

# Nationella programområden

## NPO hjärta-kärl

Bertil Lindahl, Professor Uppsala universitet,  
Ordförande Nationella Programområdet Kardiologi

**Nationellt system  
för kunskapsstyrning  
Hälsa- och sjukvård**

**SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN**

# Nationella programområden (NPO)

- En grupp per programområde med representation från samtliga sjukvårdsregioner
- Sjukvårdsregionalt värdskap för NPO
- Stödresurser: processledare från värdregion, metodstöd, statistik- och analysstöd, annat

# Ledamöter och processledare NPO Hjärt- kärlsjukdomar

Namn	Landsting/region	Yrke/arbetsplats
<b>Bertil Lindahl (ordförande)</b>	Uppsala-Örebro	Överläkare/Professor Hjärtsjukdomar, Akademiska sjukhuset
<b>Anders Holmgren</b>	Norra	Överläkare. Thoraxkirurgen. Hjärtcentrum NUS.
<b>Hans Persson</b>	Sthlm-Gotland	Docent, överläkare, Sakkunnig kardiologi (SPESAK) SLL, Hjärtkliniken Danderyds sjukhus
<b>Jan-Erik Karlsson</b>	Sydöstra	Universitetslektor vid Linköpings universitet Överläkare vid Medicinkliniken, Länssjukhuset Ryhov Jönköping
<b>Fredrik Scherstén</b>	Södra	Specialist kardiologi med inriktning kranskärlsröntgen, Sektionschef, Skånes universitetssjukhus.
<b>Martin Risenfors</b>	Västra	Överläkare, Medicine Doktor, Medicinkliniken Sahlgrenska Universitetssjukhuset Mölndal
<b>Birgitta Sigvant</b>	Uppsala-Örebro	Överläkare, sektionschef kärllkirurgen, Med. Dr, universitets lektor
<b>Susanna Ingendoh-Husevik</b>	Uppsala-Örebro	Processledare

# Nationella programområden (NPO) – uppdrag

## Kunskapsstöd för jämlik hälsa och vård-behandlingsrekommendationer

- Omvärldsbevakning
- Behovs- och gapanalys.
- Åtgärder/förslag/prioritera
- Utser nationella arbetsgrupper (NAG)

## Kvalitetsregister

## Samverkan med SoS

- Nivåstrukturering
- Nationella riktlinjer

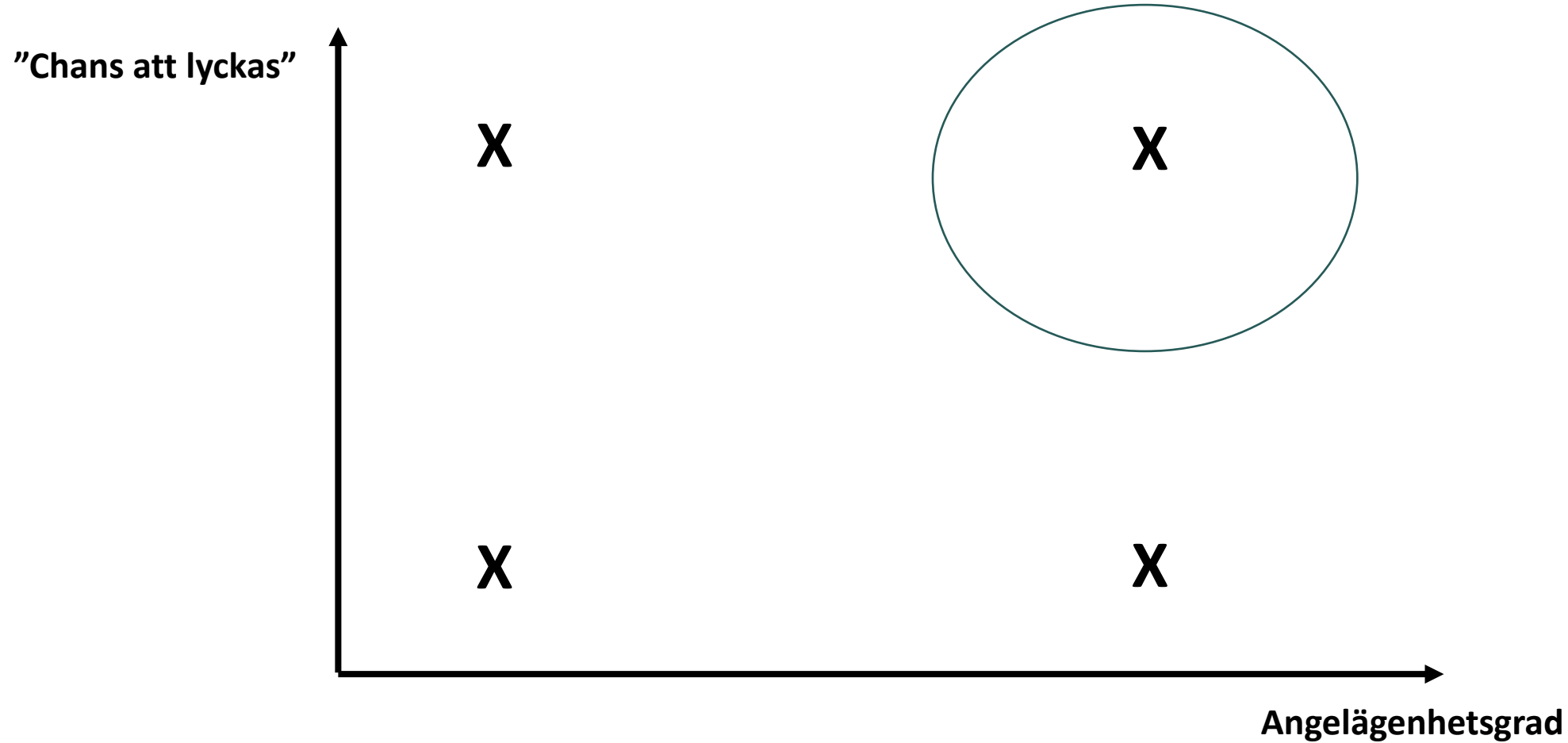
## Samverka med andra grupper inom systemet för kunskapstyrning och myndigheter inom aktuellt område

