

Minnesanteckningar RPO Hjärta-Kärl den 17 mars 2021

1. Mötets öppnande
2. Godkänna dagordning
 - minnesanteckningar från föregående möte
- 3 Övriga punkter
4. Rapport från NPO – Fredrik
5. Rapport från SSVN? – Christer
6. PSV – Nydebuterad hjärtsvikt
 - hur påverkar det vara verksamheter?
 - Klinfys?
 - primärvård?
7. Höspec.vård HOVM – se bifogat dokument
8. Sjukvårdsregional nivåstrukturerings – se bifogat dokument
9. FF och AMI – OAK och Trc-hämmare – Swedeheart
10. Primärvårdsrepresentant i gruppen?
11. Övriga frågor
12. Nästa möte
13. Avslutning

Närvarande: Olle Bergström, Anders Gottsäter, Ingela Sjölin, Helena Wikström, Josefine Östangård, Mats Lindgren, Lars Algotsson, Christer Lindbladh, Fredrik Schersten, Carl-Magnus Pripp, Karim Sangeri.

1. Olle Bergström öppnar mötet.
2. Dagordningen godkänns. Minnesanteckningar från förra mötet godkännes.
3. Inga övriga punkter.
4. Kort rapport möte med NPO. Nationella kliniska kunskapsstöden, implementering av vårdförlopp hjärtsvikt och kritisk ischemi. Webinarium om hjärtsvikt. Samarbete med medicinska och tekniska produktrådet, mest om rytmövervakning med olika sorters device. Även vilka som är mest illa däran av covid och vilka sjukdomar som man ska vara extra försiktiga med. Inget nytt men man arbetar med det igen, då fler ärenden kommer in och distribueras ut till NPO.
5. Förra gången hade vi ett par nya vårdförlopp, idag finns 8 st som är godkända totalt. Förväntar oss runt 25-30 på 3 års sikt. 4 vårdförlopp har fått godkänt att starta, matallergi, ryggsmärta, sekundärprevention vid arteriell sjukdom och obstruktiv sömnapné. Införandet av vårdförloppen som fick godkänt i höstas rullar på, där det finns utsedda processledare per region som arbetar övergripande med dessa vårdformen och processen är igång. Dessa processer verkar vara i full gång. Som tidigare

känt så är den lokala kunskapsorganisationen som styr hur fort implementeringen sker.

6. Inte all hjärtsviktsbehandling går in här utan enbart den nydebuterade, basala hjärtsviktsstarten. Ett väldigt välskrivet dokument, man skrivit om en del saker tex reviderade gällande gränser för BNP. Bra att man gjorde det resonemanget mildare, då en hårdare linje hade påverkat klinfys lokalt mycket hårdare. I region Kronoberg finns vissa bitar inte med överhuvudtaget. Primärvården i Kronoberg är nog ännu inte redo för detta. Han efterfrågar hur andra upplevt det:
 Karim – Helsingborg, upplever inte att det fungerar med ackrediterade vårdcentraler med hjärtsviktsmottagning. Skåne hade ett ambitiöst projekt med detta där samtliga tyvärr lades ner.
 Fredrik – i Malmö finns någon rest med sjuksköterskeledd mottagning, som åkte till flera olika vårdcentralen för att svara på remisser. Även läkare varit medverkande i det projektet.
 Sammanfattningsvis har primärvården en del kvar att göra om vårdförloppet ska bli verklighet.

Första linjens behandling ska skötas på en hjärtsviktsmottagning som i princip kan vara lokaliserad var som men ska vara rätt utrustad. Därefter kommer andra linjen, som är pacemaker och andra åtgärder. Vi tar även upp aspekterna av hur sjukgymnast träffar hjärtsviktspatienter.

Efter vårdförloppets första 180 dagar så antar man att patienten som behöver bara första linjens behandling och ultraljud av hjärtat kan följas upp via primärvården.

