

Sekundärprevention vid kranskärlssjukdom

Nationell styrande modell

Långsiktig uppföljning inom primärvård (fas 3 hjärtrehabilitering)

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

REMISSVERSION

Långsiktig uppföljning inom primärvård (fas 3 hjärtrehabilitering)

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning.....	2
1. Definitioner	3
2. Bakgrund	4
3. Behandlingsmål för patienter med kronisk kranskärlssjukdom.....	5
4. Rekommendationer fas 3	6
5. Multisjuklighet och skörhet.....	16
6. Förslag till implementering	18
Rekommendationer – kortversion	19

Långsiktig uppföljning inom primärvård (fas 3 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 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).

Långsiktig uppföljning inom primärvård (fas 3 hjärtrehabilitering)

2. Bakgrund

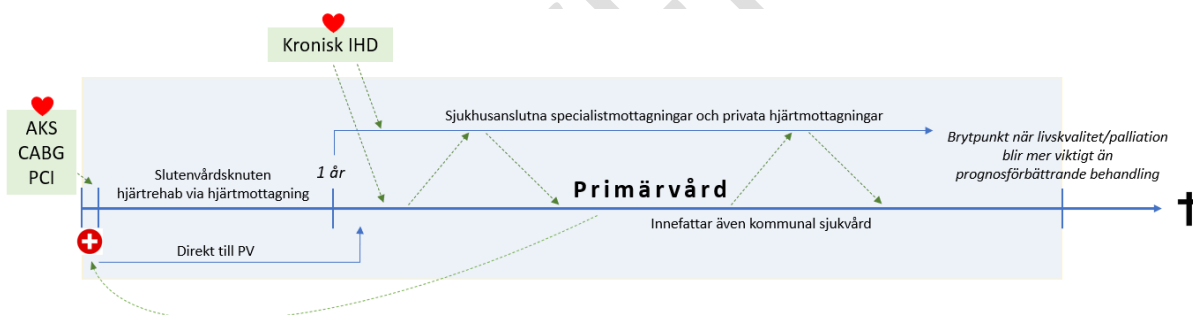
I Sverige lever ca *två miljoner människor* med någon form av hjärtkärlsjukdom vilket motsvarar 20 procent av befolkningen. Den vanligaste manifestationen är kranskärlssjukdom.

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 *erbjuda 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.

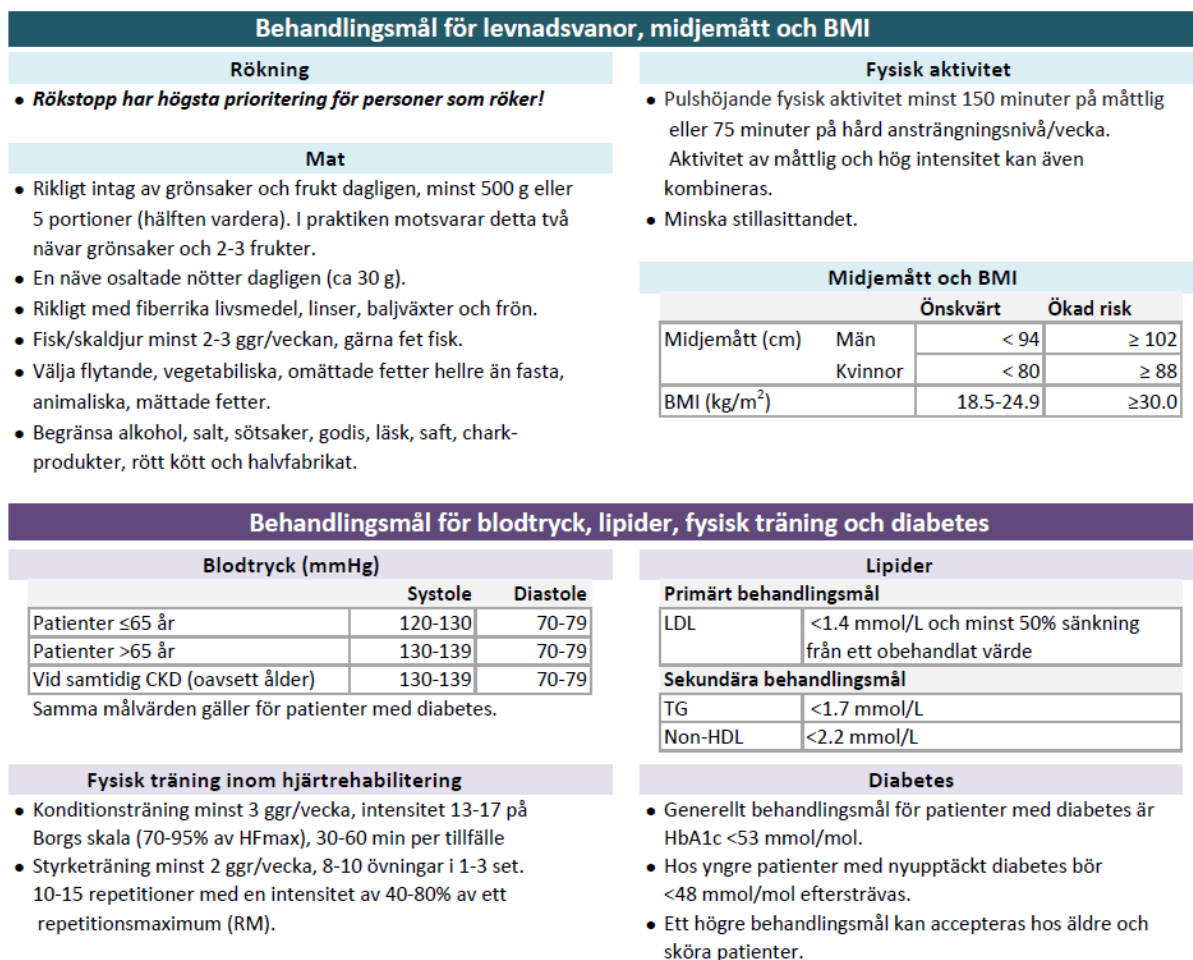


Figur 1. Förlopp inom vården från diagnos till livets slutskede för en patient med kranskärlssjukdom. Den ljusblå rutan markerar den delen av förloppet som berörs av denna modell.