- Det medicintekniska produktrådet, MTP-rådet - Produkter för egenregistrering av förmaksflimmer i ny rekommendation
- LOK – nätverk för landets läkemedelskommittéer

# Kunskapstöd – NPO hjärta-kärl

1. **Vårdförlopp kritisk benischemi - implementeringsfas**
2. **Vårdförlopp nydebuterad hjärtsvikt – implementeringsfas**
3. **Riktlinje för sekundärprevention vid kranskärlssjukdom – implementeringsfas**
4. **Vårdförlopp och vårdprogram Venös sjukdom i benen - varicer och venösa bensår – precis beslutat**
5. **Vårdförlopp sekundärprevention vid perifer artärsjukdom - pågående**
6. **Vårdförlopp hjärtsvikt, del 2 - nomineringsarbete pågår**
7. **Vårdförlopp hypertoni - nomineringsarbete pågår**

# STEG 1: Identifiering av fokusområden



# STEG 1: Identifiering av fokusområden – ex. benartärsjukdom

Det finns ett stort behov att förbättra omhändertagandet av patienter med benartärsjukdom (BAS). Det är **en folksjukdom med en prevalens nära 20% hos individer över 60 år varav drygt 1% lider av det mest avancerade stadiet; kritisk ischemi (KI). Symtom vid KI är ischemisk vilovärk och/eller sår eller gangrän.** Detta medför ett stort lidande där livskvalitetstudier har visat att patienter med BAS skattar sin livskvalitet på liknande nivåer som patienter med en avancerad tumörsjukdom eller grav hjärtsvikt.

På grund av aterosklerosens systemiska karaktär har denna patientgrupp **en hög risk att drabbas av kardiovaskulära händelser. Cirka 1 av 3 får en hjärt-kärlhändelse inom tre år efter revaskularisering och 40% har avlidit.** Trots den höga risken, har få tillgång till rekommenderad sekundärpreventiv behandling. Data från Läkemedelsregistret har visat att endast 45% medicinera med bästa medicinska terapi som kan bromsa sjukdomsprogress och vara livräddande. Detta kan jämföras med nationella data för sekundärpreventiv behandling efter akut hjärtinfarkt där cirka 90% respektive 73% behandlas med trombocythämning och statiner.

**Amputation är en fruktad komplikation**, där incidenstal för hela gruppen saknas. En del patienter saknar förutsättningar för att återställa blodflödet medan andra kommer så sent i förloppet att primär amputation är det enda återstående behandlingsalternativet. Av de som revaskulariserats, kommer cirka 12% amputeras inom de första 6 månaderna efter operation. ....