Diskussion kring värdering av arbetsförmåga på hjärtsviktspat. Det finns krav och säkerhetsrutiner för ett arbetsprov som utförs av kardiolog vid hjärtmottagning eller klinisk fysiologi. Innebär detta att patienten måste vara uppkopplad? EKG? Det ska enligt uppgift även finnas defibrillator i närheten. Ingelas bedömning är att det är svår genomförbart eftersom det inte alltid ens finns sådan utrustning på hjärtrehab och därmed ännu svårare att genomföra det på primärvårdsnivå.

Christer Lindbladh frågar om andra upplever att det finns möjlighet att i dessa frågor ”docka in” till primärvården och i vilken takt det finns möjlighet att samköra detta med sjukhusvården. En möjlig utveckling kanske kan vara att vårdcentralen går samman på ett tydligare sätt exempelvis angående utrustning, som i England där GP arbetar mer i kluster. I Skåne hade man gjort en liknande satsning så att vissa vårdcentraler fick tillgång till detta, så att andra kunde remittera dit. Ingela säger att frågan gällande cyklar med inbyggd EKG-övervakning alltid landat i att den typen av utrustning är för dyr. Hon pratar även om vilka krav som ställs på patienten om en etablerad kontakt med fysioterapeut och hon frågar sig varför det i vårdförloppet ska ställas krav på att exempelvis en patient ska vara uppkopplad vid cykling när man låtit dem cykla utan uppkoppling tidigare. Olle menar att de som tar fram vårdprocesserna inte ska ta hänsyn till praktiskt genomförbarhet utan snarare är en beskrivning av det optimala förloppet kunskapsmässigt. Christer håller med om detta och menar att det är viktigt att det finns en organisation i ryggen som kan diskutera vilket av detta man ska implementera och arbeta med. Han menar också att respektive region äger frågan lokalt. I slutändan ligger mycket ansvar på chefer som är de som

har ansvaret och det ekonomiska ansvaret för att se till att det implementeras. ”Vi bygger flygplanet samtidigt som vi flyger det”.

Olle berättar att man i Kronoberg börjat jobba med att tillsätta en processledare och en medicinskt sakkunnig för att komma vidare i detta. Man jobbar även på en mall för hur man hanterar nya vårdförlopp när de kommer, för att det ska gå till när man sätter samman en tvärprofessionell grupp som ska arbeta med detta etc. Andra regioner upplever inte att man är lika långt komna i detta. Det måste inte nödvändigtvis vara de personer som sitter i LPO som sedan arbetar med vårdprocessen.

Christer har lyssnat av alla regionerna och alla är på gång men har kommit olika långt i detta. Exempelvis Skåne har ju sin storhet med sig som både fördel och nackdel. Man får nog bara acceptera att det kan vara så här under uppbyggnadens gång då man har en riktning. Det är inte RPO's uppdrag att implementera frågor i de olika regionerna utan snarare driva frågor och öppna för att de ska kunna införas i olika regionerna.

Användning av Riks-Svikt:

Enligt Fredrik så registreras numera patienter i Rikssvikt nu, vilket inte gjorts tidigare. Plattformen ska ha blivit bättre än förut nu. Swedeheart är enklare eftersom det finns en början och slut på processen. Kan ”Primärvårdskvalitet” förse Riks-Svikt med data?

