

Länsgemensamt Vårdprogram Hjärtsvikt



| | |
|--|---|
| Datum 2022-05-01 Giltigt t.o.m 2024-04-30 | Diarienummer Versionsnummer 4 |
| För verksamhet Region Dalarna Dalarnas Kommuner | Godkänt av |

| | |
|--|--|
| Dokumenttyp: Länsgemensamt vårdprogram | Dokumentnamn: Länsgemensamt vårdprogram - hjärtsvikt |
| Giltigt från och med: 2022-06-01 | Giltigt till och med: 2024-05-31 |
| Ansvarig för revidering Arbetsgruppen för hjärtsviktsprocessen. Sammankallande: Verksamhetschef för Kardiologen Falun | Antagen: |
| Version: Version 4 | Godkänd av: |
| Dokumenthistorik: Version 1 2016-04-01 – 2018-03-31 Version 2 2018-04-01 – 2020-03-31 Version 3 2020-04-01 – 2022-05-31 | Diarienummer: |

Innehåll

| | |
|---|----|
| FÖRORD | 4 |
| ALLMÄNT OM HJÄRTSVIKT | 4 |
| Definition | 4 |
| Epidemiologi..... | 4 |
| Etiologi | 4 |
| Patofysiologi..... | 5 |
| Prognos..... | 5 |
| SYMPTOM | 5 |
| Symtom förenliga med hjärtsvikt..... | 5 |
| Tecken på hjärtsvikt vid fysisk undersökning | 6 |
| Objektiva fynd talande för strukturell eller funktionell hjärtsjukdom | 6 |
| Diagnoskriterier för hjärtsvikt | 6 |
| UTREDNING | 7 |
| Basutredning | 7 |
| BEHANDLING OCH INFORMATION | 9 |
| Farmakologisk behandling..... | 9 |
| Övrig behandling | 15 |
| Icke farmakologisk behandling | 17 |
| UPPFÖLJNING..... | 17 |
| Omvårdnad | 18 |
| Egenvård/omvårdnad | 18 |
| Vårdplan..... | 25 |
| PALLIATIV VÅRD | 26 |
| Brytpunktssamtal..... | 30 |
| Hemsjukvård (palliativ vård) | 31 |
| Stöd till efterlevande | 32 |
| Barnperspektivet | 32 |
| VÅRDNIVÅER OCH SAMVERKAN..... | 33 |
| ARBETSGRUPPEN FÖR HJÄRTSVIKTSPROCESSEN I DALARNA..... | 34 |
| REFERENSER | 34 |

- Bilaga 1 Checklista Nybesök läkare hjärtsviktsmottagning**
- Bilaga 2 Checklista Nybesök sjuksköterskebaserad hjärtsviktsmottagning**
- Bilaga 3 Checklista Återbesök sjuksköterskebaserad hjärtsviktsmottagning**
- Bilaga 4 Energibesparande arbetssätt Dalarna**
- Bilaga 5 Arbetsterapiprogram hjärtsvikt**
- Bilaga 6 Checklista Förslag på organisation av hjärtsviktsmottagning**
- Bilaga 7 Checklista Återbesök läkare hjärtsviktsmottagning**
- Bilaga 8 Dalarnas Hjärtsviktsmapp**
- Bilaga 9 Dalarnas Hjärtsviktsmapp – instruktioner**

FÖRORD

Hjärtsvikt är en av de vanligaste orsakerna till inläggning på sjukhus. Vårdprogrammet är en vägledning i arbetet med att förbättra vården för personer med hjärtsvikt i Dalarna.

Vårdprogram hjärtsvikt är framtaget av en arbetsgrupp bestående av läkare, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, sjuksköterskor, undersköterskor och kuratorer från hela Dalarna. De arbetar på specialistkliniker (öppen- och slutenvård), primärvård, kommunal hemsjukvård och specialiserad palliativ vård.

Vårdprogrammet försöker täcka hela patientens sjukdomstid och vänder sig till all personal som vårdar personer med hjärtsvikt i så väl öppen- som slutenvård och kommunal vård.

Mål och kvalitetssäkring:

- korrekt ställd diagnos
- följsamhet till rekommenderad basbehandling
- strukturerad uppföljning
- förbättrat samarbete primärvård – specialistvård – kommunal hemsjukvård
- ökad livskvalitet
- färre återinläggningar inom slutenvård
- bättre registrering i kvalitetsregistret RiksSvikt

ALLMÄNT OM HJÄRTSVIKT

Definition

Hjärtsvikt är ett tillstånd med varierande sjukdomsbild. Sjukdomstillståndet innebär en oförmåga för hjärtat att upprätthålla en adekvat cirkulation för kroppens behov.

Epidemiologi

Hjärtsvikt är ett vanligt förekommande och allvarligt tillstånd med hög dödlighet och nedsatt livskvalitet. Förekomsten i befolkningen uppskattas till 2–3 % och ökar med åldern. I åldersgruppen över 70 år är förekomsten cirka 10 %. Hjärtsvikt är en av de kvantitativt vanligaste diagnoserna inom sjukvården.

Etiologi

Hypertoni och framför allt ischemisk hjärtsjukdom är huvudorsakerna till hjärtsvikt. Andra kardiella orsaker är: kardiomyopatier inklusive inlagringssjukdomar, klaffsjukdomar, takarytmier och medfödda hjärtfel. Även extrakardiella tillstånd som

thyreoideafunktionsrubbingar, diabetes, anemi, infektioner, droger, läkemedel t ex cytostatika och överkonsumtion av alkohol kan vara orsaker till hjärtsvikt.

Patofysiologi

Kronisk hjärtsvikt uppstår på grund av olika mekanismer beroende på den bakomliggande grundsjukdomen: *destruktion/degeneration* av myokardiet (vid ischemisk hjärtsjukdom, kardiomyopati) *volyms- eller tryckbelastning* (olika klaffel, hypertoni, hyperthyreos, anemi) *infektioner, arytmier, hemodynamisk yttre påverkan* (perikardsjukdom) etc.

Det finns tre olika typer av kronisk hjärtsvikt:

- HFrEF (Heart failure with reduced ejection fraction): Nedsatt systolisk vänsterkammarmarkfunktion, vänsterkammarejektionsfraktion (LVEF) ≤ 40 %. Det innebär att kamrarnas sammandragningsförmåga är nedsatt. Benämns ofta som systolisk svikt.
- HFmrEF (Heart failure with mildly reduced ejection fraction): Lätt nedsatt systolisk vänsterkammarmarkfunktion, LVEF 41-49 %. En mellanvariant av hjärtsvikt, mellan nedsatt sammandragning och bevarad systolisk funktion med nedsatt fyllnadsförmåga.
- HFpEF (Heart failure with preserved ejection fraction): Störd diastolisk fyllnadsförmåga och bevarad systolisk vänsterkammarmarkfunktion, LVEF ≥ 50 %. Benämns ofta som diastolisk svikt. Orsaker till HFpEF kan vara hypertoni, diabetes, ischemisk hjärtsjukdom, förmaksflimmer och ålder. Lungsjukdom och anemi bör alltid uteslutas.

Ungefär en tredjedel av patienter med symptom på hjärtsvikt har isolerad diastolisk svikt, men oftast förekommer systolisk och diastolisk svikt samtidigt. En rad olika kompensationsmekanismer aktiveras vid tilltagande hjärtsvikt: *myokardhypertrofi med eller utan dilatation, neurohormonella förändringar framförallt via sympatiska nervsystemet och renin-angiotensin-aldosteron-systemet (RAAS)*. Behandlingen av de olika hjärtsviktstyperna diskuteras i behandlingsavsnittet.

Prognos

Hjärtsvikt är ett allvarligt tillstånd med hög sjuklighet och dödlighet. Dödsorsaker är framför allt progression av själva hjärtsvikten och dödliga kammararytmier. Prognosen är i många fall sämre än för många vanliga cancersjukdomar. Livskvaliteten är också nedsatt i högre utsträckning än vid många andra kroniska sjukdomar. Prognosen varierar kraftigt med hjärtsviktens svårighetsgrad. Såväl prognos som livskvalitet har förbättrats genom modern behandling. Detta motiverar tidig och korrekt diagnostik, optimal omsorg, behandling och uppföljning.

SYMPTOM

Symtom förenliga med hjärtsvikt

Typiska

- Andnöd vid ansträngning
- Andnöd i liggande
- Ankel-/bensvullnad
- Tillfällig nattlig andnöd
- Trötthet och svaghet

Mindre typiska

- Aptitlöshet och illamående
- Nattlig hosta
- Konfusion speciellt hos äldre
- Palpitationer
- Yrsel
- Depression

Tecken på hjärtsvikt vid fysisk undersökning**Mer specifika**

- Perifera ödem
- Halsvenstas
- Hepatojugular reflux
- Tredje hjärtoon (galopptrytm)
- Ortopné

Mindre specifika

- Viktuppgång och i vissa fall vid avancerad hjärtsvikt viktnedgång.
- Takypné
- Pulmonella auskultationsfynd (rassel och/eller ronki)
- Blåsljud
- Pleuravätska, ascites
- Takykardi, arytmier eller oregelbunden puls
- Oliguri
- Hepatomegali
- Kalla händer och fötter/perifer kyla

Objektiva fynd talande för strukturell eller funktionell hjärtsjukdom

- Förhöjt N-terminal pro-brain natriuretic peptide (NT-proBNP)
- EKG-avvikelse: Brady/takykardi, förmaksflimmer/andra rytmrubbningar, tecken till hypertrofi, misstänkt ischemi
- Diagnostiska fynd vid ekokardiografi
- Lungröntgen: Kardiomegali, pleuravätska, stas

Diagnoskriterier för hjärtsvikt

- Symtom förenliga med hjärtsvikt
- Typiska tecken på hjärtsvikt
- Fynd förenliga med strukturell eller funktionell hjärtsjukdom vid ekokardiografi

| Typ av hjärtsvikt | | | |
|-------------------|-------------------|-----------------|---|
| | HFrEF | HFmrEF | HFpEF |
| Kriterier | Symtom ± tecken | Symtom ± tecken | Symtom ± tecken |
| | LVEF ≤40 % | LVEF 41-49 % | LVEF ≥50 % |
| | - | - | Objektiva strukturella eller funktionella förändringar i hjärtat med närvaro av diastolisk vänsterkammardysfunktion/ förhöjda fyllnadstryck i vänsterkammare med förhöjt NT-proBNP. |
| | Diagnoskod | I50.1A | I50.1B |

UTREDNING

Basutredning

Syftar till att upptäcka patienter med hög sannolikhet för hjärtsvikt och utesluta andra orsaker till symtom. Kartläggning av bakomliggande och utlösande orsak till hjärtsvikten.

