

*Handläggare:  
Susanna Lagersten*

## Yttrande över motion av Birgitta Rydberg m fl (fp) om förebyggande av kranskärlssjukdomar

### Ärendet

Landstingsstyrelsen ska yttra sig över motionen och har överlämnat den till hälso- och sjukvårdsutskottet för beredning

### Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsutskottet föreslås besluta

*att* föreslå landstingsstyrelsen besluta att yttra sig enligt förvaltningens synpunkter i det här tjänsteutlåtandet.

### 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.

#### *Riskfaktorer*

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 mfl. 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 häsloläget 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 (kranskärlsingrepp) 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, insulinkänslighet, övervikt, bukfetma och proppbildning etc. I aktuella internationella och nationella dokument för att förebygga och behandla kranskärlssjukdom har livsstilsintervention en central plats.

### *Kostnadseffektiva strategier*

En effektiv prevention av kranskärlssjukdom kräver kunskap om riskfaktormönster 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 hjärtkärlsjukdomar 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 kranskärslsjukdom 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 kranskärslsjukdom är kostnadseffektiva.

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

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 kranskärslsjukdom*

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 kranskärslsjukdom.

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 kranskärslsjukdom kan specificeras så att de kan föras in i avtalen och utgöra underlag för ersättning och uppföljning.

Lars-Bertil Arvidsson

Sören Olofsson

Kaj Lindvall