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.

Långsiktig uppföljning inom primärvård (fas 3 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.

Långsiktig uppföljning inom primärvård (fas 3 hjärtrehabilitering)

4. Rekommendationer fas 3

Det akuta omhändertagandet och första årets centerbaserade hjärtrehabilitering efter akuta koronara syndrom (AKS) och revaskularisering är centrala för att förhindra och förebygga mortalitet och morbiditet då riskerna för återinsjuknande är som störst tidigt i förloppet. Manifest aterosklerotisk sjukdom medför dock en livslångt ökad risk för återinsjuknande och död. Risken för död och återinsjuknande ökar med stigande ålder, accentuerat av tilltagande samsjuklighet. Nedanstående rekommendationer överlappar på många sätt med det långsiktiga omhändertagandet av patienter med perifer artärsjukdom men det finns också väsentliga skillnader avseende vissa moment.

Det långsiktiga ansvaret för sekundärprevention ligger på primärvården, eller i utvalda fall på internmedicinsk/kardiologisk specialistmottagning, i samråd med respektive patient.

4.1 Patienter

Ungefär hälften av patienter med AKS tas efter den akuta vårdtiden primärt omhand i primärvården. Dessa patienter är ofta över 80 år, har komplicerande faktorer i form av somatisk sjuklighet, psykisk sjukdom eller missbruk, är inte motiverade att delta i hjärtrehabilitering eller bor långt från närmaste sjukhus. Behandlingsmålen kan hos dessa patienter behöva individualiseras i hög grad. Samtidigt finns i denna grupp patienter med hög kardiovaskulär risk som har nytta av sekundärpreventiva åtgärder även om behandlingsmålen av olika skäl inte kan nås.

- Patienter som fått diagnosen kronisk kranskärslssjukdom, utan föregående AKS eller revaskularisering (PCI/CABG), som bedöms ha nytta av sekundärprevention, bör ges möjlighet till deltagande i [centerbaserad hjärtrehabilitering](#). Det rekommenderas i dessa fall att patienterna får tillgång till ett hjärtrehabiliteringsprogram inom första året efter att diagnos har satts. Programmets längd och innehåll kan anpassas utifrån patientens behov, men rekommenderas med fördel minimalt innehålla:
 - Besök till sjuksköterska för genomgång av riskfaktorer och riktade hälsosamtal kring levnadsvanor.
 - Besök till fysioterapeut för bedömning av fysisk kapacitet, rådgivning om och förskrivning av fysisk aktivitet och fysisk träning baserat på testresultaten, samt rekommendation om uppföljning. Bedömning av arbetskapacitet bör ur ett säkerhetsperspektiv ske hos fysioterapeut vid en sjukhusanknuten hjärtrehabiliteringsenhet.
 - Deltagande i interaktiv patientutbildning² (t.ex. hjärtskola).
- Remiss skickas till närmaste hjärtrehabiliteringsenhet. Om lokala möjligheter med rätt kompetens finns, kan motsvarande program erbjudas inom primärvård eller privat internmedicinsk/kardiologisk specialistmottagning. Delar av hjärtrehabiliteringsprogrammet kan även erbjudas på distans. Programmet bör dock alltid handledas och följas upp av kunnig hjärtrehabiliteringspersonal.

² Med 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.

Långsiktig uppföljning inom primärvård (fas 3 hjärtrehabilitering)

- Majoriteten av patienter som deltagit i centerbaserad hjärtrehabilitering (med eller utan föregående AKS eller revaskularisering) kan fortsättningsvis följas upp i primärvården avseende riskfaktorer och levnadsvanor.
- I normalfallet bör uppföljning av patienter med kranskärslsjukdom göras årligen. För vissa patienter kan det dock krävas tätare kontroller, tex för patienter som utvecklat symtomatisk hjärtsvikt. För symtomfria patienter med god kontroll avseende riskfaktorer, god motivation samt eventuellt stöd av självmonitorering (t.ex. av blodtryck) kan det räcka med glesare kontroller än varje år.
- För patienter med både kranskärslsjukdom och hjärtsvikt är prognosen avsevärt sämre. Samarbete mellan primärvård och centerbaserad specialistmottagning /hjärtsviktsmottagning kan underlätta optimering av behandlingen.

