

## Landstingsstyrelsens förslag till beslut

---

### Motion 2004:1 av Birgitta Rydberg m.fl. (fp) om förebyggande av kranskärslsjukdomar

Föredragande landstingsråd: Inger Ros

#### Ärendet

Motionärerna föreslår inrättande av ett kompetenscentrum för förebyggande av kranskärslsjukdomar, att utveckla ett ersättningssystem som innebär att prevention ges ökat utrymme.

#### Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta

*att* avslå motionens första att-sats

*att* anse motionens andra att-sats besvarad.

Hjärtkärlsjukdomar är det dominerande folkhälsoproblemet i Stockholms län liksom i övriga Sverige och drabbar sex av tio svenskar. Man kan idag förutsäga cirka 90 procent av alla hjärtinfarkter med bestämning av nio stycken så kallade riskfaktorer. Förbättring av hälsoläge med förebyggande åtgärder kan ske på två principiellt olika sätt, primärprevention eller sekundärprevention. Det är väsentligt att insatser för prevention avvägs mot kostnadseffektivitet. Nyligen har ett projekt som studerar effekten av sekundärprevention till patienter med kranskärslsjukdom startats som ett samarbete mellan Institutionen för Allmänmedicin, Karolinska Huddinge och Karolinska Institutet vid Södersjukhuset. Detta projekt kommer bland annat att kunna svara på frågan om sekundärpreventiva åtgärder hos patienter med kranskärslsjukdom är kostnadseffektiva.

#### Bilagor

- 1 Motion
- 2 Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande

Det förefaller rimligt att avvakta resultat från denna undersökning innan man beslutar om ett eget "kompetenscentrum för förebyggande av Kranskärlssjukdomar".

Primärvården kan arbeta primärpreventivt bör framöver ges i uppdrag och ersättas för ett vidgat uppdrag om livsstilsfaktorer. Sekundärprevention kan ske hos varje ansvarig vårdgivare, men också i grupper kring organsjukdomar eller livsstilsproblem (till exempel rökning, övervikt etc). Det finns också redan en god grund i den livsstilsenhet som efter "Kunskapsutredningen" bildades inom SLSO vid Centrum för Allmänmedicin för att kunna nå ut till länets vårdcentraler.

Motionärerna har helt rätt i att det är angeläget med ersättningssystem som prioriterar förebyggande insatser i den kliniska vardagen. Ett sådant utvecklingsarbete pågår. Den nya målrelaterade ersättning som införts ger utrymme för att sätta upp medicinska mål och knyta ersättning till dessa. Framöver bör undersökas hur insatser för att förebygga kranskärlssjukdom kan specificeras så att de kan föras in i avtalen och utgöra underlag för ersättning och uppföljning.

### Behandling i landstingsstyrelsen

Landstingsrådsberedningen behandlade ärendet den 2 mars 2005.

Landstingsstyrelsen behandlade ärendet den 15 mars 2005.

Vid behandlingen i landstingsstyrelsen yrkades bifall dels till landstingsrådsberedningens förslag, dels till fp-ledamöternas förslag.

Landstingsstyrelsens beslut fattades utan omröstning.

*Fp-ledamöterna reserverade sig:*

"Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta att bifalla motionen.

Kranskärlssjukdomar är en av de vanligaste folksjukdomarna. I Stockholms län insjuknar varje år ungefär 5000 personer i akut hjärtinfarkt. 40% avlider inom 28 dagar efter insjuknandet. Sjukdomen skördar fortfarande många liv i förtid. Prognosen är lika dålig som de mest maligna cancerformerna. Det är

en av de vanligaste dödsorsakerna i Stockholms län. Det beräknas att minst 50 000 stockholmare har olika tecken på kranskärlssjukdomar. 90% av hjärtinfarktfallen är starkt kopplade till livsstilsfaktorer och borde således gå att förebygga.

