4.6 Psykisk hälsa

- Stress, depression och ångest är underskattade riskfaktorer för kranskärlssjukdom. Dessutom rapporterar drygt en tredjedel symptom på depression och ångest månaden efter en hjärtinfarkt. Det är viktigt att all personal beaktar detta och är lyhörda för att patienten kan ha behov av samtal eller annat stöd. Koppla gärna in kurator eller psykolog redan under vårdtiden.

4.7 Patientinformation

- Sträva efter att patienten under vårdtiden får kontakt med sjuksköterska från hjärtrehabiliteringsteamet, med fördel den samma som planeras träffa patienten vid första återbesöket och i den mån det är möjligt under hela eftervårdstiden. Redan vid första samtalet bör mål för riskfaktorer samt levnadsvanor tas upp, och de mest angelägna målen för den enskilde patienten betonas. Fortsatt uppföljning efter utskrivningen bör också gås igenom.
- Dela med fördel ut informationsmaterial till patienten redan under vårdtiden för att ge patienten och närstående möjlighet att fördjupa sin kunskap om sjukdomen, antingen i tryckt form eller digitalt. Följande är exempel på bra digitala informationskällor:
 - [Hjärtguiden från Riksförbundet HjärtLung](#). Patient och vårdgivare fyller gemensamt i hälsoplanen, som följs upp vid varje uppföljande besök.
 - Digitala interaktiva informationsprogram, så som t.ex. "Efter hjärtinfarkten" och "Hjärtskolan för dig med kranskärlssjukdom" via Stöd och behandling på 1177 (kräver inloggning till Mina sidor)
 - [Healthy-Heart.org](#) (på engelska samt ett flertal andra språk)
 - [www.heartfailurematters.org](#) (på 10 språk, inklusive svenska)
- Alla patienter med genomgången AKS eller revaskularisering bör informeras om och erbjudas deltagande i interaktiv patientutbildning⁵ (t.ex. hjärtskola). Inbjudan/information kan gärna delas ut redan under vårdtiden.

4.8 Utskrivningssamtal

- Vid utskrivningssamtal med läkare bör sekundärpreventionens grundkomponenter diskuteras med patienten. Det är viktigt att samtalet baseras på partnerskap samt patientens aktiva medverkan och personliga hälsomål. Närstående bör ges möjlighet att medverka vid utskrivningssamtalet. Följande punkter bör beaktas:
 - Vikten av hälsosamma levnadsvanor som en del av behandlingen.
 - Målnivåer för riskfaktorer och levnadsvanor för patienten i fråga. Ge både muntlig och skriftlig information. Bra exempel från den svenska vården finns i Bilaga 4.
 - Vikten av att delta i centerbaserad hjärtrehabilitering efter utskrivningen.
 - Anvisningar på läkemedelslista och recept. Dessa bör vara tydliga och skrivas på ett sätt som gör att patienten förstår.

⁵Med interaktivt menas någon form av interaktion mellan patient och vårdgivare, t.ex. föreläsningar med möjlighet till diskussion, mindre diskussionsgrupper, digitala vårdmöten eller övrig digital kontakt med meddelandefunktion. Att enbart hänvisa till information i tryckt format eller på en websida räknas inte.

Sekundärprevention på vårdavdelning (fas 1 hjärtrehabilitering)

- För patienter som utvecklat hjärtsvikt i samband med AKS bör ställningstagande göras till var och hur uppföljning och titrering av läkemedel ska ske, dvs via hjärtsviktsmottagning eller centerbaserat hjärtrehabilitering. För detaljer avseende behandling av patienter med hjärtsvikt, se PSVF för hjärtsvikt.
- För patienter som inte pratar svenska, bör auktoriserad tolk användas.
- Remittering till centerbaserad hjärtrehabilitering bör ske med ett automatiserat förfarande, t.ex. via SWEDEHEART eller andra bevakningssystem. Tidbokning till första besök till sjuksköterska och fysioterapeut bör göras i tidigt skede, gärna redan innan utskrivning från vårdavdelningen.