4.2 Personal och organisation

- För att ge en optimal sekundärpreventiv behandling rekommenderas strukturerat och *multiprofessionellt omhändertagande*, där läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter och psykologer/kuratorer arbetar tillsammans med patienterna utifrån ett personcentrerat förhållningssätt, baserat på det individuella behovet.
- Sjuksköterskor med särskild kompetens kan med fördel ansvara för sådan mottagning, i samråd med en eller flera ansvariga läkare samt övriga yrkesgrupper i teamet, och samordnas med exempelvis befintlig diabetes-, hjärtsvikts-, hypertoni-mottagning. Sjuksköterskeledda mottagningar kan förbättra såväl följsamhet till läkemedelsbehandling som levnadsvanor och utfall i form av återinsjuknande och död i kranskärslsjukdom eller hjärtsvikt.
- För att detta skall kunna ske behövs kompetensbeskrivning och utbildningsprogram erbjudas för detta ändamål, med fokus på omhändertagande av patienter med kranskärslsjukdom och sekundärprevention. Se mer i avsnittet **Innovation**.
- Sjuksköterskor med särskild kompetens inom hjärtsjukvård bör ges mandat att arbeta likvärdigt som t.ex. diabetessjuksköterskor, vilka har en given plats på de flesta vårdcentraler.
- Sjuksköterskor kan ges delegering att självständigt justera doseringen för blodtrycksläkemedel och lipidsänkande läkemedel, på samma sätt som rekommenderas inom centerbaserad hjärtrehabilitering. Alternativt kan läkemedelsjusteringar ske utan delegering i tätt samarbete med läkare.
- På flertalet vårdcentraler som är mindre är det lämpligt med samordning av diagnosspecifika sjuksköterskemottagningar (AKS, hjärtsvikt, perifer kärlsjukdom, diabetes och hypertoni) med tanke på ett mindre patientunderlag och sårbarhet vid sjukdom och annan frånvaro. Regioner kan vid många små enheter inom primärvård överväga möjlighet till mer centrumbaserade öppenvårdsenheter i samarbete mellan primärvård och kardiologisk specialistvård.
- Personal som arbetar med sekundärprevention rekommenderas vara utbildade i motiverande samtalsteknik (MI).
- Ett strukturerat kallelsesystem för patienter med kronisk kranskärslsjukdom rekommenderas.

Långsiktig uppföljning inom primärvård (fas 3 hjärtrehabilitering)

4.3 Centrala komponenter i behandlingen

4.3.1 Individualiserad bedömning och målsättning för varje patient

- Vid besök hos sjuksköterska och/eller läkare bör individuella mål för riskfaktorer samt levnadsvanor diskuteras, och de mest angelägna målen lyftas fram i samråd med patienten. Förekomst av andra kroniska sjukdomar bör beaktas.
- Patienten bör erhålla information om sin sjukdom, riskfaktorer och levnadsvanor, utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Information bör ges såväl muntligt som skriftligt. Digitala informationskällor och elektroniska hjälpmedel kan också utnyttjas.
- Patienten bör erhålla skriftliga kopior på sina värden och vilka mål som bör eftersträvas, med en tydlig, tillsammans med patienten författad plan för hur detta kan göras.
- Identifierade och förändringsbara riskfaktorer och målvärden bör följas upp. Antalet kontakter mellan patient och vårdgivare får anpassas utifrån patientens individuella behov av förändringar och stöd.
- Värdering/utredning av nytillkomna symtom såsom arytmi, bröstsmärta, nedsatt kondition och andra aterosklerotiska manifestationer som t.ex. claudicatio intermittens bör göras löpande vid behov.
- Det uppmuntras till flexibilitet avseende kontaktform (fysiska besök, telefonkontakter, digitala kontakter) för att bemöta patienters olika behov och omständigheter.
- Sträva efter kontinuitet i vårdgivarkontakten (sjuksköterska/läkare/fysioterapeut).
- Möjligheten för patienten att uppnå sina behandlingsmål kan öka genom att arbeta personcentrerat, vilket innefattar att göra patienten delaktiga, tydliggöra patientens roll och egna ansvar, sätta mål tillsammans med patienten, och ge patienten en möjlighet att förstå varför de bör ta sina läkemedel och ändra sina levnadsvanor.
- För patienter som inte pratar svenska, bör auktoriserad tolk användas.

Långsiktig uppföljning inom primärvård (fas 3 hjärtrehabilitering)

4.3.2 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.
- Patienter som använder tobak bör erbjudas kvalificerat rådgivande samtal³ för att förändra sina tobaksvanor.
- Motiverande samtalsterapi i grupp kan också erbjudas.
- Remiss till specialiserad tobaksavvänjningsenhet kan vara indicerad
- Nikotinersättningsmedel samt behandling med vareniklin eller bupropion bör erbjudas för att hjälpa rökare bli rökfria. Rätt dosering av och behandlingstid med nikotinersättningsmedel är viktig. För vägledning avseende dosering se **Bilaga 2**. Skriv gärna ut nikotinersättningsmedel på recept, då detta kan öka följsamheten.
- Informera gärna patienten om "Sluta röka linjen" <http://slutarokalinjen.se/>. Där finns även nerladdningsbart informationsmaterial på ett flertal språk.
- Råd bör ej ges om att byta från rökning till att börja snusa eller använda e-cigarett.

4.3.3 Fysisk aktivitet

- Patienter med kranskärslsjukdom bör erhålla rekommendationer avseende ökad fysisk aktivitet och minskat stillasittande (Figur 2). En mer detaljerad beskrivning och handfasta råd finns i **Bilaga 8**.
- Vid otillräcklig fysisk aktivitet kan rådgivande samtal utföras med syfte att öka den fysiska aktiviteten och/eller minska stillasittandet. Patienterna kan med fördel fylla i [frågeformulär om självrapporterad fysisk aktivitet](#) som kan användas för bedömning och dialog.
- Varje patient rekommenderas dessutom få individuellt utformade råd om fysisk aktivitet och förskrivs fysisk aktivitet på recept (FaR) av fysioterapeut. Råd om fysisk aktivitet kan också kompletteras med tillägg av aktivitetsmätare.