För att förhindra att enskilda får kranskärlssjukdomar är det viktigt att förebyggande åtgärder sätts in. En viktig del är att informera enskilda om livsstilsförändringar. Detta för att minska riskerna att insjukna i kranskärlssjukdom och att stödja beteendeförändringar. Dessutom behöver de som fått hjärtinfarkt kunskap om hur de ska göra för att undvika att få ytterligare en hjärtinfarkt. God vetenskaplig grund finns för såväl primär – som sekundärprevention. Motionsrådgivning är enligt hälsoekonomiska utvärderingar kostnadseffektiv.

Centrum för Allmänmedicin har startat en enhet som ska sprida kunskap om det förebyggande arbetet. Det är bra. Efterfrågan på kunskap är stor och enheten är starkt efterfrågad. Behovet av utbildning inom detta område i sjukvården är stort. Det är stor efterfrågan på undervisningsmaterial.

Det finns omfattande kunskaper inom olika enheter i Stockholms län om att förebygga kranskärlssjukdomar. Därför behöver ett kompetenscentrum inrättas för att sprida kunskap om det förebyggande arbetet, samordna arbetet, initiera forskning m m. Ett nära samarbete med Karolinska institutet är nödvändigt.”

## Ärendet och dess beredning

**Birgitta Rydberg m.fl. (fp)** har i en motion (bilaga), väckt den 10 februari 2004 föreslagit landstingsstyrelsen föreslå landstingsfullmäktige besluta att inrätta ett kompetenscentrum för förebyggande av kranskärlssjukdomar, att utveckla ett ersättningssystem som innebär att prevention ges ökat utrymme.

## Utskottsbehandling

**Hälso- och sjukvårdsutskottet** har den 19 oktober 2004, enligt landstingsdirektörens förslag, avgett yttrande (bilaga).

*Fp-ledamöterna reserverade sig till förmån för sitt förslag att bifalla motionen.*

## Bilagor

### Motionen

Antalet personer som insjuknar i akut hjärtinfarkt har under många år minskat i Stockholms län. Detta trots att andelen äldre ökat. Även mot bakgrund av denna positiva utveckling är kranskärlssjukdomar en av de vanligaste folksjukdomarna. I Stockholms län insjuknar varje år ungefär 5000 personer i akut hjärtinfarkt. Cirka 40% avlider inom 28 dagar efter insjuknandet. Det är därmed en av de vanligaste dödsorsakerna i Stockholms län. Dessutom insjuknar ett ganska stort antal personer i angina pectoris eller hjärtsvikt. Det beräknas att minst 50 000 stockholmare har olika tecken på kranskärlssjukdomar. Varje år görs cirka 1 600 hjärtkirurgiska operationer i Stockholms län.

För att förhindra att enskilda får kranskärlssjukdom är det viktigt att förebyggande åtgärder sätts in. Det gäller att identifiera riskfaktorer hos personer som sjukvården har kontakt med för att förhindra att åderförkalkningen utvecklas. En viktig del är att informera enskilda om att det kan behövas livsstilsförändringar för att minska riskerna att insjukna i kranskärlssjukdom och stödja dem i beteendeförändringar. Men lika viktigt är att för redan drabbade ha en effektiv sekundärprevention. Allmänmedicin Stockholm har anställt en läkare som ska sprida kunskap om sådant arbete till primärvården. Det är bra, men otillräckligt. Detta med tanke på hur stor del av sjukligheten som hjärt-/kärlsjukdomar utgör.

Stockholms län befinner sig inte i frontlinjen när det gäller att tillämpa de senaste forskarrönen när det gäller förebyggande av kranskärlssjukdomar. Det är därför viktigt att förbättra kvaliteten av de förebyggande insatserna i Stockholms län. Därför behöver ett kompetenscentrum inrättas. Centrat bör utveckla guidelines för det förebyggande arbetet, införa dessa, samordna det förebyggande arbetet, initiera forskning m m. Ett nära samarbete med Karolinska institutet är nödvändigt.