Klinisk undersökning

- Anamnes
- Status se ovan: Symtom och tecken på hjärtsvikt; vikt
- Funktionsbedömning – NYHA – (New York Heart Association) klassifikation

Bilaga 1 Checklista Nybesök läkare hjärtsviktsmottagning

| Hjärtsviktens svårighetsgrad kan indelas i fyra funktionsklasser enligt New York Heart Association (NYHA): | |
|--|---|
| NYHA I | Nedsatt hjärtfunktion utan symtom (tidigare symtom som försvunnit). |
| NYHA II | Lätt hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet endast vid uttalad fysisk aktivitet. |
| NYHA III | Måttlig hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet vid lätt till måttlig fysisk aktivitet. Klassen delas upp i: IIIa om patienten klarar att gå >200 m på plan mark IIIb om patienten klarar att gå <200 m på plan mark |
| NYHA IV | Svår hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet redan i vila. Symtom vid minsta ansträngning. Patient oftast sängbunden. |

- EKG
- NT-proBNP tas som första diagnostiskt test. Ett normalt NT-proBNP samt normalt EKG är osannolikt hjärtsvikt. Gränsvärdet för NT-proBNP är <125 pg/ml (icke akut) och <300 pg/ml (akut). Ett förhöjt värde kräver vidare utredning innan diagnosen hjärtsvikt kan fastställas. Viss hänsyn

bör tas till ålder och samsjuklighet. Det finns andra tillstånd utöver hjärtsvikt som höjer nivåerna av NT-proBNP. De viktigaste tillstånden är förmaksflimmer, njursvikt och ålder, måttlig till avancerad grad av KOL. NT-proBNP kan vara falskt för lågt hos överviktiga patienter. (Se tabell ålders gråzoner).

- Hb, Leukocyter, Trombocyter, MCV, CRP, Na, K, Krea, Urea, ASAT, ALAT, TSH, fP-glukos, HBA1C, Ferritin, Transferrinmättnad.
- Lungröntgen och spirometri (vid misstanke om lunggenes)
- Vid grundad misstanke om hjärtsvikt efter basutredning skall remiss med uppgifter om symtom, undersökningsfynd inklusive EKG och blodprover skickas till specialistmottagning (medicin/kardiologi) för bland annat undersökning med ekokardiografi som krävs för att fastställa diagnos. Hjärtsviktsremissmall som finns i Take Care bör väljas. I väntan på vidare bedömning och undersökning skall patientens patologiska fynd behandlas av remittenten, t ex diuretika vid övervätskning, ACE-hämmare vid hypertoni, betablockad vid takykardi och förmaksflimmer.

| Hjälp vid bedömning av NT-proBNP r/t ålder | | | |
|--|---|--|--|
| Ålder | Utesluter | Gråzon | Sannolikt |
| 17-50 | <125 | 125-400 | >400 |
| 50-75 | <300 | 300-900 | >900 |
| >75 | <400 | 400-1800 | >1800 |
| | Hjärtsvikt osannolikt. Utred i första hand andra orsaker till symtom. | Hjärtsvikt möjlig, men andra orsaker till förhöjt NT-proBNP bör övervägas. | Hjärtsvikt sannolikt. Remiss för ekokardiografi och eventuellt till hjärtsviktsmottagning. |

Fortsatt utredning

| | |
|----------------------|---|
| Ekokardiografi: | Bedömning av systolisk (EF % så noga som möjligt) och diastolisk vänsterkammarmfunktion, hypertrofi, klaffel och tecken tydande på genomgången hjärtinfarkt. |
| Ischemiutredning: | Datortomografi (DT) kranskärl vid låg och intermediär sannolikhet enligt pretest probability alternativt arbets-EKG, myokardscint eller stressekokardiografi. Vid anigma trots medicinsk behandling ska undersökning med koronarangiografi övervägas. Bedömning om koronarsjukdom föreligger och funktionsbedömning (blodtrycks-/pulsförhållanden, kronotrop insufficiens). |
| Holter-EKG: | Vid misstanke om rytmrubbning. |
| Spirometri: | Bör utföras vid misstanke om lungsjukdom. |
| Sömnapnéutredning: | Vid misstanke om sömnapné syndrom. |
| Kranskärlsutredning: | Se ischemiutredning. Aktuellt om hjärtsvikten beror på misstänkt koronarsjukdom eller vid ett klaffel där intervention kan tänkas. |

Oavsett vid vilken vårdnivå patientomhändertagandet sker på är ett nära samarbete/information mellan distriktsläkare och specialistläkare viktigt. Hos äldre patienter är det snarare regel än undantag att fler sjukdomar föreligger samtidigt varför utredning ofta måste omfatta t ex njur- och lungsjukdom, perifer kärlsjukdom och diabetes. Patienter som är utredda och stabila i sin hjärtsvikt där någon ytterligare utredning inte är planerad kan skötas via primärvården.

Vid grundad misstanke om hjärtsvikt bör behandling med diuretika och eventuell ACE-hämmare sättas in. Behandling av komorbiditeter t ex hypertoni, arytmier och KOL bör optimeras.

Remiss till fysioterapeut bör erbjudas till patienten när diagnosen är fastställd. Även viktigt med tillgång till arbetsterapeut för energibesparande åtgärder samt kurator alternativt annat samtalsstöd.

BEHANDLING OCH INFORMATION

Farmakologisk behandling

Majoriteten av det vetenskapliga stödet finns för HFrEF, det vill säga för kronisk systolisk hjärtsvikt. Evidensen är mindre stark för HFmrEF och väldigt svag för HFpEF. I praktiken behandlas HFrEF och HFmrEF enligt samma farmakologiska principer, med reservation för enstaka behandlingsalternativ som endast är indicerade vid HFrEF (Angiotensinreceptor neprilysinhämmare [ARNI], ICD, CRT). Vid HFpEF rekommenderas symtomlindrande behandling med diuretika. Vid HFpEF är det av stor vikt att behandla samsjuklighet såsom hypertoni, arytmier, diabetes och övervikt. SGLT2-hämmaren Empagliflozin har i en studie visat minskad dödlighet och sjuklighet för patienter med HFpEF och bör därför erbjudas till denna patientgrupp. Det finns en viss evidens för att Spironolakton kan hjälpa patienter med HFpEF och kan därför övervägas som behandling.

Principer/syften:

Det är viktigt att noga värdera syftet med varje enskilt preparat.

När enbart palliativ vård är aktuell kan man bortse från prognosvinst och överväga minskning eller utsättning av vissa preparat.

Alla farmaka som ges på enbart symtomindikation ska utvärderas och vid utebliven effekt ska man överväga utsättning.

Målet är att alla patienter med hjärtsvikt ska sättas in på basmedicinering så snart som möjligt med hänsyn till kontraindikationer.

Måldos av varje läkemedel rekommenderas. Dock måste individuell hänsyn tas till varje patient med hänsyn till blodtryck, njurfunktion etc. Prioritering av läkemedelsgrupper är inte längre aktuell enligt den gamla behandlingstrappan.

- Blockering av neurohormonella system RAAS (ACE-hämmare, ARNI, MRA, ARB) och det sympatiska nervsystemet (betablockerare), SGLT2-hämmare. De har dokumenterad effekt på sjuklighet och överlevnad vid hjärtsvikt (HFrEF och HFmrEF) och SGLT2-hämmare för HFpEF.
- Minskning av vätskeretention (loopdiuretika). Lindrar symtom och används framför allt initialt eller vid akut försämring av hjärtsvikt.
- Frekvensreglering: Kan lindra symtom. Digoxin används framför allt som frekvensreglering vid förmaksflimmer i samband med hjärtsvikt. Ivabradin används vid sinusrytm för att uppnå hjärtfrekvens mindre än 75 slag/minut om inte tillräcklig effekt av betablockad.

Basbehandling vid HFpEF:

I princip samma behandlingsstrategi och preparat kan användas som vid HFmrEF och HFrEF men med fördel kan nedan prioriteras.

- Diuretika vid övervätskning, symtomlindrande.
- SGLT2-hämmare Empagliflozin.
- MRA (Sprinolakton/Eplerenon).
- Vid HFpEF är det av stor vikt att behandla samsjuklighet såsom hypertoni, arytm, diabetes och övervikt.

Basbehandling HFrEF och HFmrEF:

| BASBEHANDLING | |
|--|--|
| Till patienter som tolererar ACE-hämmare | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ACE-hämmare ▪ Betablockare ▪ MRA ▪ SGLT2 hämmare Dapagliflozid/ Empagliflozid ▪ Diuretika (vid övervätskning) |
| Till patienter som inte tolererar ACE-hämmare | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entresto* (ARB vid intolerans) ▪ Betablockare ▪ MRA ▪ SGLT2 hämmare Dapagliflozid/ Empagliflozid ▪ Diuretika (vid övervätskning) |
| ANDRA LINJENS BEHANDLING | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ivabradin (EF <35 %, sinusrytm, >75 slag/min) ▪ CRT/CRT-D (Sinusrytm, symtom med QRS130-149 ms, EF ≤35 %) LBBB (Klass IIa) ▪ CRT/CRT-D (sinusrytm, symtom med QRS ≥150 ms, EF ≤35 %) LBBB (Klass I) ▪ Deviceterapi är inte rekommenderat vid EF > 35 % |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Palliativ vård ▪ Avancerad behandling (inotropi, hjärtpump, hjärttransplantation) ▪ Digoxin (ges framförallt vid förmaksflimmer/-fladder) |

*se avsnitt om ARNI

Betablockerare

- Rekommenderade preparat som är registrerade i Sverige (Bisoprolol, Metoprolol depottablett, Karvedilol). Titra enligt schema till måldos.
- Bör initieras hos kliniskt stabila patienter utan tecken till stas i lungorna.

- Dosökningen bör ske långsamt och en viss försämring initialt och vid dosökning kan förekomma.
- Förbättringen kommer successivt över månader.

Risker att beakta:

Symtomgivande bradykardi, hypotoni, obstruktiv luftvägssjukdom. Försämring av psoriasis. OBS! Betablockerare initieras inte vid akut hjärtsvikt. Kan och bör behållas kvar vid hjärtsviktsförsämring om inte en specifik orsak föreligger.

| Läkemedel | Startdos (mg) | Dossteg (mg) | Måldos (mg) |
|------------|---|--------------------------|-------------|
| Bisoprolol | 1,25 x 1 | 2,5-3, 7,5-5-7, 5-10 x 1 | 10 x 1 |
| Karvedilol | 3,125 x 2 | 6,25-12,5-25 x 2 | 25 x 2 |
| Metoprolol | 12,5 vid NYHA III-IV 25 mg vid NYHA II | (25)-50-100-200 x 1 | 200 x 1 |

Doserna ökas med en till fyra veckors mellanrum under kontroll av hjärtfrekvens och blodtryck. Om patienten är under noggrann kontroll kan dosökningen ske oftare. Avvikelse från titrerings-schemat styrs utifrån symtomgivande hypotension och bradykardi. Eftersträva <75 slag/minut vid sinusrytm i vila och <90 slag/minut vid förmaksflimmer i vila. Atenolol bör inte väljas vid hjärtsvikt. Patienter som står på Atenolol ska föras över till något av ovanstående preparat.