³Kvalificerat rådgivande samtal innebär att sjukvårdspersonal för en personcentrerad dialog med patienten i syfte att stödja denna till bättre levnadsvanor. Detta förutsätter att personalen har fördjupad ämneskunskap samt är utbildad i relevant samtalsmetodik, exempelvis motiverande samtalsmetodik (MI).

Långsiktig uppföljning inom primärvård (fas 3 hjärtrehabilitering)

4.3.4 Mat- och alkoholvanor

Matvanor

- Hälsosamma matvanor är en hörnsten i rekommendationerna vid sekundärprevention av kranskärlssjukdom. Korta rekommendationer avseende hälsosam mat finns i Figur 2. En mer detaljerad beskrivning finns i Bilaga 3.
- För att skatta patientens matvanor kan Socialstyrelsens fem frågor (se Bilaga 3) användas för att få fram ett kostindex och identifiera vilka justeringar som kan behövas.
- Patienter med kranskärlssjukdom som har ohälsosamma matvanor bör erbjudas kvalificerat rådgivande samtal för att förändra sina levnadsvanor.
- Vid behov kan dietist konsulteras.

Alkoholvanor

- Kartläggning av alkoholvanor bör ingå i det sekundärpreventiva arbetet. AUDIT frågeformuläret kan användas som hjälpmedel för skattning av alkoholkonsumtion. Mätning av B-PEth4 kan ibland vara av värde.
- Patienter som konsumerar alkohol bör rekommenderas endast lågt intag. Upplys också om energiinnehållet i alkohol.
- Rådgivande samtal bör ges till patienter som har ett riskbruk av alkohol. I vissa fall kan remiss till enhet där specialistkompetens för kvalificerat rådgivande samtal i alkoholfrågor finns vara indicerad.
- Hänvisning till [Alkohollinjen](https://alkoholhjalpen.se/) (tel. 020-84 44 48) och/eller webbaserade interventioner (t.ex. <https://alkoholhjalpen.se/>) kan vara lämplig för patienter med riskbruk av alkohol.

4.3.5 Vikt och midjemått

- Kroppsmasseindex, eller Body Mass Index (BMI) beräknas utifrån längd och vikt (kg/m^2) och bör användas för att definiera kategorier av kroppsvikt (undervikt, normalvikt, övervikt och fetma).
- Kroppsfett lagrat i buken innebär högre risk än subkutant fett för en rad sjukdomar, inklusive kranskärlssjukdom och diabetes. Mätning av midjemått rekommenderas därför också hos patienter med kranskärlssjukdom.
- Patienter med normalt BMI ($18.5\text{--}24.9 \text{ kg}/\text{m}^2$) bör uppmuntras till att behålla sin kroppsvikt.
- Patienter med övervikt ($25.0\text{--}29.9 \text{ kg}/\text{m}^2$) och fetma ($\text{BMI} \geq 30.0 \text{ kg}/\text{m}^2$) bör uppmuntras till viktnedgång. Hälsosammare matvanor, minskat energiintag, i kombination med ökad fysisk aktivitet och träning kan bidra till viktnedgång men minskar också den kardiovaskulära risken oavsett om vikten minskar. Hjälpt patienten att sätta upp individuella och realistiska mål för att öka möjligheterna till att lyckas.
- I vissa fall kan remiss till dietist eller specialiserad överviktsenhet vara indicerad.

⁴ B-fosfatidyletanol.

Långsiktig uppföljning inom primärvård (fas 3 hjärtrehabilitering)

4.3.6 Fysisk träning

- För patienter som får ny diagnos kronisk kranskärlssjukdom, utan föregående AKS eller revaskularisering, rekommenderas remiss till fysioterapeut vid sjukhusanknuten hjärtrehabiliteringsenhet för bedömning av aerob och muskulär kapacitet (se avsnittet **Centerbaserad hjärtrehabilitering (Fas 2 hjärtrehabilitering)** samt i **Bilaga 7**).
- Baserat på resultatet av ovanstående tester förskrivs ett individuellt anpassat träningsprogram i samråd med patienten. Träning bör påbörjas tidigast möjligt efter den inledande bedömningen.
- Majoriteten av patienter med kronisk kranskärlssjukdom kan efter erforderlig riskbedömning med pre-exercise screening vid en sjukhusanknuten hjärtrehabiliteringsenhet rekommenderas fysisk träning handled av fysioterapeut i primärvården. Patienter med hög risk⁵ för komplikationer under träning bör dock rekommenderas initial [träning inom centerbaserad hjärtrehabilitering](#).
- Om möjligheter till handled distansträning finns kan detta också utgöra ett alternativ, via tex digitala vårdmöten eller monitorering.
- Flertalet patienter som drabbats av AKS kan efter den initiala träningsperioden inom centerbaserad hjärtrehabilitering träna på egen hand. Patienter som har fortsatt behov av handled fysisk träning bör dock följas hos fysioterapeut i primärvården.
- Kompletterande individanpassad träning på måttlig intensitetsnivå på egen hand bör uppmuntras, men ersätter inte handled träning som behandlingsform.

