

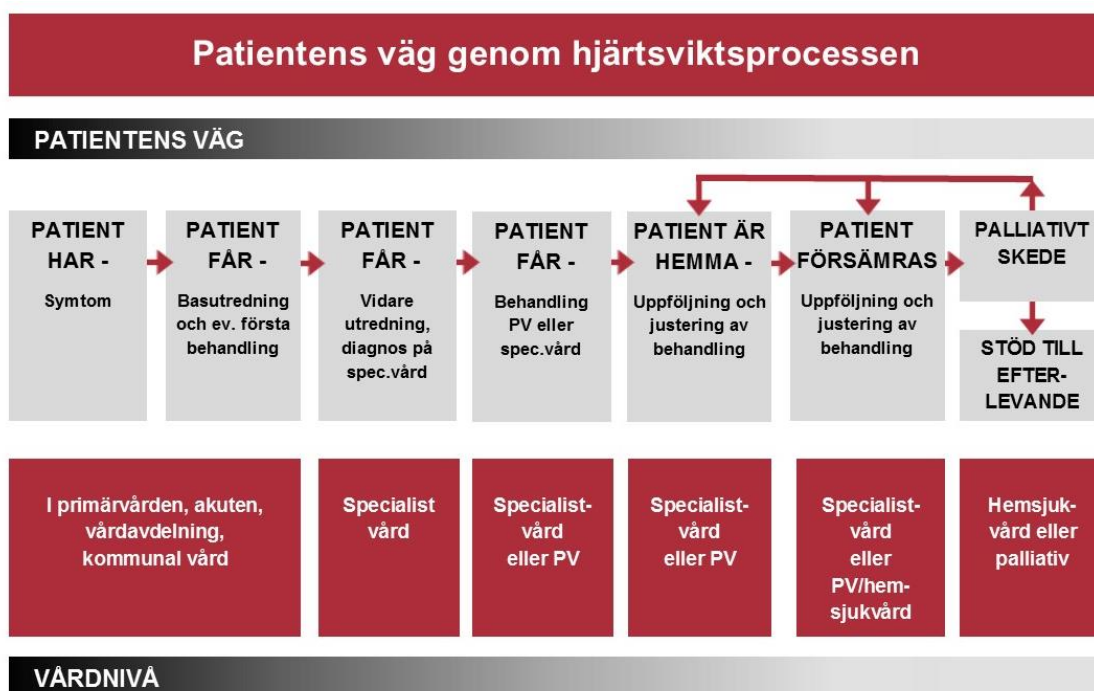
Länsgemensamt Vårdprogram Hjärtsvikt



Datum 2020-04-01 Giltigt t.o.m 2022-03-31	Diarienummer Versionsnummer 3
För verksamhet Region Dalarna Dalarnas Kommuner	Godkänt av

Dokumenttyp: Läns-gemensamt vårdprogram	Dokumentnamn: Läns-gemensamt vårdprogram - hjärtsvikt
Giltigt från och med: 2020-04-01	Giltigt till och med: 2022-03-31
Ansvarig för revidering Arbetsgruppen för hjärtsviktsprocessen. Samman-kallande: Verksamhetschef för Kardiologen Falun	Antagen:
Version: Version 3	Godkänd av:
Dokumenthistorik: Version 1 2016-04-01 – 2018-03-31 Version 2 2018-04-01 – 2020-03-31	Diarienummer:

Läns-gemensamt Vårdprogram - Hjärtsvikt



INNEHÅLL

Förord	4
Allmänt om hjärtsvikt	4
Definition	4
Epidemiologi	4
Etiologi	4
Patofysiologi	4
Prognos	5
Symtom	5
Symtom förenliga med hjärtsvikt	5
Typiska tecken på hjärtsvikt	6
Objektiva fynd talande för strukturell eller funktionell hjärtsjukdom	6
Diagnoskriterier för hjärtsvikt	6
Utredning	6
Basutredning	6
Fortsatt utredning	7
Behandling och information	8
Farmakologisk behandling	8
Behandlingstrappa	8
Övrig behandling	12
Flödesschema	14
Icke farmakologisk behandling	14
Egenvård/Omvårdnad	15
Fysisk aktivitet vid hjärtsvikt	19
Träningsformer	20
Arbetssterapi	20
Kuratorsstöd	21
Uppföljning	22
Individuell uppföljning i samarbete primärvård och specialistvård	22
Vid återbesök för hjärtsviktpatient	22
Vårdplan	23
Palliativ vård	23
Indikationer för palliativ vård	23
Symtomlindrande behandling vid palliativ vård av hjärtsvikt	24
Brytpunktssamtal	28
Ny vårdplanering	28
Hemsjukvård (palliativ vård)	29
Specialiserad palliativ vård	29
Hemtjänsten	29
Stöd till efterlevande	29
Barnperspektivet	30
Vårdnivåer och samverkan	30
Primärvård	30
Specialistvård medicin/kardiologi	30
Hemsjukvård	30
Specialiserad palliativ vård	30
Arbetsgruppen för Hjärtsviktprocessen i Dalarna	31
Referenser	31

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	Arbetssterapiprogram 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

I arbetet med att minska undvikbar slutenvård och minska antalet återinskrivningar i Sveriges kommuner och landstings [SKL] satsning "Bättre liv för sjuka äldre" framkom att hjärtsvikt var en av de vanligaste diagnoserna vid återinskrivningar inom 1 – 30 dagar. Utifrån detta startades ett arbete med att ta fram ett vårdprogram i syfte 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 sluten vård), primärvård, kommunal hemsjukvård och specialiserad palliativ vård. Vårdprogrammet är framtaget genom att först kartlägga patient processen i nuläget och sedan patient processens önskvärda läge.

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 enligt mätning i RiksSvikt
- minskade återinskrivningar/undvikbar slutenvård
- ökad 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 stundens 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 påtagligt med åldern. Medelåldern för hjärtsviktspatienten är ungefär 75 år. 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: kardiomyopater, klaffsjukdomar och takyarytmier. Även extrakardiella tillstånd som thyroideafunktionsrubbingar, diabetes, anemi, infektioner 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) *volym- eller tryckbelastning* (olika klaffel, hypertoni, hyperthyreos, anemi) *infektioner, arytmier, hemodynamisk yttre påverkan* (perikardsjukdom) etc.

Det finns tre olika typer av kronisk hjärtsvikt:

- **HF_rEF** (Heart failure with reduced ejection fraction):
Nedsatt systolisk vänsterkammarmfunktion, LVEF <40%. Det innebär att kamrarnas sammandragningsförmåga är nedsatt. Benämns ofta som systolisk svikt.
- **HF_mrEF** (Heart failure with medium range ejection fraction):
Lätt nedsatt systolisk vänsterkammarmfunktion, LVEF 40-49 %. En mellanvariant av hjärtsvikt, mellan nedsatt sammandragning och bevarad systolisk funktion med nedsatt fyllnadsförmåga.
- **HF_pEF** (Heart failure with preserved ejection fraction):
Störd diastolisk fyllnadsförmåga och bevarad systolisk vänsterkammarmfunktion, LVEF ≥ 50%. Benämns ofta som diastolisk svikt.

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- aldosteronsystemet (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 och behandling.

SYMPTOM

Vårdnivå primärvård, slutenvård (akuten eller vårdavdelning) eller kommunal vård.

Symtom förenliga med hjärtsvikt

- ansträngningsdyspné
- ortopné
- ben- och bålsvullnad
- paroxysmal nattlig dyspné (astma cardiale)
- trötthet och svaghet
- nocturi
- cerebrala symtom (förvirring, koncentrationssvårigheter, nedstämdhet)
- aptitlöshet och illamående
- hosta
- symtom på bakomliggande/utlösande sjukdom (ischemisk hjärtsjukdom, infektion, tyreoidesjukdom m.m.)