ACE-hämmare

- Vid ACE-hämmarintolerans bör i första hand byte till ARNI (angiotensinreceptorblockare) göras, i andra hand till ARB.
- Vid nyinsättning av RAAS-blockad bör hänsyn tas till aktuell njurfunktion och eventuell kännedom om njurartärstenos.

Risker att beakta: Hyperkalemi, hyponatremi, hypotoni, dehydrering och kreatininstegring. Kreatininstegring mellan 10–20 % ses ofta under de första veckorna och normaliseras i allmänhet. Dosjustering/tillfällig utsättning vid tillstånd som ger uttorkning. NSAID avrådes.

En ökning av kreatinin upp till 50 % från utgångsvärdet förutsatt att det är under 266 $\mu\text{mol/l}$ eller en minskning av GFR med 10 % från utgångsvärdet förutsatt att det är över 25 ml/min är acceptabelt.

Kaliumstegring till 5,2 mmol/l kan accepteras. I enstaka fall kan mild hyperkalemi till 5,5 mmol/l accepteras dock noggrann monitorering av S-kreatinin och S-kalium.

Exempel på ACE-hämmare:

| Läkemedel | Startdos (mg) | Måldos (mg) |
|-----------|---------------|-------------|
| Ramipril | 1,25 – 2,5 x2 | 5 x 2 |
| Enalapril | 2,5 x 2 | 10 x 2 |

Dosen dubblas varannan till var fjärde vecka med kontroll av S-kreatinin, S-kalium och blodtryck efter varje doshöjning. Om patienten är under noggrann kontroll kan dosökning ske oftare. Vid nedsatt njurfunktion kan lägre startdos och måldos vara motiverat.

ARNI (Angiotensinreceptorblockare + neprilysin inhibitörer)

- Entresto består av valsartan (ARB) och sakubitril (NI). Sakubitril hämmar enzymet neprilysin som bland annat bryter ned BNP och leder därmed till ökad diures, lägre blodtryck och bättre

njurgenomblödning, hämmad sympatikusaktivitet och minskad renin- och aldosteronfrisättning.

Risker att beakta: Kreatininstegring, hyperkalemi och hypotoni. Dosjustering/tillfällig utsättning vid tillstånd som ger uttorkning. NSAID avrådes. På grund av risken för angioödem får Entresto ej ges samtidigt med ACE-hämmare eller ARB. **Behandling får ej påbörjas förrän tidigast 36 timmar efter att behandling med ACE-hämmare avbrutits.**

| Läkemedel | Startdos (mg) | Måldos (mg) |
|--|---------------------------|-------------|
| Entresto | (24/26 x 2)* 49/51 x 2 | 97/103 x 2 |
| Dosen bör dubblas varannan till var fjärde vecka beroende på tolerans med kontroll av S-kreatinin, S-kalium och blodtryck efter varje doshöjning. Vid lågt systolisk blodtryck ≤95 mmHg rekommenderas förändring av samtidiga behandlingar. Vid GFR <30 bör Entresto användas med försiktighet. *Om systolisk blodtryck 100-110, GFR 30-60 starta med 24/26mg x 2. | | |

ARB – Angiotensinreceptorblockare

- Ges framförallt vid intolerans mot ACE-hämmare eller ARNI.
- Asymtomatiska patienter som redan har ARB behöver inte bytas till ARNI om inte särskilt skäl finns.

Risker att beakta: Hyperkalemi, hyponatremi, hypotoni, dehydrering och kreatinin stegring. Dosjustering/tillfällig utsättning vid tillstånd som ger uttorkning. NSAID avrådes.

Exempel på ARB:

| Läkemedel | Startdos (mg) | Dos steg (mg) | Måldos (mg) |
|--|---------------|---------------|-------------|
| Candesartan | 4 – 8 x 1 | 8-16-24 x 1 | 32 x 1 |
| Losartan | 12,5-25 x 1 | 25-50-100 x1 | 100-150 x 1 |
| Valsartan | 40 x 2 | 80 x 2 | 160 x 2 |
| Dosen dubblas varannan till var fjärde vecka med kontroll av S-kreatinin, S-kalium och blodtryck. Om patienten är under noggrann kontroll kan dock dosökningen ske oftare. | | | |

MRA - Mineralkortikoidreceptorantagonister

- Ingår i standardterapin för hjärtsviktsbehandling
- Eplerenon som är mer selektiv för aldosteronblockad och därför bör ges som ersättning för spironolakton vid gynekomastibiverkan.
- Eplerenon kan väljas som förstahandspreparat. Väldokumenterad vid hjärtsvikt efter hjärtinfarkt.
- Kaliumsparande.
- Kontroll av elstatus 3-4 ggr/år rekommenderas.

Risker att beakta: Kreatininstegring och hyperkalemi. Öka ej dosen vid försämrad njurfunktion eller hyperkalemi. Dosjustering/tillfällig utsättning vid tillstånd som ger uttorkning. NSAID avrådes.

OBS! Vid kombinationsbehandling med ACE-hämmare/ARB är det extra stor risk för kreatininstegring/hyperkalemi.

| Läkemedel | Startdos (mg) | Måldos (mg) |
|--|---------------|-------------|
| Spironolakton | 12,5-25 x 1 | 25-50 x 1 |
| Eplerenon | 25 x 1 | 50 x 1 |
| Individuellt anpassad upptitrering, normalt mellan två till fyra veckor. | | |

SGLT2-hämmare – Sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors

- Natrium-glukos samtransportör 2 hämmare (SGLT2i).
- Rekommenderas till hjärtsviktspatienter med HFrEF med eller utan diabetes mellitus typ 2.
- Empagliflozin bör ej initieras till patienter med GFR <20ml/min, se FASS.
- Dapagliflozin bör ej initieras till patienten med GFR <25ml/min, se FASS.
- En viss kreatininstegring kan förekomma vid initiering men normaliseras i regel åter.
- Behandlingen med SGLT2-hämmare kan inledas utan någon särskild kronologisk ordning i relation till övriga sviktmediciner.

Risker att beakta: Ges ej till patienter med diabetes mellitus typ 1, tidigare känd tendens till ketoacidosis, recidiverande urinvägsinfektioner.

| Läkemedel | Dos (mg) |
|---------------------------|----------|
| Jardiance (Empagliflozin) | 10 x 1 |
| Forxiga (Dapagliflozin) | 10 x 1 |

Diuretika

- Målet är att uppnå stabil normal vätskenivå (normovolemi) med lägsta möjliga dos.
- Loopdiuretika ordineras vid tecken på vätskeretention till patienter med lätt till svår hjärtsvikt (NYHA II-IV).
- Intravenös behandling vid per oral diuretikaresistens.
- Individuellt anpassad vidbehandlingsbehandling vid stabil hjärtsvikt.
- Att notera: ARNI, MRA och SGLT2 hämmare ger en viss diuretisk effekt.

Risker att beakta: Hypokalemi.

| Läkemedel | Startdos (mg) | Måldos (mg) |
|-------------------|---------------|-------------|
| Furosemid | 20-40 | 40-240 |
| Bumetanid | 0,5-1 | 1-5 |
| Torasemid | 5 | 5-20 |
| Bendroflumetiazid | 2,5 | 2,5-10 |
| Hydrochlortiazid | 25 | 25-100 |
| Metolazone | 2,5 | 2,5-10 |

Digoxin

Kan användas vid HFrEF vid otillräcklig effekt av ovan nämnda preparat, särskilt vid förmaksflimmer/-fladder för att uppnå bra frekvensreglering. Vid per oral behandling utan laddningsdos uppnås jämn koncentration efter fem till tio dagar.

Serumkoncentrationen bör följas upp när behandlingen stabiliserats, efter cirka två veckor hos patienter med GFR <60ml/min. Provet tas före ny dos, minst sex timmar efter förgående dos. Behandlingen bör fortlöpande omprövas. Eftersträva s-nivå mellan $\geq 0,9$ - $\leq 1,4$ nmol/l. Bäst koncentration mellan 1,0-1,2 nmol/l.

Risker att beakta: Njursvikt och symtomgivande bradykardi.

Nitrater

Kan övervägas som behandling vid kvarvarande symtom och LVEF <45 % som tillägg till basmedicineringen.

Risker att beakta: Hypotoni, huvudvärk.

Ivabradin

En sinusnods-hämmare, utför selektiv sänkning av hjärtfrekvensen. För patienter med sinusrytm (>75 slag/min), EF <35 % samt persisterande symtom trots fulldos betablockerare. Används även som tilläggsbehandling till patienter som ej tolererar betablockare.

Risker att beakta: Bradykardi.

Antikoagulation

Endast hjärtsvikt är ej indikation för antikoagulantia (Waran eller NOAK) men vid uttalat sänkt EF bör individuell bedömning göras. Antikoagulantia bör dock ges till hjärtsviktspatienter med förmaksflimmer och ökad embolirisk i enlighet med CHA2DS2-VASc score.

Risker att beakta: Vid förvärrad hjärtsvikt kan PK-värdet ofta stiga varför tätare PK-kontroller rekommenderas (Waranpatienter).

Järn

- Järnbrist med eller utan anemi vid kronisk hjärtsvikt är ganska vanligt. Behandling av järnbrist vid kronisk hjärtsvikt minskar symtom, ökar livskvalitet och förbättrar den fysiska prestationsförmågan bevisat i randomiserade studier.
- Effekterna är oberoende av Hb-värdet. Förekomst av eventuell järnbrist skall kartläggas vid kronisk hjärtsvikt oavsett om anemi föreligger eller ej.
- Patienter med hjärtsvikt och optimal medicinsk behandling men med kvarvarande symtom från NYHA II-IV bör erbjudas behandling med intravenöst järn om: Ferritin <100 ng/ml eller Ferritin 100-299 ng/ml i kombination med TSAT = transferrinmättnad (ferritin/transferrin) <20 %.
- Det finns fler än ett järnpreparat för intravenös behandling. Endast Ferinject intravenöst har vetenskapligt dokumenterad effekt.
- Järn ges intravenöst baserat på kroppsvikt (se FASS) och Ferritin tas om cirka två månader efter given behandling, därefter cirka en till två gånger per år.

Risker att beakta: Patienter som erhåller järn intravenöst ska administreras av personal som är utbildad i att bedöma och hantera anafylaktiska reaktioner.