4.3.7 Läkemedel

- Samtliga prognosförbättrande läkemedel bör sättas in hos patienter med kranskärlssjukdom tidigast möjligt efter att diagnosen har satts. Om målvärden för LDL-kolesterol, blodtryck och blodsocker inte uppnåtts enbart med ett läkemedel bör behandlingen intensifieras utan onödigt lång fördröjningstid. För lista över rekommenderade läkemedel hänvisas till Tabell 1 (finns även i Bilaga 1).
- Patienter med kronisk kranskärlssjukdom bör rekommenderas vaccinering mot säsongsinflensa samt pneumokocker.

⁵ Patienter med hög risk för allvarliga kardiella händelser under högintensiv träning: Inkomplett revaskularisering med kvarvarande hemodynamiskt signifikant stenosis, hjärtsvikt med $\leq 50\%$ nedsatt ejektionsfraktion, förekomst av ischemi eller maligna arytmier under arbetsprov samt förekomst av akut kranskärlssjukdom, revaskularisering eller by-passoperation < 12 månader. Risk bedöms vid behov i samråd med läkare. Källa: 2020 ESC guidelines on Sports Cardiology and Exercise in cardiovascular disease.

Långsiktig uppföljning inom primärvård (fas 3 hjärtrehabilitering)

4.3.8 Blodtryck

- Blodtryck bör kontrolleras vid varje besök hos sjuksköterska och läkare. Det är viktigt att blodtrycksmätningen görs på ett standardiserat sätt för att undvika variationer mellan olika mätningar, se **Bilaga 6**.
- För generella målvärden avseende blodtryck v.g. se Figur 2.
- För patienter som har högt blodtryck vid kontroll på mottagningen bör uppföljning med hemblodtryck och/eller 24-timmars blodtrycksmätning övervägas. Detta för att undvika över- eller undermedicinering vid "vitrockshypertoni" eller maskerad hypertoni. För definition av hypertoni v.g. se **Bilaga 6**.

4.3.9 Lipider

- Leverprover bör kontrolleras innan insättning av statiner och ezetimib. Lipidstatus bör kontrolleras 4–6 veckor efter insättning eller dosjustering av lipidsänkande läkemedel.
- För generella målvärden avseende lipider v.g. se Figur 2 (Behandlingsmål för patienter med kronisk kranskärslsjukdom).
- Om målvärden inte uppnås med statin i högsta tolerabla dos, bör ezetimib tilläggas.
- Om målen fortfarande inte uppnås trots behandling med högsta tolerabla dos statin och ezetimib, kan PCSK-9 hämmare tilläggas, enligt gällande rekommendation (vid LDL \geq 2,5 mmol/L). Remiss skickas i dessa fall till specialistmottagning⁶ för ställningstagande till behandling.

⁶ Kardiologi, internmedicin eller endokrinologi

Långsiktig uppföljning inom primärvård (fas 3 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 ⁷ för nya händelser och låg blödningsrisk.
Rivaroxaban	Antikoagulation, prognosförbättrande. Kan övervägas i låg dos efter första året post-AKS hos patienter med hög risk ⁷ 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 vänsterkammerfunktion 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.

⁷Hög 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.

Långsiktig uppföljning inom primärvård (fas 3 hjärtrehabilitering)

- Vid total kolesterol > 7,5 mmol/L och/eller LDL > 5,0 mmol/L (obehandlade värden) i kombination med något av följande:
 - ärftlighet för hyperkolesterolemi
 - ärftlighet för tidigt⁸ 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 FH specialistmottagning.

4.3.10 Diabetes

- Fasteblodsocker och HbA1c bör kontrolleras regelbundet hos patienter med kranskärlssjukdom.
- Vid inkonklusiva värden för fasteblodsocker och HbA1c bör oralt glukostoleranstest (OGTT) utföras.
- 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. För aktuella målvärden för behandling hänvisas till Figur 2. För lämpligt val av behandling hänvisas till Tabell 1.

4.3.11 Psykosocialt stöd

Oro, nedstämdhet och stress är underskattade riskfaktorer för kranskärlssjukdom.

- Fråga om psykisk hälsa. Använd gärna screeningformulären PHQ-2 och GAD-2 som screening för depression respektive ångest (se **Bilaga 9**). Förhöjda värden (≥ 2 poäng på någon av skalorna) indikerar psykisk ohälsa och patienten bör erbjudas en djupare bedömning hos läkare, psykolog eller kurator.
- Lyft frågan om stress på arbete, hemmaplan och vad gäller relationer. Om patienten identifieras som stressad bör patienten erbjudas deltagande i stresshanteringsgrupp inom primärvården eller företagshälsovården.
- Skattningsskalan **KEDS** mäter graden av utmattning, där över 18 poäng kan användas som gränsvärde för stressrelaterade utmattningsproblem. Skattningsskalan **PSS-14** kan användas som underlag för att diskutera mer allmän stress. Ju högre poäng desto mer stress.
- Konditionsträning har en positiv effekt på psykisk hälsa. Samtidigt är nivån av fysisk träning ofta låg hos patienter med psykisk ohälsa. Det är därför särskilt viktigt att uppmuntra patienter med oro och nedstämdhet till fysisk träning.
- Idag finns också en hel del behandlingsmöjligheter via internet. Via 1177 kan patienten själv se vad det egna landstinget erbjuder. Det finns också privata aktörer som erbjuder KBT via internet eller videolänk.
- Psykosociala faktorer som depression, ångest, stress, låg socioekonomisk status och ensamhet kan försvåra rehabilitering och livsstilsförändringar efter insjuknande i kranskärlssjukdom.

⁸ Tidigt insjuknande i aterosklerotisk kärlsjukdom anses vara < 55 år för män och < 60 år för kvinnor.