Typiska tecken på hjärtsvikt

- takypné
- pulmonella auskultationsfynd (rassel och/eller ronki)
- perifera ödem
- halsvenstas
- hepatomegali/ascites
- cyanos
- takykardi/arytmi

Objektiva fynd talande för strukturell eller funktionell hjärtsjukdom

- förhöjt NT-proBNP
- diagnostiska fynd vid ekokardiografi
- röntgen: Kardiomegali, pleuravätska, stas
- EKG-avvikelse: Brady/takykardi, förmaksflimmer/andra rytmrubbningar, tecken till hypertrofi, misstänkt ischemi.

Diagnoskriterier för hjärtsvikt

- symtom förenliga med hjärtsvikt
- typiska tecken på hjärtsvikt
- objektiva fynd förenliga med strukturell eller funktionell hjärtsjukdom

UTREDNING

Vårdnivå primärvård eller slutenvård (akuten eller vårdavdelning).

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 >200m på plan mark IIIb om patienten klarar att gå <200m på plan mark
NYHA IV	Svår hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet redan i vila. Symtom vid minsta ansträngning. Patient oftast sängbunden.

- EKG
- NT-proBNP
- Som ett första diagnostiskt test för hjärtsvikt kan NT-proBNP användas. Detta är framförallt användbart i icke akuta situationer där ekokardiografi inte är tillgängligt. Det är osannolikt att patienter med normalt NT-proBNP lider av hjärtsvikt. Därför behöver i regel inte patienter vars prov ligger under gränsvärdet remitteras för vidare utredning med ekokardiografi. Gränsvärdet för NT-proBNP i icke akuta lägen är <125pg/ml och i akuta lägen <300 pg/ml. NT-proBNP under gränsvärdet enligt ovan utesluter med stor sannolikhet hjärtsvikt. Ett förhöjt värde kräver dock vidare utredning innan diagnosen hjärtsvikt kan fastställas. Detta då det finns flera andra tillstånd utöver hjärtsvikt som också höjer nivåerna av NT-proBNP. De viktigaste tillstånden här är förmaksflimmer, njursvikt och ålder. Dessutom kan NT-proBNP vara falskt för lågt hos överviktiga patienter.
- Hb, CRP, Na, K, Krea, ASAT, ALAT, TSH, P-glukos, Ferritin, Transferrinmättnad
- ev. lungröntgen och spirometri
- om hjärtsvikt misstänks efter primär utredning skickas remiss till specialistmottagning (medicin/kardiologi) för att fastställa diagnos, oftast med ekokardiografi och även etiologi. Remissmall finns i Take Care.

Fortsatt utredning

Vårdnivå specialistvård, se konsultationsremiss i Take Care.

Ekokardiografi:	Bedömning av systolisk och diastolisk vänsterkammarmfunktion, hypertrofi, klaffel, tecken tydande på genomgången hjärtinfarkt.
Arbetsprov:	Bedömning om koronarsjukdom föreligger och funktionsbedömning (blodtrycks-/pulsförhållanden, kronotrop insufficiens).
Holter-EKG:	Vid misstanke om rytmrubbning.
Spirometri:	Bör utföras vid misstänkt lungsjukdom.
Sömnapnéutredning:	Om misstanke om sömnapné syndrom.
Kranskärlsutredning:	Aktuellt om hjärtsvikten beror på misstänkt koronarsjukdom eller vid ett klaffel där intervention kan tänkas.

Oavsett vid vilken vårdnivå patient omhändertagandet 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. Den enhet som sätter diagnos ansvarar för att påbörja behandling, titrera upp mediciner och följa upp patienten. Patienter som är utredda och stabila i sin hjärtsvikt där någon ytterligare utredning inte är planerad kan skötas via primärvården.

Möjlighet att träffa arbetsterapeut och fysioterapeut bör ges till patienten när diagnosen är fastställd. Även viktigt med tillgång till kurator alternativt annat samtalsstöd.

BEHANDLING OCH INFORMATION

Vårdnivå specialismottagning och/eller primärvård.

