

Stöd för insamlande av synpunkter

Stöddokument för samlat remissvar

Syftet med detta dokument är att vara ett stöd i insamlandet av synpunkter i en organisation eller förening då ett gemensamt remissvar ska ges.

Synpunkter kan lämnas på respektive avsnitt som anges nedan. Avslutningsvis finns även möjlighet att vid behov lämna övergripande synpunkter och synpunkter på konsekvensanalysen.

Observera! Remissvaret måste sedan skickas in via det format och länk som finns på webbsidan.

Personcentrerat sammanhållet vårdförlopp

Hypertoni hos vuxna

Omfattning av kunskapsstödet

Vårdnivå och samverkan

Relaterade kunskapsstöd

Om hälsotillståndet

Definition

Förekomst

Orsaker

Riskfaktorer

Samsjuklighet

Sjukdomsförlopp

Komplikationer

Ingång och utgång

Ingång i vårdförloppet

Kontaktperson: [Förnamn Efternamn, titel i sammanhanget]
Kontaktuppgifter: [e-postadress, telefonnummer]

Blodtrycksmätning ska erbjudas baserat på ålder (>50 år), kardiovaskulära riskfaktorer eller ohälsosamma levnadsvanor. Definition för vad som betraktas som tillräckligt ohälsosamma levnadsvanor för att motivera blodtrycksmätning saknas i riktlinjen. Utifrån vår erfarenhet kommer därmed en stor andel av de patienter som besöker en vårdcentral vara aktuella för en blodtrycksmätning. Enligt bilaga B innefattar mätningen:

- Att patienten inte ska ha ätit eller använt tobak på 30 minuter
- Att patienten ska vila 5 minuter före mätningen
- Att blodtrycket ska mätas tre gånger med en minuts mellanrum och att medelvärdet av mätning 2 och 3 beräknas.
- Att mätningen sker sittande med armen i hjärthöjd och stöd för armen.

Tidsåtgången för denna åtgärd finns inte specificerad i riktlinjen. Rimligen tar det åtminstone 10 minuter per patient för att göra och dokumentera mätningen (fem minuter vila, fem minuter mätning och dokumentation). Vid ett värde >140/90 ska patienten informeras och instrueras för en hemmätning/24-h alternativt få en ny tid för mottagningsblodtryck. Detta bör ta ytterligare fem minuter i bästa fall. Observera upprepad mätning ska göras vid två tillfällen enligt steg A i förloppet, gärna kombinerat hembloodtryck med 24h eller mottagning. När väl de nya mätningarna är gjorda ska värdena dokumenteras i journal (direktöverföring in i journal finns inte i ex. Cambio Cosmic som används av flera regioner, oklart hur det är i andra system), därefter ska de bedömas av ansvarig läkare som sedan initierar behandling eller återkopplar att trycket var normalt. Denna del tar uppskattningsvis minst 15 minuter aktiv arbetstid, mer om behandling ska initieras. Totalt kommer åtgärden alltså kräva minst 30 minuter aktiv arbetstid för alla patienter där misstanke om högt blodtryck finns men där det sedan visar sig vara normalt, konservativt räknat med antaganden om en helt problemfri process. Sannolikt är den reella tiden större. Arbetet innefattar tid både för läkare, undersköterska/sjuksköterska och administratör och vem som gör vad är upp till verksamheten. Det finns dock inte resursöverskott av någon kategori i dagens primärvård varför insatsen måste prioriteras mot andra insatser som görs idag. Antalet patienter som besöker en vårdcentral varierar stort beroende på arbetssätt. Som ett exempel har en vårdcentral med 11 000 listade patienter i Region Jönköping i genomsnitt 93 besök per dag i april 2024 till alla professioner. Låt säga att ¼ är vuxna, varav åtminstone 1/4 av de vuxna uppfyller kriterier för blodtrycksmätning dvs. är över 50 år eller har kardiovaskulär risk eller ohälsosamma levnadsvanor men ingen diagnosticerad hypertoni så är det då 18 patienter per dag där blodtrycket ska kontrolleras extra. Av dessa 18 är det oklart hur många som kan antas ha blodtryck >140/90 mmHg men med en prevalens för hypertoni på ca 30% samt ett antal patienter som har högt blodtryck på grund av smärta, stress, oro, vitrockshypertoni etc. är det rimligen minst 50%. Utifrån dessa högst konservativa antaganden kommer åtminstone ca 50% av en heltidstjänst gå åt dagligen för att ta hand om endast ingången i vårdförloppet (30 minuter x 9 patienter per dag). Notera då att tid för att följa upp och påminna den inte obetydliga andel patienter som inte återkommer med hembloodtrycksmätningar eller besöker VC för att mäta blodtryck upprepat inte är inkluderad. Att lägga över ansvaret för detta helt på patienten utan aktiv uppföljning minskar givetvis effekten av vårdförloppet (patientens hypertoni förblir odiagnosticerad,