Långsiktig uppföljning inom primärvård (fas 3 hjärtrehabilitering)

Integrativt förhållningssätt där psykologisk behandling erbjuds tillsammans med fysisk rehabilitering och sjukdomsinformation, med så nära samarbete mellan de somatiska och psykologiska professionerna som möjligt, rekommenderas för dessa patienter.

- Koppla gärna in kurator för praktisk hjälp och rådgivning i psykosociala frågor som rör bland annat stöd från kommun, ekonomi, boende och sysselsättning.

4.3.12 Sömnvanor

- Fråga om patientens sömnvanor och ge råd eller hänvisa vidare vid problem.
- Sömnapné är kraftigt ökat förekommande bland patienter med kranskärslssjukdom, speciellt om patienten också har:
 - Diabetes
 - Hjärtsvikt
 - Förmaksflimmer
 - Svårreglerat blodtryck
 - Övervikt (bukfetma)

Var i dessa fall frikostig med utredning (sömnregistrering).

4.3.13 Sex och samlevnad

- Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal inom hjärtområdet kan diskutera eventuella sexuella problem, inklusive hjärtmedicinernas inverkan på den sexuella funktionen. Hänvisa gärna till mer information på 1177.
- Erekttil dysfunktion är vanligt förekommande. Sildenafil/tadalafil kan användas hos patienter med kronisk kranskärslssjukdom. Observera att nitroglycerin INTE får användas samtidigt.

4.4 Sjukskrivning

- Vid kronisk symptomgivande kranskärslssjukdom kan patienter med fysiskt krävande arbeten eller hög stressnivå behöva hel eller partiell sjukskrivning, beroende på arbetsförhållanden. Se även Försäkringsmedicinskt beslutsstöd vid ischemisk kranskärslssjukdom och hjärtsvikt.
- Patienter som är i arbete kan behöva Läkarutlåtande för förebyggande sjukpenning för att kunna ha möjlighet till att delta i hjärtrehabiliteringsprogram.

Långsiktig uppföljning inom primärvård (fas 3 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 individualpassas.

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, viktnedgång/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.

Fysisk aktivitet och träning till exempel styrketräning är en viktig del av behandlingen och bör anpassas efter individens behov. Försämrade fysiska förmågor kan försvåra träning och vardaglig fysisk aktivitet. Den relativa nyttan av styrketräning ökar med stigande ålder medan tillfällig immobilisering snabbt kan bli permanent. Ett anpassat träningsprogram kan förskrivas av fysioterapeut och fortsatt stöd gällande träning kan ges av hemtjänst och/eller anhöriga.

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

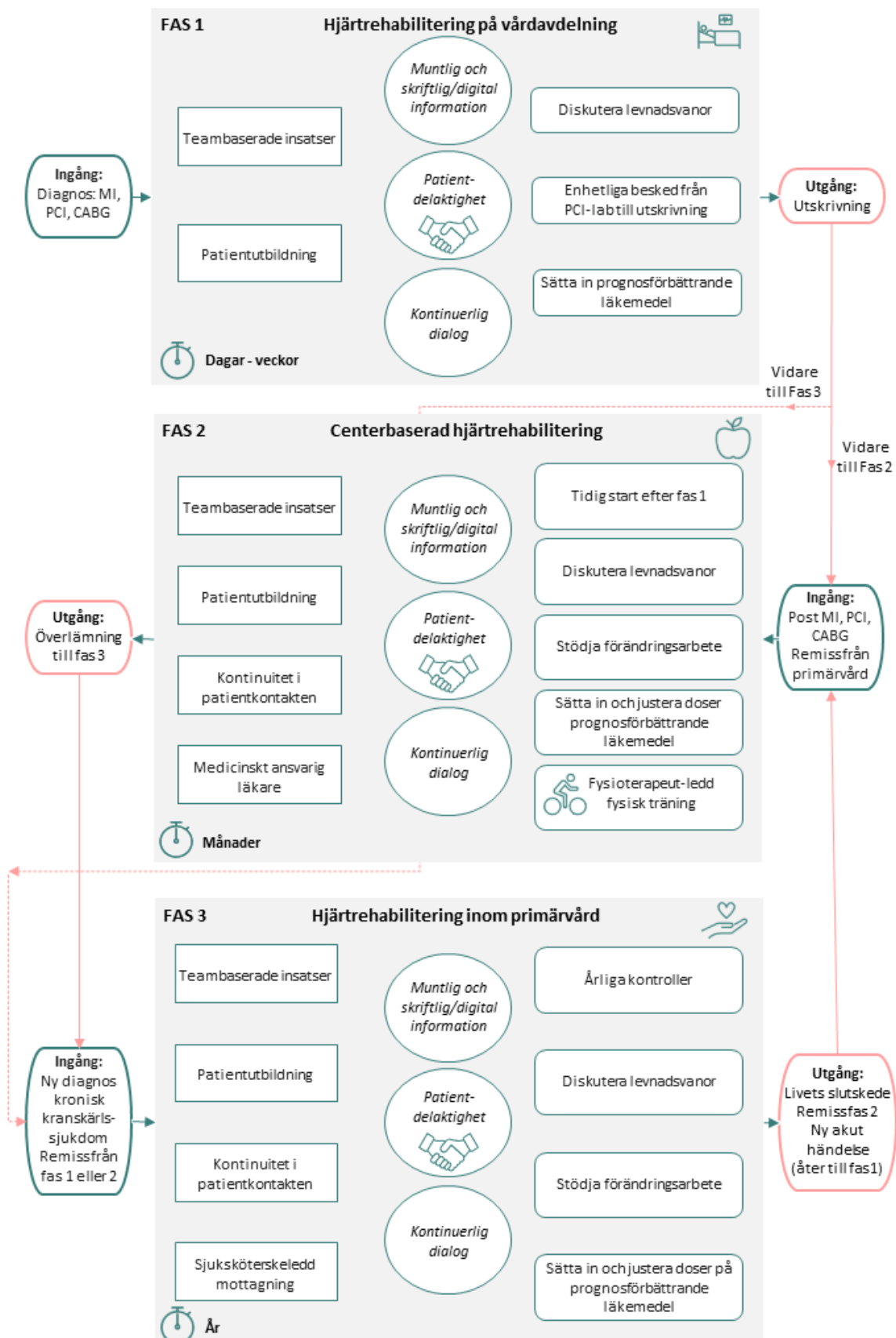
Patienter med multisjuklighet har ofta ett stort antal läkemedel. Risken för negativa effekter ökar med antalet läkemedel vilket understryker vikten av återkommande läkemedelsgenomgångar med ställningstagande till utsättning och dosjusteringar.