Patienten bör observeras på sjukvårdsinrättning i minst 30 minuter efter given injektion

Övrig behandling

CRT (cardiac resynchronization therapy)

Det finns CRT-P (pacemaker) eller CRT-D (pacemaker och defibrillator). Det är en biventrikulär pacemakerbehandling (hjärtsviktspacemaker) som kan övervägas till patienter med:

- Den förväntade överlevnaden hos patienten ska vara >1 år och relativt god funktionell status.
- Symtom trots optimal medicinsk terapi.
- Vänstergrenblock med QRS-bredd ≥ 150 ms. (Rekommendationsklass I, styrka A).
- Vänstergrenblock med QRS 130-149 ms. (Rekommendationsklass IIa, styrka B).
- EF ≤ 35 %.
- CRT har större nytta om sinusrytm föreligger.

Vid pacemakerindikation t ex vid AV-block är CRT att rekommendera till hjärtsviktspatienter med HFrEF istället för högerkammarpacemang.

ICD (Implanted Cardioverter Defibrillator)

Primärprofylaktiskt:

- Patienter med ischemisk genes till hjärtsvikt med kvarvarande symtom och EF ≤ 35 % trots optimal medicinsk terapi. (Rekommendation klass I, styrka A)
- Den förväntade överlevnaden hos patienten ska vara >1 år och god funktionell status.
- Även patienter med icke ischemisk genes och symtom och EF 35 % trots optimal medicinsk terapi kan vara aktuella för ICD-behandling efter individuell bedömning. (Rekommendationsklass IIa, styrka A).

Sekundärprofylaktiskt:

- Patienter med hjärtsvikt som har haft någon ventrikulär arytm som orsakade hemodynamisk instabilitet.
- Den förväntade överlevnaden hos patienten ska vara >1 år och god funktionell status.
- Avsaknad av reversibel orsak till kammararytmi.

ICD-behandling är livsuppehållande och leder till risk för upprepade defibrilleringar vid ventrikulära arytmier under hjärtsviktspatienternas döende.

Pacemaker ICD och implanterbar Loop-Recorder:

När beslut om "0 HLR" tas eller vården övergår i palliativ vård/livets slutskede ska ansvarig läkare besluta om ICD-avstängning. Beslutet ska tas i samråd med patienten. Om patienten är oförmögen att ta beslut, ska ansvarig läkare besluta om ovanstående i samråd och informera närstående. Beslutet dokumenteras i journalen. Läkare med programmeringskunskap eller pacemakersköterska/biomedicinskanalytiker (BMA) stänger av ICD:n. Kontakta hjärtmottagningen eller kardiologbakjouren för handläggning. För patienter som vårdas utanför Falu lasarett: Kontakta hjärtbakjouren för att finna bästa

lösningen i varje enskilt fall.

Andra speciella åtgärder inom slutenvården

- Vitierelaterad hjärtsvikt ska bedömas av hjärtspecialist inför eventuell klaffoperation.
- Revaskularisering med PCI (ballongvidgning) eller CABG (bypassoperation) kan bli aktuellt vid ischemisk genes.
- Hjärttransplantation kan vara aktuellt hos relativt yngre patienter med symtom trots optimal behandling och fortsatt uttalad nedsättning av vänsterkammarmfunktionen.

| Handläggning vid HFrEF | | | | |
|---|--|---------------------------------------|--|-----------------------------|
| För att minska mortalitet hos alla patienter | | | | |
| ACE-hämmare/ARNI | Betablockerare | MRA | SGLT2 hämmare | |
| För att minska sjukhusinläggningar/mortalitet för vissa patienter | | | | |
| Vid övervätskning | | | | |
| Diuretika | | | | |
| LBBB ≥150 ms | | LBBB 130-149 ms eller ej LBBB ≥150 ms | | |
| CRT-P/D | | CRT-P/D | | |
| Ischemisk etiologi | | Icke-ischemisk etiologi | | |
| ICD | | ICD | | |
| Förmaksflimmer | Förmaksflimmer | Koronarartärsjukdom | Järnbrist | |
| Antikoagulantia | Digoxin Lungvensisolering | CABG | Iv Järn (III) karboximaltos | |
| Aortastenosis | Mitralisinsufficiens | Hjärtfrekvens SR>75/minut | Mörkhyad härkomst | ACE-hämmare/ARNI intolerans |
| Aortaklaffop/TAVI | Klaffreparation | Ivabradin | Hydralazine/ Isosorbiddinitrat | ARB |
| För vissa patienter med avancerad hjärtsvikt | | | | |
| Hjärttransplantation | Mekaniskt cirkulatoriskt stöd i väntan på transplantation eller i väntan på beslut | | Mekaniskt cirkulatoriskt stöd som destinationsterapi | |
| För att minska risken för återinläggning på grund av hjärtsvikt och förbättra livskvaliteten för alla patienter | | | | |
| Fysisk rehabilitering | | | | |
| Multiprofessionellt vårdprogram | | | | |

Tabell översatt ESC guidelines for the diagnosis and treatment acute and chronic heart failure från 2021. Grön = rekommendationsklass I, Gul = rekommendationsklass IIa.

Icke farmakologisk behandling

Den icke farmakologiska behandlingen vid hjärtsvikt är av stor betydelse för att öka välbefinnandet, öka följsamhet till behandling och egenvård samt minska risken för försämring och inläggning på sjukhus. Patient, närstående och personal som ansvarar för patientens omvårdnad behöver vara välinformerade om hjärtsvikt för att kunna vidta lämpliga åtgärder vid symtom och tecken till försämring av hjärtsvikt och för att ha kunskaper om när det är dags att söka professionell hjälp.

UPPFÖLJNING

Hjärtsvikt är en kronisk sjukdom som kräver kontinuerlig uppföljning och behandling. Bra kommunikation i kontakter mellan olika vårdgivare är avgörande. Patienterna har hög sjuklighet och mortalitet samt ofta låg livskvalitet. Mycket viktigt i behandlingen är att titrera upp läkemedlen till måldoser för att nå bästa möjliga effekt.

Initialt regelbundna besök/kontakter hos hjärtsviktssköterska. Mål att sätta in basläkemedel från alla fyra grupper (ACEi/ARNI, MRA, BB, SGLT2i) och därefter upptitrering till högsta tolerabla doser.

Man kan ha nytta av att följa NT-proBNP för styrning av behandling. Upprepad information och utbildning till patienterna är viktigt så att de och deras närstående får kunskap om sjukdomen.

Patienter med fastställd diagnos efter kardiologkonsult kan gå på kontroller hos primärvården om sjukdomen är i ett stabilt skede och ingen avancerad behandling behövs. Vid försämring eller tveksamheter kan kontakt med specialistmottagning etableras för konsultation. För uppföljning skrivs remiss till den enhet som ska följa upp patienten – primärvård eller specialistmottagning. Remiss skrivs även till hjärtsviktssjuksköterska där nydiagnostiserad patient ska få uppföljning inom två veckor efter diagnos. Uppföljning sker utifrån medicinsk bedömning dock minst en gång per år.

EKO hos läkare inom 3-6 månader efter insatt optimal medicinsk behandling. Därefter tas beslut om fortsatta kontroller på kardiolog/medicinmottagning eller utremittering till primärvård (bör ske inom 1 år efter diagnos). Övriga rutinmässiga EKO-undersökningar skall endast göras utifrån symtom och eventuella tidigare kända vitier och att resultaten kan ha betydelse för beslut om behandlingen.

Principer:

- Vid nyupptäckt hjärtsvikt diagnostiserad av läkare eller inläggning på grund av försämrad hjärtsvikt: Återbesök inom två veckor till sjuksköterska. Därefter individualiserat med mål för optimal medicinsk behandling därefter.
- Stabila lågt symtomatiska/asymtomatiska patienter skall ha åtminstone återbesök en gång/år
- Kontroll av kliniska symtom (NYHA-klassificering, vikt, angina, stastecken m.m.)
- EKG, blodtryck (liggande och stående vid misstanke om ortostatism)

- Blodprover: NT-proBNP, elstatus (Na, K, Krea), blodstatus, Ferritin och transferrinmättnad (årigen). ASAT och ALAT om tidigare förekomst av leverpåverkan eller vid samtidigt behandling med potentiell hepatotoxisk läkemedel t ex högdos statin.
- Genomgång av läkemedelslistan. Behov av upptitrering/förändringar?
- Kontrollera blödningsbenägenhet om patienten har behandling med Waran/NOAK.
- Rätt vårdnivå för patienten? (primärvård, slutenvård, hemsjukvård eller specialiserad palliativ vård)
- Vårdplan skrivs och uppdateras fortlöpande.

[Bilaga 6 Checklista Förslag på organisation av hjärtsviktsmottagning](#)

[Bilaga 7 Checklista Återbesök läkare hjärtsviktsmottagning](#)

[Bilaga 3 Checklista Återbesök sjuksköterskebaserad hjärtsviktsmottagning](#)

Omvårdnad

Patientutbildning

Patientutbildning handlar om patientens rätt och förmåga att påverka och medverka i sin egenvård och behandling. Målet är att optimera egenvården och upptäcka patientens möjligheter och begränsningar. Med god kunskap om sin sjukdom och om effekterna av behandlingen kan patienten bli mer motiverad att delta i beslut, utföra egenvård och lättare anpassa sig till att leva med sin sjukdom. Information och delaktighet till patient och närstående är avgörande för patientens livskvalitet. Beakta barnperspektivet om det finns barn under 18 år i familjen.

[1177 Vårdguiden angående barnperspektivet.](#)

Använd RiksSvikts patientinformationsbroschyr som grund och ge individuellt anpassad information. Informationen ska vara meningsfull och kunskaperna ska kunna användas i patientens aktuella livssituation. Information om vad hjärtsvikt innebär, orsaker och symtom enligt checklista för sjuksköterskebaserad mottagning.

[Bilaga 2 Checklista Nybesök sjuksköterskebaserad hjärtsviktsmottagning](#)

[Bilaga 3 Checklista Återbesök sjuksköterskebaserad hjärtsviktsmottagning](#)

Utbildningsprogram vid framförallt nyupptäckt hjärtsvikt har i studier visat mycket positiva effekter vad gäller bland annat följsamhet. Hjärtsviktsskola kan vara olika uppbyggt t ex där patient och närstående får information om hjärtsvikt från läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, dietist och kurator.