Farmakologisk behandling

Majoriteten av det vetenskapliga stödet finns för HFrEF, det vill säga för kronisk systolisk hjärtsvikt. Evidensen är betydligt 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 (Angiotensinreceptorneprilysinhämmare [ARNI], ICD, CRT). Vid HFpEF rekommenderas i första hand symtomlindrande behandling med diuretika. Vid HFpEF är det av stor vikt att behandla samsjuklighet såsom hypertoni, arytm, diabetes och övervikt. Det finns dock ingen eller svag dokumentation för att RAAS-blockad eller betablockerare förbättrar prognosen vid HFpEF.

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.

Måldos av varje läkemedel ska eftersträvas. Dock måste individuell hänsyn tas till varje patient med hänsyn till blodtryck, njurfunktion etc.

- Blockering av neurohormonella system RAAS (ACE-hämmare, ARB, MRA) och det sympatiska nervsystemet (β -blockerare). De har dokumenterad effekt på sjuklighet och överlevnad vid hjärtsvikt (HFrEF). Måldos eftersträvas.
- 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.

Behandlingstrappa:

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Palliativ vård ▪ Avancerad behandling (inotropi, hjärtpump, hjärtrtransplantation) ▪ Digoxin (ges framförallt vid förmaksflimmer/fladder) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ivabradin (EF <35%, sinusrytm, >75 slag/min) ▪ CRT/CRT-D* (Symtomatisk patient med QRS>130ms, EF <35%) vänstergrenblock ▪ Mineralreceptorantagonist (aldosteronantagonist) ▪ ARNI (Angiotensinreceptorblockare + Neprilysininhibitor) ▪ Diuretika (vid övervätskning) 		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betablockare (från NYHA I vid hjärtinfarkt) ▪ ACE-hämmare (Angiotensinreceptorblockare vid intolerans) 		
NYHA I	NYHA II	NYHA III	NYHA IV

Betablockerare

- Tillsammans med ACE-hämmare/ARB förstahandspreparat vid HFrEF (NYHA II-IV samt NYHA I hos patienter med genomgången hjärtinfarkt).
- Upptitrering av för hjärtsvikt dokumenterade preparat (bisoprolol, metoprolol, karvedilol) enligt schema till måldos.
- Dosökningen måste ske långsamt och ofta sker en viss försämring initialt och vid dosökning.
- Förbättringen kommer successivt över månader. Vid tilltagande svikt under pågående betablockerarbehandling skall denna i de flesta fall behållas medan annan terapi påbörjas.
- Initieras i vanliga fall om inte arytmier eller hjärtinfarkt föreligger när man uppnått ungefär hälften av måldosen av ACE-hämmare/ARB.

Risker att beakta: Symtom givande bradykardi (tag EKG!), hypotoni, obstruktiv luftvägssjukdom. OBS! betablockare ges ej vid akut hjärtsvikt.

Läkemedel	Startdos (mg)	Dos steg (mg)	Måldos (mg)
Bisoprolol	1,25 x 1	2,5–3,75-5-7,5–10 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 symtom givande hypotension och bradykardi. Atenolol bör inte väljas vid hjärtsvikt. Patienter som står på atenolol ska föras över till något av ovanstående preparat.

ACE-hämmare

- Tillsammans med betablockerare förstahandspreparat vid HFrEF (NYHA I-IV).
- Vid ACE- hämmarintolerans bör byte till ARB (angiotensinreceptorblockare) göras.

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

Läkemedel vid risk för eller vid tecken på intorkning.

Om kreatinin ökar >30% alternativt till >200 mmol/l bör man minska ACE-hämmardosen och/eller minska diuretikadosen, kontrollera patientens dehydreringsgrad samt noggrant följa njurfunktionen. Kaliumstegring till 5,6 mmol/l kan accepteras.

Vid en större kreatinin ökning rekommenderas halvering av dosen ACE-hämmare men ny kontroll inom 1–2 veckor. Om kalium stiger över 5,6 eller kreatinin ökar > 100 % eller > 310 mmol/l ska behandlingen med ACE-hämmare avbrytas och utredning av orsaken påbörjas.

Exempel på ACE-hämmare:

Läkemedel	Startdos (mg)	Måldos (mg)
Ramipril	1,25 – 2,5 x1	10 x 1
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.