Antal utförda ingrepp för KI kan vara en surrogatvariabel för tillgänglighet till vård men det skulle även kunna spegla demografiska skillnader. **Det föreligger idag stora regionala skillnader avseende utförda operationer för KI. I riket utförs i snitt 120 ingrepp/100.000 invånare över 60 år, med en regional spridning mellan 27/100.000 till 192/100.000**, vilket talar för ojämlikvård för denna patientgrupp, trots internationella riktlinjer för hur patienterna bör hanteras.

**Enligt en färsk rapport har patienter med KI och diabetes, haft sina sår i mer än 1 månad innan de får en kärlkirurgisk bedömning och väntetiden på operation är ytterligare 1,5 månad.** Långa ledtider kan medföra en sjukdomsprogress och konvertering från elektiv kirurgi till akut. Båda faktorerna är associerade med ett sämre resultat, utöver patientens lidande.

**De största förbättringsområdena är att öka följsamheten till fastställda riktlinjer för sekundärpreventiv medicinering, minska ledtider från symtomdebut fram till revaskularisering och minska de nationella variationerna för given behandling.**

Behandlingen av KI är resurskrävande och därmed känsliga för utträngningseffekter.....

# STEG 2: Framtagande av uppdragsbeskrivning, exempel sekundärprevention vid kranskärlssjukdom

## Medicinskt mål:

Övergripande mål är att minska återinsjuknande i hjärtsjukdom och hjärtrelaterad ohälsa efter en episod av AKS.

Detta ska ske bland annat genom att på nationell nivå öka andelen sjukhusenheter som når de fastställda nationella målnivåerna för sekundär prevention efter AKS och variationerna mellan sjukhusenheterna minskar.



# Uppdrag

1. Att ta fram modell(-er) för hur sekundärpreventiv behandling efter hjärtinfarkt kan bedrivas. En modell inkluderar i detta sammanhang både *vad* som ska göras (innehållsbeskrivning) och *hur* det ska göra (processbeskrivning, vem ska göra vad och när).

## Modellerna:

- Innehållet ska baseras på bästa tillgängliga vetenskapliga underlag i form av aktuella riktlinjer och kunskapssammanställningar
  - NAG ska inte göra egna kunskapssammanställningar annat än undantagsvis, utan utgå ifrån befintliga riktlinjer och kunskapssammanställningar
- Såväl innehåll som processer ska ha ett utpräglat patientperspektiv där patientdelaktighet/egenvård betonas
- De föreslagna processerna ska i möjligaste mån baseras på identifierad "best practice", goda exempel där man lyckats uppnå målnivåer
- Möjligheter till distansvård och digitala hjälpmedel (inkluderande resurser som t.ex. 1177) ska övervägas
- Täcka hela vårdkedjan – från det aktuella vårdtillfället till långtidsbehandling och inkludera både sjukhusrelaterad vård och primärvård. Definiera flödet: Hur ser patientflödet ut i sin helhet, numerärt och hur kan de tänkta modellerna täcka detta