Egenvård/omvårdnad

Vätskeansamling, vätskebalans och intag av dryck

Stora intag av vätska leder till en ökad mängd vätska i blodet och kan förvärra symtomen. Hjärtat behöver då arbeta hårdare för att pumpa ut vätskan i kroppen. Överskottet kan samlas i lungor, buk eller underben och leda till att det blir svårare att andas och äta. Svullna fötter, vristen och ben kan också vara ett tecken på att hjärtsvikten har försämrats. *Kontroll: Tryck på benen för att se om det blir tydliga avtryck av dina fingrar, vid vätskeansamling kvarstår en grop på benet.*

Svullnad av lever och tarmar kan ge en känsla av uppspändhet i buken, magsmärtor och illamående. Vätskeansamlingen leder till ökad kroppsvikt och viktuppgång. Vid stark värme, svettning eller diarrésjukdom kan vätskeförlusterna öka dramatiskt - *det är då viktigt att patienten tillfälligt ökar vätskeintaget.*

Vid stora vätskeförluster behöver man ibland även minska eller göra ett uppehåll med sina vätskedrivande och RAAS-blockerande läkemedel. Kreatinivärdet kan stiga vid ökad njurpåverkan, därför är det viktigt att kontrollera det regelbundet (läkar- eller sviktssköterskeordination) samt även i situationer som innebär extra belastning på njurarna t ex vid svår diarré, kraftig svettning som vid feber eller vistelse i varmt klimat.

Åtgärd:

Regelbunden viktkontroll rekommenderas. Vikten tas på samma våg och på samma sätt varje gång, t ex utan kläder på morgonen innan frukost och efter urinering. Vikten skall skrivas ner regelbundet. *Plötslig viktuppgång på mer än två kilo på tre dagar från den normala vikten kan vara ett tidigt tecken på att vätska samlats i kroppen.* Fysisk aktivitet efter ork. Perifer muskelträning – t ex tåhävningar.

Vid problem med svullna ben på grund av vätskeansamling – lägg fötterna i högläge. Stödstrumpor motverkar svullnader i underbenen. Undvik strumpor med hård resårkant.

Personer som har lätt för att samla på sig vätska bör tänka på att begränsa sitt vätskeintag till ca 1,5 – 2 liter över dygnet eller enligt läkarordination.

Undvik överdrivet saltintag, framförallt vid svårare hjärtsvikt. Salt binder vätska och ökar risken för ödem.

Urinträngningar

Njurblodflödet är ofta sänkt vid hjärtsvikt och det leder till en mängd olika processer i njurarna, bland annat ökad natrium- och vattenreabsorption som i sin tur leder till ödem och hyponatremi. Trängningar dagtid kan bero på att patienten dricker för mycket vätska eller tar vätskedrivande läkemedel. Natliga urinträngningar kan bero på att vätska från t ex benödem omfördelas till blodcirkulationen då patienten ligger ner.

Åtgärd:

Kontrollera vätskeintaget och eventuell urinvägsinfektion. Vid besvär med urinträngningar **dagtid** bör kontakt tas med läkare för ställningstagande om den vätskedrivande medicinen kan tas senare på dagen. Vid besvär med **natliga** trängningar undvik intag av diuretika sent på kvällen. Eventuellt byte till ett långtidsverkande preparat. Bedömning om behov finns av inkontinenshjälpmedel.

Andfåddhet

Ett tidigt symtom på försämrad hjärtsvikt är andfåddhet, särskilt vid ansträngning. Detta beror på att hjärtat inte orkar pumpa blodet framåt vilket leder till att vätska samlas i lungorna. Andfåddheten kan även komma vid vila. Andfåddheten blir värre i liggande ställning vilket beror på att vätskan sprids ut över en större yta i lungorna när man ligger ned.

Åtgärd:

Informera patient om att väga sig regelbundet och ge akt på viktuppgång och informera om hur detta ska behandlas adekvat.

Se över vätskebalansen, behöver vätskerestriktionen ändras eller den vätskedrivande medicinen ökas.

Om kraftig andnöd - sök AKUT.

Lyssna och respektera kroppens signaler.

Stanna och vila några minuter vid andnöd under ansträngning.

Höj huvudändan vid vila, för att minska återflödet till hjärtat.

Öppna ett fönster för att få in frisk luft.

Placera en fläkt nära patienten.

Om rökare – rökstopp.

Undvik NSAID-preparat, som kan medföra vätskeretention.

Torr rethosta kan vara ett symptom på förvärrad hjärtsvikt men kan även vara en biverkan av vissa mediciner.

Vid cyanos och/eller tilltagande andningsbesvär kontrollera blodtryck, puls, syresättning. EKG vid arytymisstanke. Rådfråga läkare.

Yrsel

Kan vara förorsakat av lågt blodtryck relaterat till en minskad hjärtminutvolym och/eller effekten av olika läkemedel som ges vid hjärtsvikt. Detta kan leda till ortostatisk yrsel vid lägesförändring.

Åtgärd:

Resa sig långsamt och etappvis, gärna trampa med fötterna före uppstigning.

I samråd med läkare/sjuksköterska eventuellt omfördela läkemedel över dagen

Blodtryck och pulskontroll. EKG vid misstanke om arytmi. Rådfråga läkare.

Psykosocial situation

Ängslan, oro, irritabilitet och nedstämdhet är vanliga känslor i samband med hjärtsvikt.

Osäkerhet om den egna förmågan kan leda till social isolering och ensamhet.

Depressiva besvär är vanligt vid hjärtsvikt.

Åtgärd:

Viktigt att bevara sociala aktiviteter och relationer till släkt och vänner. *Fokusera på möjligheter och inte på begränsningar.* Viktigt att närstående får ta del av informationen om sjukdomen för att kunna vara ett bra stöd. Kontakt med en kurator eller samtalskontakt kan vara av stort värde. Ibland kan stämningshöjande eller antidepressiv medicinering vara till hjälp. Rekommendera fysisk aktivitet.

Bedöm behovet och initiera stödåtgärder utifrån vilka resurser som finns, t ex samtalskontakt, kurator, hemtjänst, dagvård, hemsjukvård, palliativt team, föreningar, församlingar, behov av färdtjänst m.m. Vid behov utföra depressionsskattning (utförs av läkare eller kurator). Eventuellt ge antidepressiv behandling.

Informera om patientförening och anhörigstöd. Riksförbundet HjärtLung ger råd och stöd.

Förstoppning

Kan bero på diuretikaterapi och/eller inaktivitet.

Åtgärd:

Att äta fiberrik kost och/eller laxantia. Uppmuntra till fysisk aktivitet. Kontrollera

vätskeintaget, för litet vätskeintag kan eventuellt ge förstoppning. Alltför fiberrik kost innebär också mer vätska för patienten.

Muntorrhet/törst

Törsten beror både på de vätskedrivande läkemedlen och på hjärtsviktssjukdomen. Vid muntorrhet är det viktigt att försöka mildra symtomen som kan ha stor inverkan på livskvaliteten och att försöka hindra eller mildra skador på tänder och slemhinnor. Vid muntorrhet kan det även bli svårare att äta.

Åtgärd:

Vid torrhet i munnen skölj ofta med kallt vatten. Använd apotekets salivstimulerande medel (t ex sugtablett, tuggummi, munspray, gel) eller saliversättningsmedel. Prata med apotekspersonal inför val av produkt. Undvik sura/söta drycker som ökar törsten och saltrika drycker som mineralvatten. Var noggrann med tandhygien då risken för karies ökar. Använd fluoridprodukter som stärker emaljen (flourid tandkräm, fluoridsköljning m.m.). Kontroll av munstatus rekommenderas var sjätte månad.

Rökning/snusning

Nikotin är en känd riskfaktor för hjärtkärlsjukdom och förvärrar hjärtsvikten. I röken finns ämnen som tar syrets plats i blodet vilket leder till sämre syresatt blod.

Åtgärd:

Totalt rökstopp och snusstopp rekommenderas.

Se [Sluta-röka-linjen](#), [Psykologer mot tobak](#)

Alkohol

Hög alkoholkonsumtion kan leda till hjärtrytmrubbningar, högt blodtryck och hjärtsvikt. När pulsen och blodtrycket stiger ställs högre krav på hjärtat.

Åtgärd:

Måttlighet vad gäller alkoholkonsumtion rekommenderas. Vid alkoholorsakad hjärtsvikt (kardiomyopati) bör patienten helt avstå alkohol. Rekommendationen är att intaget bör begränsas till högst 10 gram alkohol per dag för kvinnor och högst 20 gram per dag för män. En flaska starköl (33cl) eller ett glas vin (15 cl) innehåller ca 15 gram alkohol.

Sexualitet

Det finns ingen anledning att avhålla sig från sexuell aktivitet vid hjärtsvikt. Sjukdomen och de läkemedel som ges vid hjärtsvikt kan dock påverka både lusten och förmågan.

Åtgärd:

Anpassa ställningar och tidpunkt utifrån hälsotillståndet. Prata med din läkare eller sjuksköterska om du har frågor. Vid behov finns olika impotensläkemedel att tillgå.

Hud/vävnad

Torr hud kan uppstå vid diuretikabehandling. Klåda kan uppstå på grund av torr hud eller avvikande leverprover vid försämrat allmäntillstånd och nedsatt fysisk aktivitet utsätts huden för tryckbelastning.

Åtgärd:

Mjukgörande kräm. Bedömning av läkare om eventuell kontroll av leverprover och förskrivning av klådstillande läkemedel. Använd lediga kläder, undvik ylle. Decubitusprofylax vid risk för trycksår och se över behov av eventuella hjälpmedel.

Trötthet och sömn

Trötthet är ett vanligt symptom vid hjärtsvikt. Det orsakas framförallt av nedsatt vänsterkammarmfunktion. Vid ökad trötthet dagtid kan nattens sömnmönster spela roll. Sömnstörningar är vanliga och ska utredas vid behov.

Åtgärd:

Patienten bör lyssna till kroppens signaler och vila vid behov. Arbetsterapeut kan informera om energibesparande arbetssätt och förskriva eventuella hjälpmedel, sidan 24. Undvik intag av kaffe, alkohol och större måltider i nära anslutning till sänggående, hunger kan dock försämra sömnen. Undvik långa sovstunder under dagen. Öka den fysiska aktiviteten. Fysisk aktivitet ger positiva resultat för den fysiska kapaciteten, välbefinnandet och sömnen.

Ha svalt i sovrummet. Höjd huvudända på sängen minskar belastningen på hjärtat och därmed andnoden. Anpassad säng med höj- och sänkbar huvudända kan fås via arbetsterapeut. Täta urinträngningar kan störa nattsömnen, tänk på att inte ta diuretikadosen för sent på dagen. Vid andningsuppehåll (sömnapné) kan remiss behövas till sömnlaboratoriet för eventuell CPAP (sovmask). Lämna ut broschyr om goda sömnråd "[Sov Gott](#)". Även mindfulness kan prövas som avslappning. Vid störd sömn på grund av ångest, oro kan vård-/omsorgsinsatser i hemmet skapa en trygg miljö med exempelvis nattpatrull och trygghetslarm.