Landstingsfullmäktige föreslås besluta

att inrätta ett kompetenscentrum för förebyggande av kranskärlssjukdomar,

*att* utveckla ett ersättningssystem som innebär att prevention ges ökat utrymme.

Stockholm den 10 februari 2003

Birgitta Rydberg

Cecilia Carpelan

Lena Huss

Christina Andersson

Olov Lindquist

Bo Johansson

Rolf Bromme

## Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande

### Förvaltningens synpunkter

Hjärtkärlsjukdomar är det dominerande folkhälsoproblemet i Stockholms län liksom i övriga Sverige och drabbar sex av tio svenskar. Kranskärlsjukdom i form av angina pectoris eller hjärtinfarkt är den största gruppen. År 2000 insjuknade 5633 personer i Stockholms län i akut hjärtinfarkt, 3261 män och 2372 kvinnor. Förekomst av kranskärlssjukdom är dock i sjunkande i Sverige och framförallt i tätorter. Trots att insjuknande och dödlighet i hjärtinfarkt har minskat hos både män och kvinnor de senaste decennierna är hjärtinfarkt fortfarande den vanligaste dödsorsaken bland både kvinnor och män. Prognosen vid hjärtinfarkt är fortfarande dålig och dödligheten inom 28 dagar efter en infarkt är hög. Inom 28 dagar efter hjärtinfarkten har 35 % av männen och 38 % av kvinnorna avlidit. Inom loppet av 1 år har 50 % av kvinnorna och 44 % av männen avlidit.

#### *Risikfaktorer*

Man kan idag förutsäga ca 90 % av alla hjärtinfarkter med bestämning av nio stycken så kallade riskfaktorer, dit hör rökning (den i särklass viktigaste) övervikt, högt blodtryck, avsaknad av motion, förhöjda blodfetter m.fl. Det finns stor anledning att tro att det förbättrade hälsoläget avseende kranskärlssjukdom i Stockholm beror på att befolkningen idag lever sundare än tidigare. Exempelvis är Sverige det land i världen med lägst andel rökare, ca 18%. Även när det gäller övriga riskfaktorer uppvisar Sverige en gynnsam profil.

#### *Möjligheter att förebygga kranskärlssjukdom*

Att förbättra hälsoläget med förebyggande åtgärder kan idag ske på principiellt två olika sätt;

- a. Identifiering och modifiering av riskfaktorer hos individer *utan* känd sjukdom, sk **primärprevention**
- b. Som ovan men hos individer *med* känd hjärtsjukdom sk **sekundärprevention**.

Kunskaperna om livsstilens betydelse för såväl insjuknande som död i hjärtinfarkt har ökat kraftigt det senaste decenniet, men har ännu inte kommit att påverka vården i den utsträckning som är önskvärd. Flera såväl primär- som sekundärpreventiva studier har visat att man med förbättrade matvanor kan minska risken för insjuknande i kranskärlssjukdom. I en europeisk undersökning bland 600 kvinnor och män som var yngre än 70 år och som insjuknat i en första hjärtinfarkt visade man i en randomiserad kontrollerad design att kostråd och kostomläggning kunde minska risken för

återinsjuknande och död med 70% vid en uppföljning efter drygt två år. Vid en långtidsuppföljning efter ca 4 år kvarstod stora skillnader mellan kostgruppen och kontrollgruppen. Såväl epidemiologiska studier som interventionsstudier av senare datum har också visat att ökad fysisk aktivitet spelar en stor roll för att förhindra nyinsjuknande samt minska risken efter hjärtinfarkt. En tysk forskargrupp presenterade nyligen en studie där träning var effektivare än PCI (kranskärslsingrepp) hos män med stabil angina pectoris. Styrkan i livsstilsinterventionen (förbättrade matvanor, ökad fysisk aktivitet, nikotinstopp, stresshantering) förklaras av de multipla effekterna på många olika riskfaktorsystem såsom blodfetter, blodtryck, insulin-känslighet, övervikt, bukfetma och proppbildning etc. I aktuella internationella och nationella dokument för att förebygga och behandla krans-kärlsjukdom har livsstilsintervention en central plats.