ARB – Angiotensinreceptorblockare

- ARB kan ges som förstahandspreparat om ACE-hämmare inte tolereras.
- Är enligt ESC guidelines inte längre aktuellt som tilläggsbehandling till ACE-hämmare på grund av stor risk för njurpåverkan.

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)	Måldos (mg)
Kandesartan	4 – 8 x 1	32 x 1
Losartan	50 x 1	100 – 150 x 1
Valsartan	40 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 - Mineralkortikoidantagonister

- Tilläggsbehandling vid kvarstående hjärtsviktssymtom (NYHA II-IV).
- Eplerenon som är mer selektiv ges som ersättning för spironolakton vid gynekomastibiverkan.
- Ska ges som tillägg till ACE-hämmare/ARB och betablockad till i första hand patienter som har en ischemisk genes till hjärtsvikt.
- Kontroll av elstatus 3–4 ggr/år rekommenderas.

Risker att beakta: Kreatinin stegring och hyperkalemi. Dosjustering/tillfällig utsättning vid tillstånd som ger uttorkning. NSAID avrådes.

OBS! vid kombinationsbehandling med ACE-hämmare/ARB är det extra stor risk för kreatinin stegring/hyperkalemi.

Läkemedel	Startdos (mg)	Måldos (mg)
Spironolakton	12,5 – 25 x 1	25 – 50 x 1
Eplerenon	25 x 1	50 x 1

Diuretika

- Loopdiuretika ordineras vid tecken på vätskeretention till patienter med lätt till svår hjärtsvikt (NYHA II-IV).
- Oftast iv vid dekompenenserad hjärtsvikt.
- Eventuellt som vid behovsbehandling vid stabil hjärtsvikt

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
------------	-----	--------

ARNI (Angiotensinreceptorblockare + Neprilysininhibitor)

En ny behandling för hjärtsvikt är ett läkemedel som verkar genom samtidig hämning av neprilysin (N) och angiotensinreceptorn (AR). Det preparat som finns på marknaden nu heter Entresto och består av valsartan (ARB) och sakubitriil (NI).

ARNI rekommenderas ersätta ACE-hämmare hos hjärtsviktspatienter med sänkt ejektionsfraktion (HFrEF) då upptitrerad behandling med ACE-hämmare(eller ARB), betablockad och Mineralkortikoidantagonist föreligger men symtom ändå kvarstår.

Entresto är föremål för nationellt ordnat införande med landstingsgemensamt införandeprotokoll och rekommendation från Nya terapirådet (NT-rådet). Förskrivning av Entresto bör i nuläget ske av läkare inom kardiologi eller internmedicin kopplade till sviktmottagning. Samtliga patienter som behandlas med Entresto skall registreras och följas upp i kvalitetsregistret RiksSvikt. NYHA-klass samt ejektionsfraktion ska registreras.

Risker att beakta: Kreatinin stegring, hyperkalemi, hypotoni. Dosjustering/tillfällig utsättning vid tillstånd som ger uttorkning. NSAID avrådes. P.g.a. 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)	Dos steg(mg)	Måldos (mg)
Entresto	24/26 x 2	49/51 x 2	97/103 x 2
Patienter som sätts in på Entresto ska följas upp via RiksSvikt-registret.			

Digitalis

Kan användas vid HFrEF vid otillräcklig effekt av ovan nämnda preparat, särskilt vid förmaksflimmer/-fladder. Serumkoncentrationen bör följas upp när behandlingen stabiliserats. Provet tas före ny dos. Behandlingen bör fortlöpande omprövas. Eftersträva s-nivå <1,1 mmol/l med maxnivå 1,4 mmol/l.

Risker att beakta: Njursvikt och symtom givande bradykardi.

Nitrater

Vid uttalad dyspné kan tilläggsbehandling med nitrater övervägas särskilt vid ischemisk hjärtsjukdom (låg evidensgrad).

Risker att beakta: Hypotoni

Ivabradin

En sinusnods-hämmare, utför selektiv sänkning av hjärtfrekvensen. För patienter med sinusrytm (>75 slag/min), EF <35% samt persisterande symtom trots full dos 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 CHA2DS2VASc-score.