- 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.
- Försämrade fysiska förmågor 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.

Långsiktig uppföljning inom primärvård (fas 3 hjärtrehabilitering)



Långsiktig uppföljning inom primärvård (fas 3 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 kranskärls-sjukdom ⁹ .
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 kranskärls-sjukdom 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

⁹ Med vårdenhet menas alla vårdavdelningar som vårdar ineliggande patienter med kronisk kranskärlssjukdom (fas 1), hjärtrehabiliteringsenheter som bedriver centerbaserad hjärtrehabilitering (fas 2), samt offentlig och privat primärvård och specialistmottagningar som följer patienter med kronisk kranskärlssjukdom (fas 3).

Långsiktig uppföljning inom primärvård (fas 3 hjärtrehabilitering)

Rekommendationer – kortversion (1/4)

Gör vi
redan

Kan vi
förbättra

Behöver
vi inleda

ORGANISATION OCH PERSONAL

<p>Patienter som fått diagnosen kronisk kranskärlssjukdom, utan föregående AKS eller revaskularisering, bör ges möjlighet till deltagande i centerbaserad hjärtrehabilitering.</p>			
<p>Patienterna bör få tillgång till ett hjärtrehabiliteringsprogram inom första året efter att diagnos har satts.</p>			
<p>Om lokala möjligheter med rätt kompetens finns, kan motsvarande program erbjudas inom primärvård eller privat internmedicinsk/kardiologisk specialistmottagning. Delar av hjärtrehabiliteringsprogrammet kan även erbjudas på distans. Programmet bör dock alltid handledas och följas upp av kunnig hjärtrehabiliteringspersonal.</p>			
<p>Uppföljning av patienter med kranskärlssjukdom bör i normalfallet göras årligen.</p>			
<p>För att ge en optimal sekundärpreventiv behandling rekommenderas strukturerat och <i>multiprofessionellt omhändertagande</i>, där läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter och psykologer/kuratorer arbetar tillsammans med patienterna utifrån ett personcentrerat förhållningssätt, baserat på det individuella behovet.</p>			
<p>Sjuksköterskor med särskild kompetens kan med fördel ansvara för sådan mottagning, i samråd med en eller flera ansvariga läkare samt övriga yrkesgrupper i teamet.</p>			
<p>Sjuksköterskor med särskild kompetens inom hjärtsjukvård bör ges mandat att arbeta likvärdigt som t.ex. diabetessjuksköterskor, vilka har en given plats på de flesta vårdcentraler.</p>			
<p>Sjuksköterskor kan ges delegering att självständigt justera doseringen för blodtrycksläkemedel och lipidsänkande läkemedel, på samma sätt som rekommenderas inom centerbaserad hjärtrehabilitering. Alternativt kan läkemedelsjusteringar ske utan delegering i tätt samarbete med läkare.</p>			
<p>Personal som arbetar inom hjärtrehabilitering rekommenderas vara utbildade i motiverande samtalsteknik (MI).</p>			
<p>Ett strukturerat kallelsesystem för patienter med kronisk kranskärlssjukdom rekommenderas.</p>			
<p>Vid besök hos sjuksköterska och/eller läkare bör individuella mål för riskfaktorer samt levnadsvanor diskuteras, och de mest angelägna målen lyftas fram i samråd med patienten.</p>			
<p>Patienten bör erhålla information om sin sjukdom, riskfaktorer och levnadsvanor, utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.</p>			
<p>Information bör ges såväl muntligt som skriftligt. Digitala informationskällor och elektroniska hjälpmedel kan också utnyttjas.</p>			
<p>Patienten bör erhålla skriftliga kopior på sina värden och vilka mål som bör eftersträvas, med en tydlig, tillsammans med patienten författad plan för hur detta kan göras.</p>			

Långsiktig uppföljning inom primärvård (fas 3 hjärtrehabilitering)

Rekommendationer – kortversion (2/4)