Kontaktperson: [Förnamn Efternamn, titel i sammanhanget]
Kontaktuppgifter: [e-postadress, telefonnummer]

och chefsläkare påtalar oftast vikten av delat ansvar för uppföljning mellan patient och vårdgivare som därmed inte kan frånsäga sig ansvaret fullt ut.) Dessa antaganden gäller alltså i de fall där uppföljande mätningar sedan ligger < 130/80 mmHg i genomsnitt. För övriga med högre blodtryck vid uppföljningen tillkommer flera ytterligare tidskrävande steg som belastar i första hand läkare.

Påståendet i konsekvensbeskrivningen som lyder: *”Opportunistisk screening medför i sig inga ytterligare vårdkontakter, och kräver ingen egen administration, även om själva mätningen och återkopplingen på denna tar tid, samt ytterligare vårdkontakter tillkommer vid eventuella förhöjda värden”*, anser vi därmed vara en kraftig underdrift av de resurser som går åt till opportunistisk screening vilken omfattar majoriteten av patienterna som besöker sin vårdcentral.

Utgång ur vårdförloppet

Inga synpunkter

Flödesschema för vårdförloppet

A - Upprepad blodtrycksmätning: Här anges att blodtrycket ska följas upp vid två separata tillfällen varav det ena med 24h eller hembloodtryck. Skrivningen måste tolkas som att dessa två metoder kombineras med varandra eller nytt mottagningsblodtryck. Eller kan två separata hembloodtrycksperioder också kombineras? Patientens åtgärder är att uppmärksamma värden om blodtrycket är förhöjt. Innebär det att riktlinjen inte rekommenderar aktiv uppföljning och dokumentation av blodtrycksnivån i steg A? Dvs. räcker det i praktiken att be patienten kontrollmäta blodtrycket hemma under en vecka och höra av sig om det i genomsnitt är över 135/85 mmHg? Detta måste förtydligas. Det är vanligt förekommande att vårdcentraler har automatiska mätare i ”hälsorum” dit patienten kan gå för att mäta trycket helt själv utan att boka tid. Ska en sådan tryckmätning vara att betrakta som ett mottagningsblodtryck? Vårdpersonal finns inte på plats, men patienten befinner sig i sjukvårdsmiljö och kontrollen över vila före mätning etc. är låg. Då det är vanligt förekommande bör det diskuteras i riktlinjen och förtydligas vad det ska likställas med, om det alls är ett alternativ att använda sig av.

B – Vilken blodtrycksnivå: Tydligt beskrivet fortsatt förlopp. Det enda som kan diskuteras är punkt 3 vid akut hypertensiv organpåverkan. Bör inte det ha noterats redan vid ingången i förloppet? Akut njursvikt kräver sannolikt provtagning för att noteras.

C – riskskattning: I riktlinjen framstår detta steg som enkelt, nästan helt automatiserat. Att göra detta kräver dock flera moment: 1) provtagning med lipider, 2) uppdatera information om tobaksbruk, 3) värdera den kardiovaskulära risken enligt föreslaget instrument, 4) kommunicera risken på ett för patienten begripligt sätt, 5) hantera patientens frågor som med största sannolikhet uppstår och resonera för ett delat beslutsfattande på personcentrerad grund. Steget kommer ta en ansevärd mängd resurser i anspråk och ungefär 1/10 patienter med blodtryck mellan 130/80 – 140/90 har enligt konsekvensbeskrivningen mycket hög kardiovaskulär risk och ska därmed ha behandling. Det framgår inte hur arbetet med att göra en strukturerad kardiovaskulär riskskattning på alla dessa individer för att sedan hitta och behandla de 10 procenten ska vägas mot andra åtgärder inom riktlinjen, samt för primärvården i stort. Det framgår inte om riskminskningen av antihypertensiv