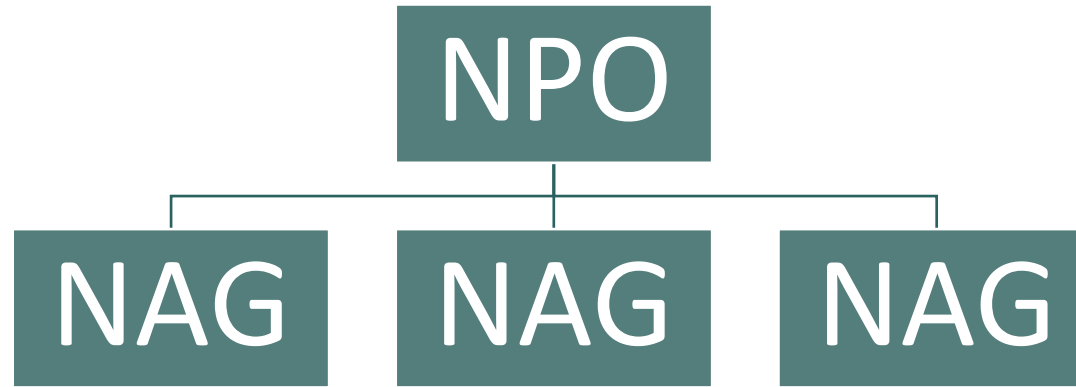
- Anpassade för att kunna implementeras i olika delar av landet, t.ex. kan olika modeller krävas för implementering i storstadsmiljö resp. utpräglad glesbygd.
  - Utvärderingsbara. Förslag på hur införande ska följas upp och utvärderas ska ges och där existerande kvalitetsregister används i möjligaste mån. Möjligheter till benchmarking på lokal och regional nivå.
  - Inte förutsätta betydande resurstillskott
    - om betydande resurstillskott/investeringar krävs ska det lyftas till NPO
    - om betydande resurstillskott/investeringar krävs ska det förankras hos huvudmännen som del i arbetet
    - försöka kvantifiera behov av nya resurser om det är aktuellt.
  - Kontinuerligt under processen förankra förslagen brett hos relevanta intressenter
2. Ta fram en grov plan för hur modellerna ska spridas och implementeras brett som kan överlämnas till RPO för finalisering och realisering
    - a. I planen bör ingå vilka utbildningsinsatser som krävs för framgångsrik implementation
  3. Beskriva kvarstående kunskapsluckor inom fältet – om möjligt föreslå åtgärder som behöver utvärderas i vetenskapliga (företrädesvis kontrollerade) studier.
  4. Identifiera områden i behov av innovationer inklusive utveckling av funktioner i de elektroniska patientjournalerna och kvalitetsregister.
  5. Identifiera kunskapsluckor lämpliga för patientnära klinisk forskning.
  6. Identifiera och ha kontinuerlig dialog med intressenter som Swedeheart, Kardiologföreningen, VIC, HL-fonden etc

## Tidsplan och leveranser

Under hela processen förutsätts regelbundna och täta avstämningar mellan NAG och NPO och regionala programområden eller motsvarande

1. Fas 1 – framtagande av modell(-er).
  - a. Ett första utkast ska presenteras för NPO senast Q3 2019
  - b. En final version ska presenteras för NPO senast Q4 2019
  - c. NPO ansvarar för att förslagen godkänns av styrgruppen för kunskapsstyrning
2. Fas 2 – framtagande av implementationsplan
  - a. presenteras av NAG för NPO senast Q1 2020
  - b. NPO överlämnar ”produkten” till RPO Q1 2020
3. Fas 3 – framtagande av uppföljningsplan senast Q2 2020.
  - a. NPO har sedan huvudansvaret för att uppföljning sker kontinuerligt. Positiva effekter förväntas kunna ses senast under verksamhetsåret 2022.

# STEG 3: Identifiering av medlemmar i NAG



## Sammansättning NPO

**6 regionala ledamöter och en processledare**

**Representanter från respektive sjukvårdsregion**

**Bred professionell kompetens inom fältet och med ett regionalt mandat**

## Sammansättning NAG

- Experter (primär- och specialistvård)
  - Kvalitetsregister
  - Patientföreträdare
  - Vårdprogram
  - Om relevant: kommunrepresentant
- Arbetet stöds av processledaren för NPO samt stödfunktion vid SKL
  - Representation från samtliga regioner
  - Jämn könsfördelning ska eftersträvas
  - Multiprofessionell sammansättning samt representativitet från primärvård och sjukhus

	Namn	Medicinsk kompetens	Uppdrag i landsting/region	Övriga uppdrag
Norra	Camilla Sandberg	Leg fysioterapeut, PhD	För närvarande kombinerat forskningsförordnande inom VLL med klinisk tjänstgöring, därutöver specialistfysioterapeut med huvudinriktning fysisk träning och hjärtsjukdom (främst sekundärprevention och GUCH).	Medlem i VICs arbetsgrupp för medfödda hjärtfel.
Uppsala-Örebro	Lars Svennberg	Kardiologläkare	Chefsläkare (50%) och öl i kardiologi (50%), Gävle	Medlem i styrelsen för Svenska kardiologföreningen och i arbetsgruppen för preventiv kardiologi.  Medlem i arbetsgruppen för <a href="#">kardio-genetikregistret</a> som är en del av <a href="#">Swedeheartregistret</a> .
	Fredrika Norlund	Psykolog	Psykolog, kardiologikliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala	Disputerat i psykisk ohälsa i samband med akut kranskärslssjukdom.  Medlem i arbetsgruppen för SEPHIA, det sekundärpreventiva delregistret i <a href="#">Swedeheart</a> .
Sthlm-Gotland	Mattias Ekström	Överläkare, Med Dr Hjärtkliniken Danderyds sjukhus Medicinskt ledningsansvar Avd	Författare Fokusrapport 2016 SLL Rehabilitering och Sekundärprevention vid hjärtsjukdom	<a href="#">Postdoc KI 2017-20120</a> med doktorand  Projekt 4D HT i samarbete med SLSO PV i SLL
		95 Patientflöde kranskärslssjukdom,	Ordförande Arbetsgrupp Sekundärprevention inom Hjärtkärlrådet SLL ( <a href="#">länk</a> RPO)	