Undervikt

Viktnedgång kan bero på ökad neuroendokrin aktivering, då inflammatoriska och immunologiska processer sätts igång. Dessa kan ge aptitlöshet och ökad ämnesomsättning, vilket leder till att patienten utmärglas. Även ödem runt tarmar och vätska i buken kan ge illamående, aptitlöshet, förstoppning samt sämre upptag av näringsämnen.

Åtgärd:

Vila innan maten, för att orka äta. Gör en nutitionsbedömning och nutitionsstatus. Individuell rådgivning utifrån nutitionsbedömningen (t ex äta oftare, öka energiinnehållet i kosten genom att t ex använda mer fett samt genom att välja standardprodukter istället för att välja t ex nyckelhålmärkta varor). Om behov föreligger ska remiss skrivas till dietist. Förskrivning av näringstillskott av dietist vid behov, som komplement till mellanmål eller som energi- och näringsförstärkning för att tillgodose individuella behov. Förskrivning av antiemetiska läkemedel vid behov. Diskutera/samarbeta med närstående.

Övervikt

Övervikt innebär en extra belastning för hjärtat.

Åtgärd:

Viktnedgång. Regelbunden fysisk aktivitet. Minska födointaget, ät inte mer än en portion och följ tallriksmodellen. Patienter bör äta frukost, lunch och middag varje dag och kaloriinnehåll mellanmål. En kost med lågt fett- och kaloriinnehåll rekommenderas. Vid behov kontakta dietist för vidare rådgivning.

Symtom på försämring vid hjärtsvikt är att patienten:

- Blir trött och orkar mindre.
- Får ökad andfåddhet.
- Får svårt att andas.
- Behöver gå upp och kissa på natten.
- Får snabbare puls.
- Går upp i vikt på grund av att vätska samlas i kroppen.
- Får svullna anklar och ben.

Sök sjukvård vid symtom som:

- Kraftig andnöd.
- Rosslande andning.
- Kallsvett.
- Kraftig blekhet.
- Svår hjärklappning och ångest.
- Rosaskummande vätska ur munnen (lungödem).

Fysisk aktivitet vid hjärtsvikt

Fysisk träning kan förbättra fysisk kapacitet, sjukdomsspecifik livskvalitet och minska symtom hos patienter med kronisk hjärtsvikt och är därför en viktig del av behandlingen. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård bör alla patienter med kronisk hjärtsvikt bedömas av fysioterapeut vad gäller fysisk funktion och lämpligt träningsprogram. Den fysiska träningen (konditions- och styrketräning) skall individualiseras efter patientens funktionsförmåga.

Målsättning:

- Bibehålla/förbättra fysisk kapacitet
- Minska eventuell rörelserädsla
- Reducera symtom
- Förbättra livskvalitet
- Patienten lär sig träna självständigt

Träningsformer:

Beroende på patientens funktionsförmåga bör träningen innehålla aerob fysisk träning och muskelstärkande träning (styrketräning) eller endast perifer muskelträning.

- **Aerob fysisk träning** med måttlig till hög intensitet. Från 40 % upp till 90 % av max arbetskapacitet, ansträngningsskattning 12-17 enligt Borgs Rating of Perceived Exertion (RPE)-skala, t ex promenader, cykling, motionsgymnastik och vattengymnastik. Skattning av andfåddhet enligt Category Ratio (CR)-10 skala kan också användas vid konditionsträning av kroniska hjärtsviktpatienter. Träningen bör vara 30-60 minuter per tillfälle, tre till fem gånger i veckan.
- **Muskelstärkande träning** 8-10 övningar för hela kroppen, 10–15 repetitioner per övning, 60–80 % av en maximal viljemässig kontraktion, 1-3 set, ansträngningsskattning av 13-15 (RPE-skalan) i muskeln, 2-3 gånger i veckan.
- **Perifer muskelträning** med liten muskelmassa, t ex ett ben i taget. Träningen skall föregås av ett individuellt besök hos sjukgymnast/fysioterapeut

med konditions- och muskelfunktionstest och utformande av individuellt träningsprogram.

Restriktioner

Okompenserad hjärtsvikt, obstruktiv hypertrof kardiomyopati, tät aortastenosis, aktiv myokardit, allvarlig arytm, grav ischemi under arbete, pågående infektion, nyligen genomgången lungemboli, okontrollerad diabetes eller hypertoni, blodtrycksfall. Efter en akut hjärtsviktsepisod bör patienten vara avhållsam med kroppsansträngning i två till fyra veckor, men även under denna period kan aktiviteter i kortare intervall bedrivas med vila emellan. Vid tveksamhet skall samråd ske med ansvarig läkare.

Arbetsterapi

Arbets terapeut kopplas in vid nedsatt förmåga att klara vardagen (inträffar ofta redan vid NYHA II). Arbets terapeut kartlägger patientens aktivitetsförmåga och omgivning. Patientens aktivitetsförmåga bedöms och en översyn görs av boendemiljö och hjälpmedelsbehov. Patienten erbjuds information om energiplanerande arbetssätt för att orka med de aktiviteter som upplevs viktiga. Syftet är att förebygga nedsatt aktivitetsförmåga, upprätthålla den aktivitetsförmåga som finns samt kompensera för nedsatt aktivitetsförmåga. Arbets terapeuter finns i primärvård, specialiserad vård och kommun. Arbets terapeuterna på de olika nivåerna samarbetar vid byte av vårdnivå.

[Bilaga 4 Energibesparande arbetssätt Dalarna](#)

[Bilaga 5 Arbets terapeutprogram hjärtsvikt](#)

Kuratorstöd/samtalsbehandling

Att drabbas av hjärtsvikt har beskrivits som en successiv process som innefattar fem faser:

1. **Krishändelse** som innefattar den första orkeslösheten eller andnöden, är utgångspunkten. Det är denna händelse som signalerar att en förändring skett och patienten försöker få en förklaring och försöker förstå vad det innebär.
2. Att få **diagnosen** innebär början till en ny förståelse för symtomen och ett försök att göra tillståndet begripligt.
3. Patientens **respons på diagnosen** uttrycks ofta som osäkerhet baserad på den ovanliga situationen och resulterar ofta i oro och nervositet.
4. **Accepterande och anpassning** innebär en förståelse för behovet av att modifiera förväntningarna på livet, anpassa livsstilen och inse att hjärtsvikten kommer att påverka livet.
5. **Komma vidare** i livet innebär en punkt när patienten gör ett beslut att ta över kursen av sitt liv. Att bli en patient med hjärtsvikt är en process av sökande efter någon mening i tillståndet och en process att anpassa sig till en ny identitet.

Processen kan ta olika lång tid för olika patienter och kan framkalla olika reaktioner, beroende av vilka resurser patienten har. I det nationella kvalitetsregistret RiksSvikt finns ett självskattningsformulär som mäter patientens livskvalitet. Symtom på oro är vanligt förekommande hos patienter med hjärtsvikt och studier visar att så många som 35 % av patienter med kronisk hjärtsvikt har en klinisk depression. Det kan påverka patientens livskvalitet negativt och även göra det svårt att förstå och ta till sig exempelvis egenvårdsråd.

Närstående behöver involveras i samtalen om hjärtsvikt eftersom de spelar en viktig roll när det handlar om att ge stöd att följa egenvårdsråd, exempelvis fysisk träning, men

också för närståendes eget välbefinnande. Studier visar att närstående som upplever en bristande kontroll över hälsosituationen och som upplever ett stort ansvar att vårda har en lägre grad av välbefinnande. Yngre närstående är särskilt drabbade. Det är även viktigt att uppmärksamma om det finns minderåriga barn i patientens närhet som kan behöva stöd.

Under vårdtillfället i specialiserad vård ska alla hjärtsviktspatienter och närstående få information om möjlighet till kontakt med kurator. Alla patienter som får en ICD bör särskilt uppmärksammas och erbjudas kontakt med kurator då man har sett att en stor del av dessa mår psykiskt dåligt med omfattande oro och rädsla. RiksSvikt kan här fungera som ett hjälpmedel för att upptäcka om en patient är i behov av samtalskontakt. Om formuläret visar att livskvaliteten är lågt skattad så bör kuratorskontakt erbjudas. Kuratorns psykosociala behandling för patienter med hjärtsvikt erbjuder olika former av samtalsstöd-/terapi till såväl patient som närstående.

Patienter med hjärtsvikt upplever själva i sin situation att de kan behöva stöd med både praktiska angelägenheter och bearbetning mot nyorientering. Att drabbas av hjärtsvikt kan ha en stor inverkan på livet, både i det akuta skedet och i ett långsiktigt perspektiv. Inom primärvård Dalarna finns inte alltid tillgång till kuratorer utan de samtalsstöd som erbjuds är samtalsbehandlare och psykolog.

Remiss till eller kontakt med kurator kan vara aktuell vid:

- Sjukdomsdebut.
- Förändring i sjukdomen.
- Svårigheter i livssituationen, t ex skilsmässa.
- Behov av livsstilsförändring.
- Ängest- och/eller depressionsproblematik.

Vårdplan

Oavsett på vilken vårdnivå patienten fått diagnosen hjärtsvikt ska en vårdplan upprättas och följa patienten genom vårdkedjan. Syftet med vårdplanen är att alla personer som är involverade i patientens vård ska arbeta mot samma mål och gemensamt genomföra de åtgärder som beslutats. Vårdplanen är tvärprofessionell och prospektiv, vilket innebär att alla journalföringspliktiga yrkesgrupper tillför och ansvarar för sin del i den gemensamma vårdplanen. En vårdplan innehåller diagnoser, problem, risker och mål som satts för och med patienten åtföljt av åtgärder och ordinationer samt plan för uppföljning.

Följande åtgärder ska ingå i vårdplan vid nyupptäckt hjärtsvikt:

- RiksSvikts hjärtsviktsbroschyr "Att leva med hjärtsvikt" lämnas tillsammans med muntlig information av hjärtsviktssjuksköterska/läkare. Information om egenvård och egenansvar lämnas till patienten. Även närstående ska erbjudas information.
- Läkemedelsgenomgång ska genomföras tillsammans med patienten av läkare.
- Information om fysisk träning och energibesparande arbetssätt ska ges av fysioterapeut och arbetsterapeut.
- Telefonnummer lämnas ut till patienten med kontaktvägar till den enhet som ska sköta patientens hjärtsviktsbehandling.
- RiksSviktsformulär fylls i av sjuksköterska och skattning av livskvalitet i (EQ5D blankett) fylls i av patienten.

PALLIATIV VÅRD

Vårdnivå hemsjukvård/specialiserad palliativ vård

Indikationer för palliativ vård

Patienter med återkommande behov av hjärtsviktsvård trots optimerad behandling har en allvarlig sjukdom. Även om förbättring ofta ses vid akut behandling, kommer varaktig förbättring inte att ske. Ofta gäller det patienter i hög ålder. Dessa patienter närmar sig slutfasen av sina liv och vården ändrar inriktning från kurativ till lindrande palliativ vård. Patienter med hjärtsvikt i palliativt skede har uttalade symtom, bland annat smärta, andnöd, oro och nedstämdhet. I studier ser man att dessa uppmärksammas mindre och lindras sämre än hos patienter som avlider i cancersjukdom.