#### *Kostnadseffektiva strategier*

En effektiv prevention av krans-kärlsjukdom kräver kunskap om risk-faktormönster i befolkningen, att riskindivider identifieras och erbjuds adekvat och evidensbaserade råd om livsstil samt farmakologisk behandling när sådan är nödvändig. Ett långsiktigt stöd till beteendeförändring är av största värde för att minska risken för insjuknande eller återinsjuknande. Goda kunskaper finns idag men de behöver implementeras i klinisk praxis. Kunskapsnivån behöver höjas generellt hos såväl sjukvårdspersonal som patienter och befolkning. Kaiser Permanente som i norra Kalifornien tar hand om 3 miljoner patienter visar på en 30% större minskning av död i hjärtsjukdomar än i övriga norra Kalifornien framförallt på grund av ett bättre evidensbaserat omhändertagande i klinisk praxis.

För att *primärpreventiva* insatser skall vara kostnadseffektiva definierat som att kostnaden för ett år av räddat liv skall vara mindre än ca 800.000 SEK fordras en mycket hög förekomst av riskfaktorer som på ett effektivt sätt kan modifieras. Detta är inte situationen i Stockholm. Med tanke på den relativt låga förekomsten av hjärtsjukdom och den förbättrade profilen avseende riskfaktorer finns det anledning att förmoda att primärpreventiva åtgärder ej skulle vara ekonomiskt försvarbara.

När det gäller *sekundärprevention* finns det sannolikt större möjligheter att uppnå positiva effekter till en rimlig kostnad. Nyligen har ett projekt som studerar effekten av sekundärprevention till patienter med krans-kärlsjukdom startats som ett samarbete mellan Institutionen för Allmänmedicin, Karolinska Huddinge, KI- Södersjukhuset. Detta projekt kommer bl a att kunna svara på frågan om sekundärpreventiva åtgärder hos patienter med krans-kärlsjukdom är kostnadseffektiva.

Det förefaller rimligt att avvakta resultat från denna undersökning innan man beslutar om ett eget "kompetenscentrum för förebyggande av Kranskärlsjukdomar".

Primärvården kan arbeta primärpreventivt om man får i uppdrag och ersätts för ett vidgat uppdrag om livsstilsfaktorer. Sekundärprevention kan ske hos varje ansvarig vårdgivare, men också i grupper kring organsjukdomar eller livsstilsproblem (till exempel rökning, övervikt etc). Det finns också redan en god grund i den livsstilsenhet som efter "Kunskapsutredningen" bildades inom SLSO vid Centrum för allmänmedicin för att kunna nå ut till länets vårdcentraler. Inom Livsstilsenheten har LUCD integrerat sin undervisningsverksamhet kring framförallt typ 2 diabetes.

*Beskrivningssystem och ersättningsmodeller – som stöd för förebyggande av kranskärlssjukdom*

Motionen har beretts i samråd med LSF-Vårdersättningar. LSF-Vårdersättningar har ansvar för att utveckla och införa beskrivningssystem för vården. Beställarkontor Vård har däremot ansvar för utveckling av ersättningsmodeller och avtal. När det gäller ersättningsmodeller har synpunkter inhämtats från BKV- enheten för ersättningsmodeller.

När det gäller *beskrivningssystemen* använder Stockholms läns landsting idag för den öppna vården det så kallade KÖKS-systemet. Detta är ett lokalt system och är framförallt ett debiteringssystem. Det finns få åtgärder inom KÖKS-systemet för ersättning av förebyggande åtgärder.