Kontaktperson: [Förnamn Efternamn, titel i sammanhanget]
Kontaktuppgifter: [e-postadress, telefonnummer]

behandling för patientgruppen med mycket hög kardiovaskulär risk och blodtryck < 140/90 är lika stor som för övriga grupper med blodtryck > 140/90.

Vi förstår att de subjektiva beskrivningarna av risknivåernas storlek följer internationella riktlinjer. Dvs måttlig – hög – mycket hög risk. Just detta sätt att kommunicera är dock inte givet, för vem är det som bestämt att varje individ ska se 7,5% som mycket hög risk om den är < 50 år, medan 15% för den över 70 år är mycket hög risk? Vi anser att följande ska inkluderas under detta steg för att hjälpa allmänläkaren och patienten att fatta ett välgrundat beslut:

1. Den risk som kommuniceras till patient är absolut risk att drabbas, utan en subjektiv kvantifiering som medelhög – hög eller mycket hög. Uppfattningen om vad som är stor eller liten risk bör kunna vara individuell.
2. Absolut riskminskning av att behandla blodtrycket för aktuell patient (beroende på absolut risknivå) samt antalet läkemedel som kan antas krävas för att nå behandlingsmålet. Dvs. ge en tydlig bild av vad patienten ska förvänta sig för behov av behandling vid behandlingsbeslut.
3. NNT för behandlingen baserat på uppgifterna i steg 2 vilket ofta ger en tydlig bild för patienten vilka risker vi talar om.

Med dessa tre steg skulle vi gå från kommunikationen: du har mycket hög risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdom och den minskar vi med blodtrycksbehandling. Till: du har 6% risk att drabbas av en hjärt-kärlhändelse kommande tio åren. Denna risk minskar med 1% om du använder blodtrycksläkemedel, sannolikt två olika preparat. Vi kan inte säga om just du undviker händelsen, men vi kan säga att om vi behandlar 100 personer är det en av dessa som undviker en händelse.

Vi anser att sådan kommunikation krävs för att patienten ska kunna fatta ett välgrundat beslut. Detta är nödvändigt när gränsen för vad som ska anses onormalt flyttas successivt neråt med konsekvensen att majoriteten av befolkningen klassificeras som sjuk och i behov av behandling i dagens riktlinjer. Vinsten för varje behandlad individ minskar som konsekvens och balansen mellan nackdelen av att ta läkemedel dagligen kontra att förebygga hjärt-kärlsjukdom förskjuts.

D- beslut om behandlingsindikation: Här kommer riktlinjen driva resursförbrukning även för de personer som inte har behandlingsindikation. Att tolka lipidvärden och besluta om eventuell behandlingsindikation för personer med medelhög – hög kardiovaskulär risk är komplicerat. Särskilt när patienten ska vara delaktig i resonemanget och kunna fatta ett välgrundat beslut för att minska sin kardiovaskulära risk med någon enstaka procent, till kostnaden av att ta läkemedel dagligen resterande livstid. Här ställs frågan om vad som är sjukt respektive friskt och till vilket pris sjukdom ska förebyggas på sin spets. Det ligger givetvis utanför denna riktlinje, men konsekvensen måste ändå lyftas i vår kommentar.