Kliniska indikatorer på att så är fallet är:

- Vilar mer än 50 % av dagen.
- Hjärtsvikt som kompliceras av njursvikt.
- Hög NYHA-klass (IIIB–IV) efter stabiliserande behandling.
- Låg EF < 20 %.
- Hypotoni.
- Kvarstående höga NT-proBNP-värden.
- Ofrivillig viktnedgång, > 5 % av kroppsvikten under 6 månader (kakexi).
- Två till tre vårdtillfällen på grund av hjärtsvikt under sista halvåret.

Symtomlindrande behandling vid palliativ vård av hjärtsvikt.

Läkemedelsbehandling:

Flera av hjärtsviktsläkemedlen är både prognosförbättrande och symtomlindrande. I synnerhet gäller detta ACE-hämmare/ARB, Betablockerare, MRA och Ivabradin. I ett sent skede av sjukdomen, när både hypotoni och njursvikt är vanligt förekommande, behåll så långt som möjligt hjärtsviktsläkemedlen, dosminska och fördela doser över dygnet.

Dyspné

Icke-farmakologiska åtgärder:

- En fläkt placerad nära ansiktet, alternativt frisk luft från ett öppet fönster.
- Pleuratappning, ascitestappning vid behov.
- Syrgasbehandling (endast vid dålig syresättning, annars är fläkt nära ansikte ett bättre alternativ).

Farmakologiska åtgärder:

- Optimera hjärtsviktsbehandling/vätskedrivande behandling.
- Opiater lindrar känslan av andnöd.
- Effekt ses ofta med lägre doser än de som används för måttlig till svår smärta.

Opioidnaiv patient:

Tablett Morfin 10 mg, 0,5-1 st tablett vid behov.

Tablett Oxikodon 5 mg, 1 st vid behov. Effekt ses efter ca 30 minuter och sitter i 4-5 timmar.

Injektion Morfin 10 mg/ml, 0,25-0,5 ml (2,5-5 mg) subkutant vid behov. Effekt ses efter cirka 15 minuter och sitter i 4-5 timmar.

Opioidtoleranta patienter behöver vidbehovsdoser motsvarande cirka 10-15 % av totala dygnsbehovet av opioid.

Kom ihåg laxering vid all opioidmedicinering.

Bensodiazepiner:

Det saknas övertygande evidens att benzodiazepiner lindrar dyspné. Dock är andnöd starkt förknippad med ångest varför det ofta finns orsak att lägga till detta.

Tablett Oxascand 5-10 mg vid behov. Effekt ses efter cirka 30 min och sitter i 4-5 timmar.

Injektion Midazolam 5 mg/ml, 0,5-1 ml (2,5-5 mg) subkutant vid behov. Effekt ses efter cirka 5 min och sitter i cirka 30 min

Injektion Midazolam 5 mg/ml, 0,5-1 ml (2,5-5 mg). Buccalt/oralt vid behov (kan ibland vara enklare att använda i hemmet, på kommunalt boende, OBS! stark smak).

Ödem/vätskeretention

Viktigt med individuell vårdplan för snabb upptäckt och åtgärd.

Regelbunden vikt och symtomskattning (andnöd, ödem). Snabb insättning av extra diuretika.

Loopdiuretika (Furosemid) är förstahandspreparat. Stort dosspann, 20-1000 mg/dygn (större doser vid njursvikt).

Kontinuerlig intravenös infusion ("Furixdropp") är effektivt och tolereras ofta bättre än intermittenta injektioner fram för allt hos hypotensiva (systoliskt blodtryck < 100 mmHg). Furix kan även ges subkutant som intermittenta injektioner.

Behandlingsförslag:

Tablett Furix 40-80 mg x 1-2 st vid behov.

Om tablett Furix inte fungerar (ofta dåligt upptag relaterat till tarmödem) ge injektion Furix 10 mg/ml 2-8 ml intravenös x 1-2.

Om otillräcklig effekt prova samma dygnsdos som kontinuerlig intravenös infusion. Vanlig dos är 10-20-(40) mg/timme.

Prova att dosminska vid god effekt, ibland behövs långtidsbehandling (månader)

Om långtidsbehandling behövs en central infart – PICCline, SVP alternativt CVK. Specialiserade palliativa team har tillgång till läkemedelspumpar och kan handrätta dessa alternativt ansluta patienten om infusionsbehandling i hemmet blir aktuell.

Om loopdiuretika inte räcker. Prova tillägg med:

Tablett Metalozon 5 mg, 0,5-1, 1x1 i tre till fem dagar initialt –

OBS! Kontrollera s-Krea och s-Na, s-K. Vanlig underhållsdos 1 tablett 2 till 3 gånger/vecka.

Tablett Tolvaptan (Samsca®) 30mg 1x1 i tre till fem dagar. Kuren kan upprepas.

Smärta

I studier rapporterar ca 85 % av patienterna med hjärtsvikt smärta (oberoende av orsak).

Icke farmakologisk behandling:

- Kontakt med fysioterapeut och arbetsterapeut för hjälpmedel, vilopositioner m.m.

Farmakologisk behandling:

Skiljer sig i princip inte från behandling enligt WHO:s smärttrappa.

- Paracetamol är basbehandling vid benign lätt/måttlig smärta.
- Systemiska NSAID är kontraindicerade vid hjärtsvikt, MEN lokal applicering av NSAID gel t ex vid artros kan ge mycket bra smärtlindring utan att den påverkar hjärtsvikt negativt.
- Opioider läggs till vid svårare smärta:
Rekommenderade basläkemedel är Morfin, Oxikodon, Fentanylplåster och Buprenorfinplåster (Norspan®). Välj plåster vid sväljningssvårigheter och/eller vid osäkert upptag från GI-kanalen relaterat till tarmödem.

Vanliga startdoser:

Dolcontin 5-10 mg x 2 (välj den lägre dosen till äldre patienter).

Oxikodon Depot 5 mg x 2.

Norspan 5 ug/tim (full effekt först efter 3 dygn, byts var sjunde dygn)

Fentanyl – olämpligt som startpreparat till opioidnaiv patient då lägsta

plåsterstyrkan motsvarar ca 30-40 mg Morfin po/dygn. Om angeläget går

dock det svagaste plåstret (12 ug/h) att klippa (SIC!) till halvt (~ 6ug/h) vilket brukar fungera som startdos.

Vid behovsdos om smärtgenombrott = 1/6 av total dygnsdos opioid. Använd konverteringstabell.

Vid njursvikt:

Välj i första hand Fentanyl- eller Norspanplåster och i andra hand Oxikodon Depot. Värt att veta är att både Fentanyl och Oxikodon elimineras via njuren men saknar aktiva metaboliter jämfört med Morfin. Således "start low, go slow" är som alltid en bra grundregel.

Vid grav njursvikt:

Tablett Ketogan 5 mg 1 st vid behov, injektion Ketogan 5 mg/ml 0,5-1ml (2,5-5 mg) sc vid behov. Nackdel – saknas depotberedning.

OBS! Ovanstående om njursvikt gäller endast om överlevnadsprognos är några månader. Om patienten är i livets slutskede kan injektion Morfin ordineras som del i palliativa kittet oavsett njurfunktionen.

Glöm inte sätta in laxering regelbundet när du ordinerar opioid (så länge patienten är vaken och kan inta läkemedel per os).

Patienter med anginasvärta bör ges Nitroglycerinpreparat + Morfin.

Neuropatisk smärta:

Amitriptylin/Saroten® 10-50 mg/dygn till natten eller 2 gånger om dagen.

Gabapentin och Pregabalin/Lyrica® kan prövas, OBS dosberoende ödem och yrsel som biverkan.

Palexia (=Tapentadol är ett starkt analgetikum med μ -agonistopioida och därtill noradrenalinåterupptagshämmande egenskaper). Finns som både långverkande (Palexia Depot tablett) och kortverkande (Palexia tablett). Startdos är 50 mg x 2.

Kom ihåg att utvärdera din behandling! Om du inte når smärtkontroll kontakta palliativ medicinare eller smärtspecialist för konsultation, det finns alltid något att göra.

Depression

Läkemedelsbehandling:

SSRI Citalopram och Sertralin är första handsval.

SNRI Venlafaxin och Duloxetin har inte studerats hos patienter med hjärtsvikt och depression och kan därför inte rekommenderas som förstahandsval. Används i andra hand, beakta biverkningar (ffa hjärtrytmrubbningar och hypertension).

Mirtazapin 15-45 mg till natten fram för allt till patienter som förutom depression även har problem med oro/ångest, illamående/dålig aptit/viktnedgång samt sömnsvårigheter.

Fatigue

- Prevalens 50-96 % hos hjärtsviktspatienter
- Icke-farmakologiska åtgärder:
Uppmuntra till lätt aktivitet, energisparande strategier, kontakt med fysioterapeut/arbetsterapeut för hjälpmedel energisparande strategier mm.
Dietistkontakt för näringsoptimering.
- Farmakologiska åtgärder:
Kortisonkur (Betapred 3-4 mg dagligen i fem till sju dagar) kan prövas. Effekt ses redan efter två till tre dagar och varar i cirka fyra veckor, kuren kan eventuellt upprepas.
Kortikosteroider är speciellt användbara för symtom lindring i end-of-life.
Vid längre överlevnadsprognos är de mindre användbara på grund av risk för biverkningar.

Anorexi och kakexi

Kardiell kakexi definieras som >6.0 % viktnedgång under sex månader (ej ödem).

- Dietistkontakt för näringsoptimering.
- Rek. Lätt till måttlig aktivitet.
- Farmakologiska åtgärder:
 - Mirtazapin kan prövas i doser 15-45 mg till natten speciellt hos patienter som även behöver behandling mot depression/ångest, sömnsvårigheter.
 - Kortisonbehandling kan prövas, var god se Fatigue.

Illamående

Patienter med svår hjärtsvikt lider ofta av illamående.

Svullen tarm kan vara en av orsaker varför det även här är viktigt med adekvat hjärtsviktsbehandling.