	Gör vi redan	Kan vi förbättra	Behöver vi inleda
Identifierade och förändringsbara riskfaktorer och målvärden bör följas upp.			
Det uppmuntras till flexibilitet avseende kontaktform (fysiska besök, telefonkontakter, digitala kontakter).			
Sträva efter kontinuitet i vårdgivarkontakten.			
För patienter som inte pratar svenska, bör auktoriserad tolk användas.			
LEVNADSVANOR			
Tobak			
Patienter som använder tobak bör erbjudas kvalificerat rådgivande samtal för att förändra sina tobaksvanor.			
Motiverande samtalsterapi i grupp kan också erbjudas.			
Nikotinersättningsmedel samt behandling med vareniklin eller bupropion bör erbjudas. Skriv gärna ut nikotinersättningsmedel på recept, då detta kan öka följsamheten.			
Fysisk aktivitet			
Patienter bör erhålla rekommendationer avseende ökad fysisk aktivitet och minskat stillasittande.			
Varje patient rekommenderas dessutom få individuellt utformade råd om fysisk aktivitet och förskrivs fysisk aktivitet på recept (FaR) av fysioterapeut. Råd om fysisk aktivitet kan också kompletteras med tillägg av aktivitetsmätare.			
Mat- och alkoholvanor			
Kartläggning av mat- och alkoholvanor bör ingå i det sekundärpreventiva arbetet.			
Patienter som har ohälsosamma matvanor bör erbjudas kvalificerat rådgivande samtal för att förändra sina levnadsvanor. Vid behov kan dietist konsulteras.			
Rådgivande samtal bör ges till patienter som har ett riskbruk av alkohol.			
Vikt och midjemått			
BMI bör användas för att definiera kategorier av kroppsvikt (undervikt, normalvikt, övervikt och fetma). Mätning av midjemått rekommenderas också.			
Patienter med normalt BMI bör uppmuntras till att behålla sin kroppsvikt, medan patienter med övervikt och fetma bör uppmuntras till viktnedgång. I vissa fall kan remiss till dietist eller specialiserad överviktsenhet vara indicerad.			

Långsiktig uppföljning inom primärvård (fas 3 hjärtrehabilitering)

Rekommendationer – kortversion (3/4)

	Gör vi redan	Kan vi förbättra	Behöver vi inleda
FYSISK TRÄNING			
För patienter som får ny diagnos kronisk kranskärlssjukdom, utan föregående AKS eller revaskularisering, rekommenderas remiss till fysioterapeut vid sjukhusanknuten hjärtrehabiliteringsenhet för bedömning av aerob och muskulär kapacitet.			
Baserat på resultatet av ovanstående tester förskrivs ett individuellt anpassat träningsprogram i samråd med patienten.			
Majoriteten av patienter med kronisk kranskärlssjukdom kan rekommenderas fysisk träning handledd av fysioterapeut i primärvården.			
Kompletterande individanpassad träning på måttlig intensitetsnivå på egen hand bör uppmuntras, men ersätter inte handledd träning som behandlingsform.			
LÄKEMEDEL			
Samtliga prognosförbättrande läkemedel bör sättas in hos patienter med kranskärlssjukdom tidigast möjligt efter att diagnosen har satts.			
Om målvärden för LDL-kolesterol, blodtryck och blodsocker inte uppnås enbart med ett läkemedel bör behandlingen intensifieras utan onödigt lång fördröjningstid.			
Patienter med kronisk kranskärlssjukdom bör rekommenderas vaccinering mot säsongsinflensa samt pneumokocker.			
BLODTRYCK			
Blodtryck bör kontrolleras vid varje besök hos sjuksköterska, läkare och vid behov hos fysioterapeut.			
För patienter som har högt blodtryck vid kontroll på mottagningen bör uppföljning med hem-blodtryck och/eller 24-timmars blodtrycksmätning övervägas.			
LIPIDER			
Leverprover bör kontrolleras innan insättning av statiner och ezetimib.			
Lipidstatus bör kontrolleras 4-6 veckor efter insättning eller dosjustering av lipidsänkande läkemedel.			
Om målvärden inte uppnås med statin i högsta tolerabla dos, bör ezetimib tilläggas.			
Om målen fortfarande inte uppnås trots behandling med högsta tolerabla dos statin och ezetimib, kan PCSK-9 hämmare tilläggas, enligt gällande rekommendation (vid LDL $\geq 2,5$ mmol/L). Remiss skickas i dessa fall till specialistmottagning ¹⁰ för ställningstagande till behandling.			

¹⁰ Kardiologi, internmedicin eller endokrinologi

Långsiktig uppföljning inom primärvård (fas 3 hjärtrehabilitering)

Rekommendationer – kortversion (4/4)

	Gör vi redan	Kan vi förbättra	Behöver vi inleda
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.			
BLODSOCKER / DIABETES			
Fasteblodsocker och HbA1c bör kontrolleras regelbundet hos patienter med kranskärslsjukdom.			
Vid inkonklusiva värden för fasteblodsocker och HbA1c bör oralt glukostoleranstest (OGTT) utföras.			
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.			
PSYKISK HÄLSA			
Fråga om psykisk hälsa, stress på arbete, hemmaplan och vad gäller relationer. Använd gärna screeningformulär.			
Vid psykisk ohälsa bör patienter erbjudas en djupare bedömning hos psykolog eller kurator.			
Om patienten identifieras som stressad bör deltagande i stresshanteringsgrupp erbjudas.			
Det är särskilt viktigt att uppmuntra patienter med oro och nedstämdhet till fysisk träning.			
Koppla gärna in kurator för praktisk hjälp och rådgivning i psykosociala frågor som rör bland annat stöd från kommun, ekonomi, boende och sysselsättning.			
ÖVRIGT			
Sömnapné är vanligt förekommande bland patienter med kranskärslsjukdom. Var frikostig med utredning.			
Erektill dysfunktion är vanligt förekommande. Sildenafil/tadalafil kan användas hos patienter med kronisk kranskärslsjukdom.			