4.9 Sjukskrivning

- Vid akut hjärtinfarkt utan komplikationer är arbetsförmågan i regel helt nedsatt i alla former av arbeten i 2–4 veckor. Därefter är oftast partiell sjukskrivning i 2–4 veckor lämpligt.
- Vid komplikationer, till exempel hjärtsvikt, kan längre tids sjukskrivning behövas och i vissa fall kan arbetsförmågan vara permanent nedsatt, helt eller delvis.
- Se även Försäkringsmedicinskt beslutsstöd vid [ischemisk kranskärslsjukdom](#) och [hjärtsvikt](#).
- Patienter som är åter i arbete men deltar i hjärtrehabiliteringsprogram kan behöva [Läkarutlåtande för förebyggande sjukpenning](#).

Sekundärprevention på vårdavdelning (fas 1 hjärtrehabilitering)

5. Multisjuklighet och skörhet

Andelen patienter med kranskärslssjukdom som är multisjuka stiger med tilltagande ålder. Att ha flera sjukdomar medför i sig inga medicinska hinder för sedvanlig behandling. Däremot kan behandlingen i högre grad behöva individualiseras.

Begreppet skörhet innefattar ofta samtidig påverkan på flera olika organsystem som medför sviktande fysiologiska reserver och ökad sårbarhet. Begreppet omfattar allmän svaghet, trötthet, nedsatt uthållighet, viktminskning/aptitlöshet, låg fysisk aktivitet, dålig balans och nedsatt kognition, vilket medför ett ökat behov av omvårdnad och annan hjälp i vardagen. Hos dessa patienter behöver behandlingen i hög grad individualiseras.

Undernäring är ofta ett större problem vid multisjuklighet och skörhet än övervikt och fetma och kostråden måste om så föreligger anpassas till det.

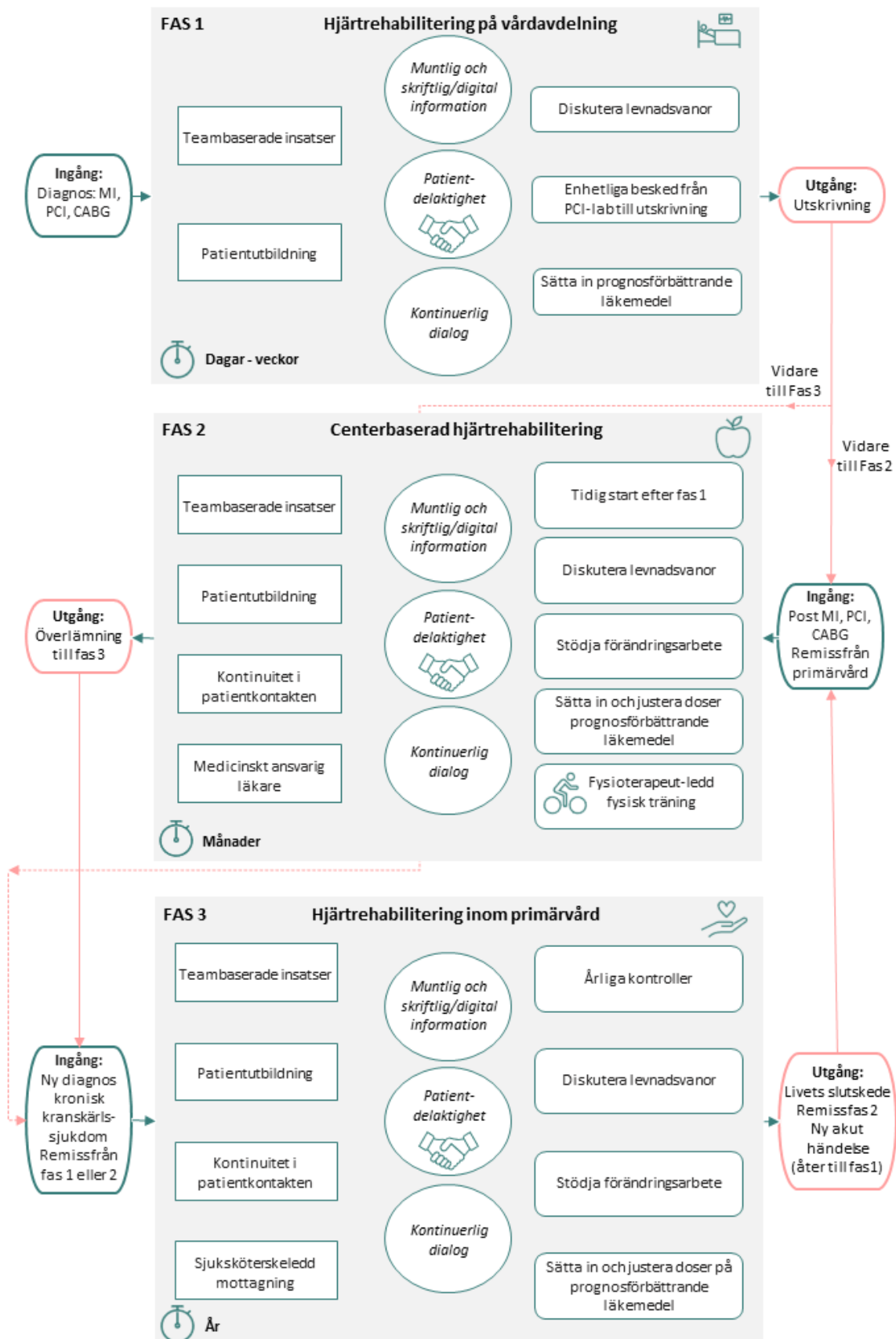
Patienter med multisjuklighet har ofta ett stort antal läkemedel. Risken för negativa effekter ökar med antalet läkemedel vilket understryker vikten av återkommande läkemedelsgenomgångar med ställningstagande till utsättning och dosjusteringar.