	Tomas Forslund	Distriktsläkare, Medicinskt ansvarig Gröndals vårdcentral. Med Dr.	Ledamot i Stockholms läns Läkemiddelskommittés expertråd för Hjärtkärlläkemedel	Epidemiologiska studier av NOAK användning i SLL och minskad förekomst av blödningar o stroke.)
	Mattias Lidjén	Leg ssk, Med Dr Nov 2018 Effects of Structured Lifestyle Program for individuals with high CV risk	Ledamot Arbetsgrupp Sekundärprevention inom Hjärtkärlrådet SLL ( <a href="#">länk</a> RPO)	Forskningssjuksköterska <a href="#">Inst f</a> Medicin, Karolinska Institutet, grupp M-L Hellenius
Sydöstra	Staffan Nilsson	Docent, allmänläkare	Universitetslektor vid Linköpings universitet. Allmänläkare vid Vikbolandets vårdcentral	Intresseområde kranskärslssjukdom inom primärvård. Pågående forskningsprojekt inom området
	Emma Hag	Magisterexamen, leg. sjuksköterska	Ansvarig sjuksköterska vid hjärtmottagningen i Jönköping. Ansvarar för hjärtskola, SEPHIA mm i Jönköping	Medlem i SEPHIA arbetsgrupp inom <a href="#">Swedeheart</a> . Styrelsemedlem i VIC
Södra	Margret Leosdotter, <a href="#">Ordförande</a>	Kardiolog, Med Dr Överläkare på Skånes universitetssjukhus. Enhetsansvarig läkare hjärtmott SUS Malmö	Enhetsansvarig för hjärtmott Malmö  Aktiv forskning, bland annat <a href="#">Perfect CR</a> studien som undersöker sek <a href="#">prey</a> i landet och jämför sjukhus	Ordförande i SEPHIA, mångårig medarbetare i kardiologföreningens arbetsgrupp för kranskärslssjukdom.
	Olle Bergström	Kardiolog	Överläkare i Växjö	Sitter i RIKS-HIAs styrelse. Sitter i Regionala Programområdet för södra regionen
Västra	Annica <a href="#">Ravn-Fischer</a>	Kardiologläkare	ÖL Kardiologi SU/Sahlgrenska, kliniskt verksam framförallt i HIA vård och sekundär prevention.	Disputerad. Styrelseledamot i SWEDHEART, Riks-HIA.
	Maria Bäck	Fysioterapeut	Fysioterapeut och docent SU/Sahlgrenska	Disputerad. Styrelseledamot SEPHIA och initiativtagare till nationellt nätverk för fysioterapeuter inom hjärtsjukvård.

ionellt system kunskapsstyrning so- och sjukvård

SES REGIONER I SAMVERKAN

## Erfarenheter hittills av framtagande och implementering av Vårdförlopp och Vårdprogram/Vårdriktlinjer

- *Varit relativt lätt att få experter till NAG som arbetat med stort engagemang*
- *Svårt att få fram data för att följa framtagna indikatorer*
- *Stora regionala skillnader i implementeringen*
- *Den största utmaningen är att nå ut i primärvården och få gränssnittet primärvård och sjukhusvård att fungera*
- *Andra svårigheter är att få det regionala och lokala kunskapsstyrningssystemet att integreras i linjen – stor okunskap om systemet bland verksamhetschefer och motsvarande*
- *Besparingar respektive kostnadsökningar ligger ofta inom olika förvaltningar, specialistvård – primärvård – kommunal sjukvård/omsorg*

Värdet skapas  
i mötet med  
patienten

Det är bara om vårt arbete leder till förbättringar för våra patienter som det är värt allt arbete och tid – inte att vi har producerat fina vårdprogram eller vårdförlopp som bara "står i hyllan"!