Fredrik menar att detta måste vara det mest mot fysioterapi inriktade dokumentet som finns gällande hjärtsjukvård. Ingela menar att det kommer innebära att många fler måste utbildas inom detta. Rikssvikt ska enligt uppgift eventuellt plockas in i Swedeheart, Ingela efterfrågar hur det går med detta. Olle säger att man ska ha förbättrat och gjort Rikssvikt mer användarvänligt, vilket är viktigt om man ska övertyga andra om att faktiskt använda sig av ett kvalitetsregister. Mats menar att man i Halland har en liten sviktenhet, men inte har någon klinifys (utan BMA och kardiologer kör ekokardiografierna) och att han har mycket att ta tag i gällande det här, och att det är svårt att hålla undersökningstiderna i vårdprocessen gällande undersökningstiderna efter start av vårdförloppet. Carl-Magnus säger att läget är motsvarande i Blekinge. Det saknas också fysioterapeuter i princip till allt och kommer inte att klara resurser kring de ekokardiografiska målen som beskrivs heller. Gällande angiografi finns det också ett enormt resursbehov. Olle har hört att klinifysläkarna har uttryckt stor oro kring tidsramarna. Ingela menar att det är viktigt att inte göra om samma misstag som tidigare gjorts, med stora ansträngningar och satsningar i primärvården som inte ger resultat. Olle summerar att det är viktigt att visa på vinsterna med ett projekt i denna stil och att det ökade resursbehovet kan löna sig i långa loppet.

Tidigare har Olle mött inställningen inom primärvården att sjuksköterskor inte trodde sig ha ett tillräckligt patientunderlag för att kunna ta emot hjärtsviktpatienter, samt att läkare kanske ansett att det är patienter som man själv vill träffa. Han menar att det kanske vore bra att införa en särskild hjärtsköterska som egen roll, med möjlighet att möta patienter med olika kardiologiska tillstånd. Christer påminner om att vi utgår från ett högt läge med en bra sjukvård. Det finns olika förutsättningar där man kan lära av varandra.

Olle frågar om man i RPO ska ha rapport som en stående fråga, gällande vårdförloppen kritisk ischemi och nyupptäckt hjärtsvikt, om hur det går och vilka framgångsfaktorer som har uppkommit. Förtydligande – alltså en lägesbild av hur det ser ut i kortare ordalag om hur det går med införandet, och då från den medicinska professionen.

Summerat: Det finns mycket att jobba med i denna fråga!

7. Vem ska göra alkoholablation och myektomi på HOCM

Olle efterfrågar om det någon som jobbar med detta som har någon åsikt i ämnet? Uppdraget hamnar med stor sannolikhet inte i Skåne.

- Södra sjukvårdsregionen kommer att skriva någon form av remissvar på denna genomlysning. Det pågår ett arbete och vi får se hur det går, vi släpper den saken i vår grupp idag.

Gällande kateteringreppet så har man bestämt sig. Det är redan koncentrerat till universitetssjukhuset och man ska vara en toraxklinik för att kunna genomföras med alla behov runt omkring.

8. Sjukvårdsregional nivåstrukturerings – se bifogat dokument

9.

Olle tog med den för att han tyckte att det var en konstigt stor variation. Bilden avspeglar 2020. Avspeglar användningen av AK resp Trc-hämmare på pat med flimmer men också fått en hjärtinfarkt. Frågan är om sådana saker motiverar den ganska stora spridningen från topp till botten.

Han undrar om det är så många som hälften av patienterna som man inte ska behandla. Diskuteras dubbel- och trippelbehandling. Datan speglar alltså vad patienten har gått hem med för slags behandling. Man diskuterar även olika sorters regimer för behandling. Ifrågasätter man fortfarande data? Fredrik tror inte riktigt på att bilden visar korrekt då han anser att det inte speglar hur man gör i Skåne.

10. Ska vi försöka få med en primärvårdsrepresentant? Hur får man i så fall tag i en sådan? Christer tar frågan med sig till styrgruppen. (Det har funnits ett förslag på att det i RPO ska sitta två representanter för respektive region, behövs mer förtydligande runt det här).

11. Övriga frågor: Mail om nationell remiss från nationellt kliniskt kunskapsstöd, Olla undrar om andra får den också i gruppen? Hinner man ta hand om dem? Det verkar vara en viss förvirring enligt vilken struktur detta skickas ut, om det är på nationell nivå, regionnivå, inom RPO? Sammanfattningsvis verkar det inte som att detta specifika fallet skickas ut till alla inom RPO.

12. Nästa möte: 2021-04-13

13. Olle avslutar mötet.