- ACE-hämmare/ARB kan behöva dosjusteras vid nedsatt njurfunktion.
- Blodtryckssänkande läkemedel kan behöva reduceras p.g.a. ortostatism.
- Anemi och/eller hög blödningsrisk kan medföra kortare kombinationsbehandling med trombocythämmande läkemedel än vad som är standard eller att sådan behandling inte blir möjlig att ge.
- Försämrad fysisk förmåga kan leda till minskat behov av långverkande nitrater mot kärlkramp, som kan behöva dosjusteras.
- Generellt bör lägre doser av de aktuella läkemedlen väljas och ibland får man helt avstå.
- Blodvärde, njurfunktion och elektrolyter behöver följas regelbundet och individuellt anpassat för varje patient.

Palliativ vård

I ett palliativt och ännu mer i ett terminalt skede blir livskvaliteten viktigare än prognosen. Symtomatisk behandling och bibehållande av livskvalitet bör prioriteras före prevention. Rent förebyggande behandlingar som trombocythämmare, antikoagulantia eller statiner kan då ofta avslutas, särskilt vid biverkningar. Vid samtidig hjärtsvikt är ACE-hämmare/ARB och betablockerare dock symtomlindrande och behandlingen bör fortgå, men kan behöva dosreduceras. Viss blodtrycksbehandling kan också ha symtomlindrande effekter.

Sekundärprevention på vårdavdelning (fas 1 hjärtrehabilitering)



Sekundärprevention på vårdavdelning (fas 1 hjärtrehabilitering)