E – patientinformation: Detta steg rör patienter som går ur själva förloppet efter 2 upprepade mätningar under 130/80 mmHg. Här ska patienterna informeras om deras framtida risk för att utveckla hypertoni samt ges en rekommendation om att följa upp blodtrycket med olika frekvens beroende på blodtrycksnivå. Det framgår inte vem som ansvarar för att se till att blodtrycket följs upp enligt denna rekommendation. Är det patientens eller vårdgivarens ansvar? Det framgår heller inte hur detta steg påverkar ojämlikheten i vården eftersom patienter idag måste bekosta sina egna automatiska mätare. Därtill kommer steget driva ytterligare resursförbrukning i att mäta och bedöma

Kontaktperson: [Förnamn Efternamn, titel i sammanhanget]
Kontaktuppgifter: [e-postadress, telefonnummer]

blodtryck på alla dessa individer. Vad vi kan se finns denna resursförbrukning inte kommenterad i konsekvensbeskrivningen. Värdet av denna typ av uppföljningar – dvs. hur många som progredierar till hypertoni per år och vad vinsten i att kontrollera dessa strukturerat finns inte motiverad i konsekvensbeskrivningen explicit, men med tanke på att majoriteten av befolkningen förr eller senare får hypertoni kanske sådan motivering inte är nödvändig.

F – utredning: Detta steg gäller då patienter som konstaterats ha indikation för blodtrycksbehandling. Här rekommenderas status med auskultation av karotider samt njurartärer. Finns det något stöd för att tidsåtgången för dessa åtgärder motiveras av sannolikheten för att hitta en carotis- eller njurartärstenos? Sensitivitet och specificitet samt prevalensen av tillstånden torde vara högst begränsade för att motivera åtgärden. Därtill rekommenderas palpation av bukaorta samt femoralispulsar. Samma fråga uppstår här – kan värdet av tidsåtgången motiveras av sannolikheten att finna åtgärdbar orsak? Ur vårt perspektiv är det högst tveksamt. Rekommendationen måste åtminstone vägas och prioriteras mot alla andra åtgärder som föreslås i denna riktlinje. Provtagning kommer in i detta steg men för majoriteten som kommit hit (de som inte har >160/100 mmHg) har redan kardiovaskulär riskskattning rekommenderats i steg C. Provtagningen inkluderar lipider och flödet i förloppet är inte logiskt. Provtagningen inkluderar TG men värdet av att mäta TG är oklart då de inte används för vare sig riskskattning eller som behandlingsmål. Det finns en motsägelse mellan att mäta ortostatiskt blodtryck på alla > 70 år (även utan symtom) samt skrivningen i konsekvensbeskrivningen som betonar att sambandet mellan antihypertensiv behandling och ortostatism är lågt (där är det ett argument för det okontroversiella i att pressa blodtryck allt lägre). Här behöver riktlinjen förtydligas och återigen måste en prioritering av åtgärder inom denna riktlinje göras. Om risken är låg och inte kopplad till den antihypertensiva behandlingen låter det omotiverat att lägga 5 minuter av ett besök (dvs. 25% av tiden med patienten) på att göra en ortostatisk blodtrycksmätning på alla > 70 år.

G – behandling: Riktlinjen betonar vikten av förbättrade levnadsvanor på flera områden och rekommenderar stöd till förändring vid behov. Rent generellt finns det svagt vetenskapligt stöd för de flesta interventioner som syftar till att ge en långvarig förbättring av levnadsvanor. Denna riktlinje handlar om hypertoni specifikt, men inte heller här motiveras på vilken vetenskaplig grund och med vilken styrka en sådan rekommendation kan ges. Därtill framgår inte vilken typ av stöd och ska erbjudas och "vid behov" är diffust. Detta kommer sannolikt bidra till en fortsatt ojämlig vård, där vissa regioner och vårdcentraler väljer att arbeta strukturerat med detta, medan andra överlåter det hela till patienten. Finns det inte bra stöd i vetenskaplig litteratur för att strukturerat arbete med levnadsvanor i primärvården ger lägre blodtryck anser vi att rekommendationen ska tas bort. Finns det sådant stöd bör stödets utformning och omfattning specificeras och motiveras med hänvisning till vetenskaplig litteratur.

H – är behandlingsmål uppfyllda: I konsekvensbeskrivningen anges att det finns välgjorda nya studier (visserligen observationsstudier) som visar att det föreligger hög risk för allvarliga biverkningar hos personer > 80 år, särskilt vid uttalad skörhet. Risken för sjukhusvård efter fall var lika stor som den kardiovaskulär riskminskningen. Att i riktlinjen då skriva att ålder inte är avgörande för behandlingsmål och att målet ska individualiseras utifrån skörhet och samsjuklighet anser vi är en förenkling. Här bör en tydligare skrivning kunna minska risken för dessa potentiellt allvarliga effekter av riktlinjen på populationen >80 år som dessutom blir allt större.