Behandla illamående utifrån tänkbar orsak:

- Munsvamp -> Nystimex, alternativt Flukonazol.
- Gastrit/reflux -> PPI.
- Nedsatt tarmmotorik (förstoppningstendens, tarmparalys) -> Primperan. Börja med tablett Primperan 10 mg x 3. Om tarmödem kan injektion Primperan 5mg/ml 1-2ml x 1-3 fungera bättre, kan ges sc (SIC!).
- Haldol är bra mot centralt illamående (påverkat kräkcentrum, elektrolytrubbningar, toxiner (läkemedel, infektion), etc). Ingår i palliativa kittet.
- Doser 0,5-2,5 mg per os eller 1-2 mg subkutant 1-2 gånger/dygn.
- Vid förstoppning -> laxera! se nästa avsnitt.
- Morfininducerat illamående (särskilt vid nyinsättande) -> tablett Postafen 25 mg x 2. (Kan sättas ut efter tre till sju dagar).
- Vestibulärt illamående (kristallsjuka, lägesrelaterad illamående hos sängbunden patient) -> prova tablett Postafen 25 mg x 2, alternativt Scopodermplåster.
- Ondansetron kan ge bra effekt mot uremisk illamående.

Förstoppning

- Kombination av Movicol + Cilaxoral alternativt Laktulos + Cilaxoral är bra.
- Ovanstående kan kompletteras med Paraffinemulsion 30 ml 2-3 ggr om dagen.
- Vid opioidinducerat förstoppning kan man pröva med tablett Moventig 25 mg x 1 alternativt injektion Relistor 12 mg/0,6 ml subkutant 1-2 ggr. Om ingen effekt efter andra sprutan => tänk om, annan laxering?
- Ingen idé att ge Moventig eller Relistor till en patient som redan står på Targiniq!

Brytpunktssamtal

När den sjukdomsmodifierade behandlingen och prognosvinsten inte längre är möjlig skall brytpunktssamtal tas. Vid brytpunktssamtal informeras patienten och närstående om vårdens ändrade inriktning från sjukdomsmodifierande behandling till palliativ vård. Information ges om var patienten befinner sig i sin sjukdom och möjligheter till symtomlindrande palliativ behandling, t ex mot andnöd, ångest, smärta och oro. Utfört brytpunktssamtal dokumenteras i patientens journal. Behandlingsbegränsningar, exempelvis avstå från hjärt- och lungräddning och frågan om önskad dödsplats bör tas upp vid brytpunktssamtal och ska dokumenteras. Bedömning om avstängning av ICD, se sidan 14.

Ta ställning till om det är hemsjukvården (förstahandsval i de flesta fall) som ska sköta patienten eller om det föreligger behov av specialiserad palliativ vård. Informera

närstående om befintliga stödgrupper. Vid osäkerhet ring till aktuellt specialiserad palliativ team och konsultera.

Ny vårdplanering

När patienten försämras och närmar sig palliativ skede krävs en ny vårdplanering. Detta gäller oavsett vårdform (med eller utan hemsjukvård). Vårdplaneringen initieras av patientens fasta vårdkontakt eller annan ansvarig person och sker tillsammans med patienten och närstående för att uppnå bästa möjliga individuella vård. Vårdplaneringen genomförs på vårdavdelning alternativt i hemmet.

Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede:

Samordnad vårdplan (SIP) upprättas i TakeCare.

SIP (samordnad individuell plan)

Hemsjukvård (palliativ vård)

Vid palliativ vård i hemmet är hemsjukvård förstahandsval. Genom stöd och rådgivning från hemsjukvården kan patienten vårdas optimalt och undvika inskrivning på sjukhus. Sjuksköterskorna i kommunen tar över ansvaret tillsammans med en läkare från vårdcentral eller hemsjukvård. För råd och stöd vad gäller symtomlindring kan Specialiserad palliativ vård konsulteras. Vid initiering av vård i hemmet ska tydliga behandlingsstrategier finnas, rekommendation är att använda **"Dalarnas läns hjärtviktsmapp"** och **"vårdbegäran"** enligt **SBAR**. Hjärtviktsmappen ska följa patienten och genomgås kontinuerligt av ansvarig sjuksköterska, patient och eventuellt närstående. Det är även ett bra fungerande arbetsmaterial för hemsjukvårdssjuksköterskor, rehab personal och hemtjänst. Det är ansvarig klinik som ansvarar för att inhämta ett samtycke hos patienten. Samtycke dokumenteras av Region Dalarna. Det är viktigt att tydliggöra att kommun och region har olika journalsystem, vilket innebär svårigheter i överrapportering. Nationella patientöversikten (NPÖ) ger en gemensam översikt med begränsad information. Vid utskrivning från slutenvården ska en uppföljning från slutenvården via telefon, och i de fall detta inte är möjligt (t ex patient med nedsatt hörsel eller demenssjukdom), kontaktas ansvarig sjuksköterska i hemmet.

Bilaga 8 Dalarnas Hjärtviktsmapp

Bilaga 9 Dalarnas Hjärtviktsmapp - instruktioner

Specialiserad palliativ vård

Remiss skrivs till Specialiserad palliativ vård om patienten har komplexa palliativa behov som svåra eller svårkontrollerade smärtor, illamående, dyspné, ileus/subileus, psykosociala eller existentiella behov. När patienten ansluts till Specialiserat palliativ team tar teamet över helhetsansvaret för patienten, möjlighet till vård på specialiserad avdelning finns. Specialiserade palliativa teamen konsulteras av hemsjukvården för rådgivning.

Hemtjänsten

Det är viktigt att hemtjänsten har tydlig information och instruktioner om vården och vart de ska vända sig vid olika situationer (se Dalarnas läns hjärtviktsmapp). Specialiserade palliativa team ansvarar för utbildning/information till hemtjänstpersonal om hjärtsvikt.

Stöd till efterlevande

Då en patient har avlidit informeras närstående om att de kommer att erbjudas ett efterlevandesamtal en tid efter dödsfallet (rekommendation 6-8 veckor efter dödsfallet).

Syfte:

Ge stöd till närstående i sorgearbetet och sammanfatta vårdtiden. Ta del av närståendes uppfattning av vårdtiden för ständig utveckling och lärande.

Efterlevandesamtal ska med fördel genomföras inom den vårdenhet där patienten har haft längst vårdtid och/eller dött.

[Efterlevandesamtal \(pdf\)](#) (Svenska palliativregistret)

Barnperspektivet

Finns det barn under 18 år i familjen är vi skyldiga att informera samt rekommendera stödgrupper för barn och ungdomar. Det ska ha gått minst 6 månader eller längre tid efter dödsfallet innan man deltar i en stödgrupp. Det är Region Dalarna, Sjukhuskyrkan, Svenska kyrkan och Rädda Barnen som arrangerar dessa grupper. Informationsbroschyrer finns att hämta hos ovanstående.

VÅRDNIVÅER OCH SAMVERKAN

För att uppnå en god vård är lokal samverkan mellan primärvård, specialistvård och hemsjukvård avgörande. Som grund kan vårdnivåerna definieras enligt nedanstående.

Primärvård

- Basutredning för patienter som söker primärvården.
- Uppföljning av patienter som har en väsentligen stabil hjärtsvikt och optimal medicinsk behandling och sällan är i behov av slutenvård.
- Initiering och upptitrering av behandling hos patienter med fastställd diagnos och okomplicerat förlopp som inte är aktuell för annan högspecialiserad behandling.
- Läkaransvar för patienter som sköts av kommunal hemsjukvård (även i palliativt skede).

Specialistvård medicin/kardiologi

- Patienter som har behov av fortsatt utredning, diagnos och speciella åtgärder t ex CRT och ICD eller fall för klaffoperation.
- Optimering av behandling vid nyupptäckt hjärtsvikt.
- Patienter med behov av upprepade inskrivningar (= instabil hjärtsvikt).
- Transplantationsfrågeställning, hjärttransplanterade.
- Klaffsjukdom, pulmonell hypertension.
- Vid dåligt terapivar/svårinställd hjärtsviktsbehandling.
- Uttalad nedsatt njurfunktion och/eller elektrolytrubbningar.

Hemsjukvård

- Hälsa- och sjukvård av patienter med hjärtsvikt som får vård i hemmet.
- Palliativ vård till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård (allmän palliativ vård).

Specialiserad palliativ vård

- Palliativ vård av patienter med komplexa palliativa behov som svåra eller svårkontrollerade smärtor, illamående, dyspné, ileus/subileus, psykosociala och existentiella behov.
- Konsulteras av hemsjukvården för rådgivning.

ARBETSGRUPPEN FÖR HJÄRTSVIKTSPROCESSEN I DALARNA

| | | |
|-------------------------|---|---|
| Ahlgren Gunilla | Sjuksköterska | Akut medicin, geriatrik och rehabilitering Avesta |
| Bergkvist Ann-Charlotte | Sjuksköterska/sektionsledare | Medicin Vårdavdelning Ludvika |
| Bertholdsson Maj-Britt | MAS/MAR | Ludvika kommun |
| Brouneus Susanne | Apotekare | Läkemedelsavdelningen |
| Charalampakis Georgios | Överläkare | Medicin geriatrik och rehabilitering Mora |
| Crafoord-Larsen Daniel | Läkare | Mora vårdcentral |
| Enblom Helena | Sjuksköterska | Borlänge hemsjukvård |
| Hambraeus Kristina | Överläkare/verksamhetschef | Kardiologen Falun |
| Henrichs Thomas | Överläkare | Medicin, geriatrik och rehabilitering Avesta |
| Jansson Anna-Karin | Sjuksköterska | Borlänge hemsjukvård |
| Karlström Angelica | MAS/MAR | Smedjebackens kommun |
| Lissmyr Sara | Läkare | Specialiserad palliativ vård Dalarna |
| Nyberg Jenny | Avdelningschef | Medicinnottagningen Avesta |
| Oknelid Stina | Fysioterapeut | Habilitering Borlänge |
| Ruchkina Irina | Läkare | Specialiserad palliativ vård Dalarna |
| Simonen Anna-Karin | Sjuksköterska | Borlänge hemsjukvård |
| Storius Anette | Arbetsterapeut | Mora kommun |
| Strand Sofie | Sjuksköterska/sektionsledare | Medicin, geriatrik och rehabilitering Mora |
| Sulaiman Fahed | Överläkare | Kardiologen Falun |
| Svensson Marie | Sjuksköterska | Medicin geriatrik och rehabilitering Ludvika |
| Söderberg Julia | Överläkare | Kardiologen Falun |
| Tigerstrand Anette | Sammanställande, medicinsk sekreterare | Kardiologen Falun |
| Wahlén Lovisa | Fysioterapeut | Fysioterapin Falun |
| Östensson Sofie | Specialistsjuksköterska | Sälens vårdcentral |

REFERENSER

[Läkemedelsboken, hjärtsvikt](#)

[ESC-guidelines](#)

[1177.se](#)

[Nationella rådet för nya terapier \(NT-rådet\)](#)

[RiksSvikt](#)

[FYSS \(2016\) – Fysisk aktivitet vid kronisk hjärtsvikt](#)

[Internetmedicin.se, muntorrhet](#)

[Vårdförlopp hjärtsvikt](#)