6. Förslag till implementering

Vad göra	Vem göra
Nulägesbeskrivning	
Genomföra en bedömning av i vilken utsträckning sekundärprevention bedrivs på enheten. För detta ändamål kan kortversioner av rekommendationerna som listas i detta dokument, för respektive fas i uppföljningen, användas.	Varje vårdenhet som arbetar med patienter med kranskärlsjukdom ⁶ .
Identifiera vårdenheter som berörs av utvärderingen Sprida information och vid behov assistera/svara på frågor kring utvärderingen Definiera tidsramar för utförandet Samla in kopior av utförda bedömningar Sammanfatta det lokala läget och rapportera till RPO	LPO
Skriva ihop en regional sammanfattning av läget och rapportera till NPO	RPO
Planering och genomförande av förbättringsarbete	
Baserat på nulägesbedömningen kan förbättringsarbeten behöva genomföras på olika enheter. En handlingsplan med tidsplan och rimliga mål bör då upprättas. Förankring av plan samt eventuella behov av ökade resurser bör ske hos ledningen för respektive enhet.	Varje vårdenhet som arbetar med patienter med kranskärlsjukdom ¹⁵ .
Åtgärder som inte den egna enheten råder över, t.ex. behov av ökade resurser eller lokaler, bör lyftas i organisationen. Åtgärder som lyfts i organisationen bör rapporteras till LPO.	Vårdenheter
LPO bör stå i beredskap för hjälp med planeringsarbetet om så behövs.	LPO
Utvärdering av genomfört förbättringsarbete	
Upprepad bedömning av i vilken utsträckning sekundärprevention bedrivs på samtliga vårdenheter bör göras regelbundet. Kortversionerna för denna modell kan återigen användas för detta ändamål.	Vårdenheter
En första grundlig utvärdering bör göras på kunskapsorganisationens initiativ. LPO och RPO bör ha samma ansvarsfördelning i utvärderingen som i den första nulägesbeskrivningen, se ovan.	LPO/RPO
På sikt bör fler processindikatorer implementeras i de nationella registren (SWEDEHEART och Primärvårdskvalitet) än vad som finns i registren i nuläget. Vid val av indikatorer bör hänsyn tas till liknande utvärderingssystem, t.ex. det europeiska accrediteringssystemet, utformat av EAPC , och det brittiska NACR certifieringssystemet .	De nationella kvalitetsregistren SWEDEHEART och Primärvårdskvalitet
Det uppmuntras till vetenskaplig utvärdering av implementeringsarbetet.	Det vetenskapliga samhället

Tabell 2. Förslag till implementering

⁶ Med vårdenhet menas alla vårdavdelningar som vårdar ineliggande patienter med kronisk kranskärlsjukdom (fas 1), hjärtrehabiliteringsenheter som bedriver centerbaserad hjärtrehabilitering (fas 2), samt offentlig och privat primärvård och specialistmottagningar som följer patienter med kronisk kranskärlsjukdom (fas 3).

Sekundärprevention på vårdavdelning (fas 1 hjärtrehabilitering)

Rekommendationer – kortversion (1/2)

	Gör vi redan	Kan vi förbättra	Behöver vi inleda
Kranskärslsjukdom är en <i>kronisk sjukdom</i> . Patienten bör informeras om detta, så att patienten inte får en felaktig uppfattning att tillståndet är botat genom behandling av den akuta hjärtinfarkten.			
LEVNADSVANOR			
All personal bör vara insatt i vilka råd och rekommendationer som gäller om <i>hälsosamma levnadsvanor</i> , så att enhetliga besked ges till patienten.			
Diskussion kring levnadsvanor bör dokumenteras i journalen och åtgärdskodas.			
Tobak			
<i>Rökstopp</i> har högsta prioritet för rökande patienter! Vikten av rökstopp bör tas upp i samtalet med patienten av samtlig personal, kontinuerligt under vårdtiden.			
Erbjud adekvata doser nikotinersättningsmedel (plåster, tuggummi, sugtabletter).			
Vareniklin kan användas, om patienten gjort tidigare misslyckade rökstopp med hjälp av nikotinersättningsmedel. Behandlingen kan med fördel initieras på vårdavdelning.			
Erbjud fortsatt hjälp med tobaksavvänjning antingen i primärvården eller på det egna sjukhuset, beroende på var resurser finns.			
Fysisk aktivitet och träning			
<i>Patienten bör träffa fysioterapeut under vårdtiden</i> för att få information om fysisk träning vid hjärtrehabiliteringsenhet samt om vikten av fysisk aktivitet och träning och vilka rekommendationer som gäller under den första tiden efter hemgång.			
Mat- och alkoholvanor			
Under vårdtiden bör alkoholkonsumtion penetreras och i de fall riskbruk finns, erbjuda patienten hjälp för vidare utredning och behandling.			
Har patienten problem med övervikt och/eller ohälsosamma matvanor kan dietist kopplas in redan under vårdtiden.			
LÄKEMEDEL			
Prognosförbättrande läkemedel bör sättas in tidigast möjligt under vårdtiden. För detaljer kring läkemedelsbehandling för patienter med kronisk kranskärslsjukdom se bifogad tabell.			
Det är viktigt att diskutera med patienten <i>varför</i> de nyinsatta läkemedlen bör intas. Indikationer och behandlingstid bör förklaras för patienten redan under vårdtiden.			
Patienten bör testa sublingual nitroglycerinspray före hemgång. Detta för att möjliggöra undervisning i rätt teknik samt att observera eventuell blodtrycksreaktion efter användandet.			