I - Intensifiering av behandling: När patienten inte når behandlingsmålen trots högsta tolererbara dos av läkemedel under steg G ska läkaren gå igenom följsamhet till levnadsvanorådgivning. Finns det

Kontaktperson: [Förnamn Efternamn, titel i sammanhanget]
Kontaktuppgifter: [e-postadress, telefonnummer]

något vetenskapligt stöd för att ändrade levnadsvanor (som inte uppnåtts efter tidigare rådgivning och stöd) skulle vara en vanlig orsak till behandlingsresistens och finns det evidens för att nya samtal leder till bättre blodtrycks kontroll? Eftersom bristande följsamhet till behandling är vanligaste orsaken till behandlingsresistens skulle riktlinjen kunna lyfta fram vanliga orsaker till bristande följsamhet samt åtgärder grundade i vetenskaplig evidens som kan vidtas för att öka följsamheten. Patienten ska delta i beslut om vidare behandling – vår erfarenhet är att många patienter då vill avstå utökad behandling, de ser inte vitsen med att behandla sitt blodtryck till lägre nivåer – var går gränsen för när vårdgivaren inte ska försöka övertala patienten?

J – remiss till specialiserad vård: Noterbart är att det inte någonstans i förloppet anges att målblodtrycket kan revideras och sättas personligt på en högre nivå än vad förloppet specificerar generellt (frånsett äldre sköra). Remiss tillbaka till primärvården ska innehålla tydlig planering för ytterligare utredning, men primärvården har redan utrett patientens hypertoni med upprepade mätningar, kontakter, rådgivningar, provtagningar, riskskattningar etc. och inte nått fram till målet. Att sekundärvården då ska kunna återremittera med förslag på ytterligare utredning gällande hypertoni ter sig orimligt. Vi vänder oss mot formuleringen primärvård kontra specialiserad vård. Det förstärker allmänhetens bild av och upplevda behov av ”att träffa en specialist”. Det ligger vare sig i primär- eller sekundärvårdens intresse att skapa denna felaktiga bild eftersom det är specialister i allmänmedicin som driver arbetet i primärvården.

K – regelbunden uppföljning: Blodtryck ska kontrolleras årligen på mottagning eller hemma. Vid mycket hög risk ska det kontrolleras oftare, men någon motivering ges ej. Är det större risk för sviktande behandling i denna grupp om de nått målblodtryck stabilt över tid? Utöver blodtrycket ska vården utforska levnadsvanor och följsamhet vid vårdkontakt. Det innebär att vården måste ha muntlig dialog med patienten varje år, alternativt via formulär samla in dessa uppgifter, registrera dem i journalen och ge någon form av återkoppling. Detta arbete finns vad vi kan se inte med i uppskattningen av tidsåtgång och det finns heller ingen motivering till att sådant arbete förbättrar patientens blodtrycks kontroll. Åtgärden behöver alltså motiveras. Utöver detta rekommenderas kontroll av längd och vikt, samt provtagning med f-glukos (inkl. andra prover kopplade till hypertoni) varje år. Det görs ingen prioritering mellan olika patientgrupper här. Anser riktlinjeförfattarna att ex. normalviktiga/lätt överviktiga patienter med hypertoni bör lämna ett fastande blodprov årligen? Hur många personer i den gruppen behöver screenas varje år för att finna någon med typ 2-diabetes? (se ex. data från VHU som motsäger sådan strategi i grupper med låg risk för typ 2-diabetes). Åtgärden får till följd att alla patienter med hypertoni måste ha en tid på morgonen till sitt laboratorium för att lämna prover. Därtill risk för överdiagnostik om fastan inte följts med upprepad kontakt och provtagning som konsekvens.