Socialstyrelsen har tagit fram ett förslag på Klassifikation av VårdÅtgärder (KVÅ). KVÅ är således en åtgärdsklassifikation för verksamheten i sjukvården. Troligtvis så kommer KVÅ att finnas tillgänglig under 2005. LSF-Vårdersättningar har för avsikt att tillämpa den nationella klassifikationen KVÅ.

KVÅ beskriver åtgärder framför allt för redan drabbade personer/patienter som insjuknat i kranskärlssjukdomar. I KVÅ finns särskilda åtgärder för information och utbildning till patienter. Följande åtgärder finns:

- **Kardiologi – information/utbildning.** Information och utbildning av väsentligt större omfattning än vad som förekommer vid ordinära kontakter till exempel information och utbildning efter infarkt, ballongdilatation, bypass-operation etc. Innefattar eventuell fysisk träning och dietrådgivning. Går även under benämning hjärtrehabilitering.
- **Samtalsbehandling.** Strukturerat samtal i behandlande syfte. Till exempel krissamtal, stödsamtal, motivationssamtal, insiktsskapande samtal.



- **Rådgivande samtal.** Rådgivning av väsentligt större omfattning än vad som förekommer vid ordinära besök.
- **Behandlingskonferens.** (Åtgärden behandlingskonferens används även vid olika former av vårdplanering).
- **Särskilt omfattande förberedelser/efterarbete.** Särskilt omfattande innebär arbete utöver det som vanligtvis ingår i enhetens förberedelser och efterarbete med inskrivning/utskrivning, inläsning av omfattande journalhandlingar, kontakter med andra enheter, sökning i referenslitteratur etc.
- **Patientrelaterad extern information och/eller utbildning.** Avser dels överrapportering av patient till annan enhet (mer omfattande än remissinformation) och dels information och/eller utbildning avseende en viss patients behov till externa enheter (= utanför den egna kliniken).
- **Distanskonsultation.** Genomgång av patientärende efter remiss (brev, e-mail, telefon, telemedicin). Svar till inremitterande. Bedömning skall journalföras.

Ovanstående åtgärder grupperas sedan till ett antal huvudgrupper. I vårdöverenskommelse och vårdavtal kan dessa åtgärder/grupper vara underlag för ersättning till vårdgivarna. Vidare kan även avtal träffas om ersättning till vårdgivarna för förebyggande åtgärder, som berör livsföring mm. Vi kan således skapa lokala åtgärds-koder, som ersätts. Fördelen med att tillämpa Socialstyrelsens Klassifikation av VårdÅtgärder (KVÅ) är att detta är ett nationellt system.

När det gäller *ersättningsmodeller* så ger det påbörjade arbetet med målrelaterad ersättning möjlighet att sätta upp medicinska mål och knyta ersättning till dessa. Målrelaterad ersättning har införts för akutsjukvården och ingår i förslaget till ersättningsmodell för husläkarna. Den nya modellen ger dels ersättning för sjuksköterskemottagningar, och där bör det preventiva arbetet kunna utökas. Den nya ersättningsmodellen stödjer också generellt att fler yrkeskategorier, än läkare, utnyttjas bättre bland annat till preventivt arbete. Redan i år finns målrelaterad ersättning knuten till uppsatta medicinska mål rörande diabetesvård, och det är således framöver möjligt att utvidga till fler områden, såsom prevention av kranskärlssjukdom.

Förvaltningens slutsatser blir därmed att

- Man i detta skede bygger vidare på det som skapats, dvs livsstilsenheten på CfAM. Medel till detta bör kunna tas via folkhälsoanslaget.
- Ersättningssystem som även prioriterar förebyggande insatser, skulle underlätta arbetet med att implementera riktlinjer för det förebyggande

arbetet i klinisk vardag. Den nya målrelaterade ersättningen ger utrymme för att sätta upp medicinska mål och knyta ersättning till dessa. Framöver bör undersökas hur insatser för att förebygga kranskärlssjukdom kan specificeras så att de kan föras in i avtalen och utgöra underlag för ersättning och uppföljning.