Sekundärprevention på vårdavdelning (fas 1 hjärtrehabilitering)

Rekommendationer – kortversion (2/2)

Gör vi redan	Kan vi förbättra	Behöver vi inleda
--------------	------------------	-------------------

BLODTRYCK, LIPIDER OCH BLODSOCKER		
Behandlingsmål för blodtryck bör eftersträvas redan under vårdtillfället.		
För patienter med högt utgångsvärde i LDL, kan insättning av ezetimib, som tillägg till statin, övervägas under vårdtiden. Även PCSK9-hämmare kan behövas, för att undvika fördröjd tid tills målvärden nås.		
Vid totalkolesterol >7,5 mmol/L och/eller LDL >5,5 mmol/L (obehandlade värden) i kombination med ärftlighet för, eller eget tidigt insjuknande i CVD, alt. Beräknat DLCN score ≥ 6 (www.fhscore.eu) – misstänk FH. Remittera i dessa fall patienten till specialistmottagning.		
Vid nyupptäckt diabetes typ 2 under vårdtiden bör medicinsk behandling initieras utan fördröjning.		
PSYKISK HÄLSA		
Det är viktigt att all personal är lyhörda för att patienten kan ha behov av samtal eller annat stöd pga oro, nedstämdhet och stress. Koppla gärna in kurator eller psykolog redan under vårdtiden.		
PATIENTINFORMATION		
<i>Sträva efter att patienten under vårdtiden får kontakt med sjuksköterska från hjärtrehabiliteringsteamet. Redan vid första samtalet bör mål för riskfaktorer samt levnadsvanor tas upp, och de mest angelägna målen för den enskilde patienten betonas.</i>		
Alla patienter med genomgången AKS eller revaskularisering bör informeras om och erbjudas deltagande i hjärtskola. Inbjudan kan gärna delas ut redan under vårdtiden.		
Det är bra att redan under vårdtiden ge patienten informationsmaterial för att fördjupa sin kunskap om sjukdomen, antingen i tryckt form eller digitalt. Exempel på bra digitala informationskällor finns i den fulla versionen av modellen.		
UTSKRIVNINGSSAMTAL		
<i>Vid utskrivningssamtal med läkare bör följande punkter, som avser sekundärprevention, diskuteras med patienten:</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - Vikten av hälsosamma levnadsvanor som behandling. - Målnivåer för riskfaktorer och levnadsvanor. Ge både muntlig och skriftlig information. - Vikten av att delta i hjärtrehabilitering efter utskrivningen. - Anvisningar på läkemedelslista och recept. Dessa bör vara tydliga och skrivas på ett sätt som gör att patienten förstår. 		
Närstående bör uppmuntras till att delta i utskrivningssamtalet.		
För patienter som inte pratar svenska, bör auktoriserad tolk användas.		