Vårdförloppets åtgärder

Patientmedverkan och kommunikation

Personcentrering och patientkontrakt

Utmaningar och mål

Kontaktperson: [Förnamn Efternamn, titel i sammanhanget]
Kontaktuppgifter: [e-postadress, telefonnummer]

Patientens utmaningar

Här anges explicit synpunkten ”uppföljning lämnas åt patienten utan hänsyn till dennes behov eller resurser”. Samtidigt skrivs på flera ställen i riktlinjen att hembloodtrycksmätning ska frigöra resurser, att patienten ansvarar för att höra av sig vid förhöjda värden etc. Detta talar för att riktlinjen underskattar de resurser som krävs för att patienten ska känna sig trygg, samt överskattar potentialen i att låta patienterna sköta denna vård själva genom egenvård. Om sjukvården betonar riskerna med mild hypertoni och betydelsen av att behandla även de med relativt sätt låg risk (utifrån patientens perspektiv) kommer det bidra till ökad oro och större behov av sjukvårdskontakter.

Vårdförloppets mål

Vi håller med om dessa slutsatser. Det som saknas är dock givetvis till vilket pris dessa mål nås, samt hur det påverkar vården för andra patientgrupper. Vi har tidigare i flera sammanhang påtalat behovet av prioritering både inom och mellan olika riktlinjer, NAG och NPOer. De vinster som riktlinjen räknar med ska motivera dessa införande kommer infrias först om 10-20 år. Eftersom vården drivs med underskott finns idag inte pengar i primärvården för att göra de insatser som föreslås. Konsekvensen är att annan vård som idag erbjuds måste begränsas. Idag saknar vi i Sverige ett strukturerat arbete för prioriteringar trots att man inom kunskapsstyrningen har jobbat länge med frågan. Vi vill bestämt hävda att denna prioritering måste ske på organisatorisk nivå och inte av den enskilde distriktsläkaren vilket är fallet idag. – ”Ska jag följa upp depressionspatienten en extra gång för att notera eventuella suicidtankar, eller ska jag göra tre hembloodtrycksmätningar?”. Det är frågor som dagligen finns med i mottagningsarbetet. Det skapar en etisk stress på individen att införa riktlinjer brett utan förutsättningar att följa dem. Vi anser därför att det är bra att konsekvensbeskrivningen tydligt specificerar att 8 miljarder krävs för att införa denna riktlinje och att dessa pengar, trots att satsningar föreslagits sedan effektiv vård år 2016 fortfarande lyser med sin frånvaro.

I ljuset av denna situation tycker vi att det är rimligt att en lägstanivå är prioritering av insatser inom denna riktlinje. Distriktsläkaren får ingen hjälp alls med att bedöma huruvida nya patienter med hypertoni ska letas upp eller redan diagnosticerade ska prioriteras, höga blodtryck ska behandlas bättre för ett fåtal eller medelhöga för en större del, om levandsvanerådgivning ska gå före en extra hembloodtrycksmätning för personen med mycket hög risk etc. Här måste denna riktlinje vara ett föredöme och tydligt prioritera sina åtgärder utifrån vetenskaplig evidensgrad, tidsåtgång (numbers needed to treat), ekonomiska kostnad och behandlingens vinst.

Kvalitetsuppföljning

Indikatorer för uppföljning

Erfarenheten säger oss att hembloodtryck sällan dokumenteras strukturerat under enskilt sökord utan finns på inscannade handskrivna lappar i journalerna. Således oklart hur denna indikator ska följas.

Sammanfattning av vårdförloppet

Kontaktperson: [Förnamn Efternamn, titel i sammanhanget]
Kontaktuppgifter: [e-postadress, telefonnummer]

Generellt om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Om vårdförlopp

Om personcentrering

Om kvalitetsuppföljning

Relaterad information

Referenser

Kompletterande underlag

Synpunkter och återkoppling på Bilaga A
Blodtrycksmätning i hemmet

Synpunkter och återkoppling på Bilaga B
Blodtrycksmätning på mottagning

Synpunkter och återkoppling på Bilaga C
Instruktioner för mätning av hembloodtryck

Synpunkter och återkoppling på Bilaga D
Konverteringstabell för olika metoder av blodtrycksmätning

Kontaktperson: [Förnamn Efternamn, titel i sammanhanget]
Kontaktuppgifter: [e-postadress, telefonnummer]

Synpunkter och återkoppling på det separata dokumentet Konsekvensbeskrivning

Övergripande eller övriga synpunkter