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

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 %.
- Endast behandling med Ferinject intravenöst har dokumenterad effekt.
- Järn ges intravenöst baserat på kroppsvikt (se FASS) och Ferritin tas om cirka 2 månader efter given behandling, därefter ca 1 – 2 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

CRT står för cardiac resynchronization therapy. Det finns som 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.
- Symtom trots adekvat behandling med ACE/ARB, betablockerare och MRA eller intolerans mot dessa.
- QRS-bredd >130 m.s. med vänstergrenblocksutseende.
- EF <35%.
- CRT har större nytta om sinusrytm föreligger.
- ICD (Implanted Cardioverter Defibrillator)
- *När ICD kombineras med CRT i samma enhet kallas det CRT-D.*
- ICD behandling är livsuppehållande och leder till stor risk för upprepade defibrilleringar vid ventrikulära arytmier under hjärtsviktspatienternas döende.

Pacemaker ICD och implanterbar Loop-Recorder.

När man fattar beslut om "0 HLR" eller övergår i rent palliativ vård skall ansvarig läkare fatta beslut om avstängning av ICD:ns takykarditerapier. Beslutet skall fattas i samråd med patienten och patientens beslut är det slutliga. Om patienten är besluts oförmögen fattar ansvarig läkare beslut och samråder/informerar närstående. Beslutet skall dokumenteras i daganteckning i journalen. Avstängning av ICD sköts av läkare med kompetens eller pacemakersköterska/biomedicinskanalytiker (BMA). Kontakta hjärtmottagningen eller kardiologbakjouren. För patienter som vårdas utanför Falu lasarett: kontakta hjärtbakjouren för att finna bästa lösningen i varje enskilt fall.

Behandling av diabetes typ 2 vid samtidig hjärtsvikt

I en nyligen publicerad randomiserad studie, DAPA-HF, fick patienter som hade hjärtsvikt med samtidig diabetes typ 2, mindre sammantagen risk för kardiovaskulär död eller försämring i sin hjärtsvikt om de behandlades med diabetesläkemedlet (dapagliflozin) tillhörande gruppen SGLT2 hämmare jämfört med placebo. Det finns liknande positiva vetenskapliga data från tidigare studier, om de andra preparaten i samma grupp, Kanagliflozin och empagliflozin.

Vid uppdatering av detta vårdprogram är nationella riktlinjer inte uppdaterade vad gäller förskrivning av dapagliflozin till hjärtsviktpatienter utan diabetes. Det finns dock tillräckligt med vetenskaplig grund för att patienter med hjärtsvikt och samtidig diabetes typ 2 utan kontraindikationer kan erbjudas behandling med dapagliflozin eller empagliflozin enligt samma principer som gäller vid diabetes typ 2.

Andra speciella åtgärder inom slutenvården

- Vitierelaterad hjärtsvikt ska bedömas av hjärtspecialist inför ev. klaffoperation.
- Revaskularisering med PCI (ballongvidgning) eller CABG (bypass-operation) kan bli aktuellt vid ischemisk genes. Patienter med hjärtsvikt och ischemisk hjärtsjukdom med kvarstående icke signifikant stenosis i sina kranskärl bör skötas via slutenvården.
- Intravenös behandling med levosimendan (Simdax). Tillgängliga studier visar ingen överlevnadsvinst, dock symtomlindring.
- Hjärtr transplantation, vid uttalad nedsättning av vänsterkammarfunktionen (NYHA-klass IV).

Hjärtsvikt med bevarad ejektionsfraktion (HFpEF)

Definition

- HFpEF (diastolisk hjärtsvikt) innebär att kamrarnas fyllnadsförmåga är störd vilket kan ge symptom trots bevarad systolisk funktion (definierad som väsentligen normal uppmätt ejektionsfraktion vid ekokardiografi).
- Orsaker till HFpEF kan vara hypertoni, diabetes, ischemisk hjärtsjukdom, förmaksflimmer och ålder. Lungsjukdom och anemi bör alltid uteslutas.

Symtom

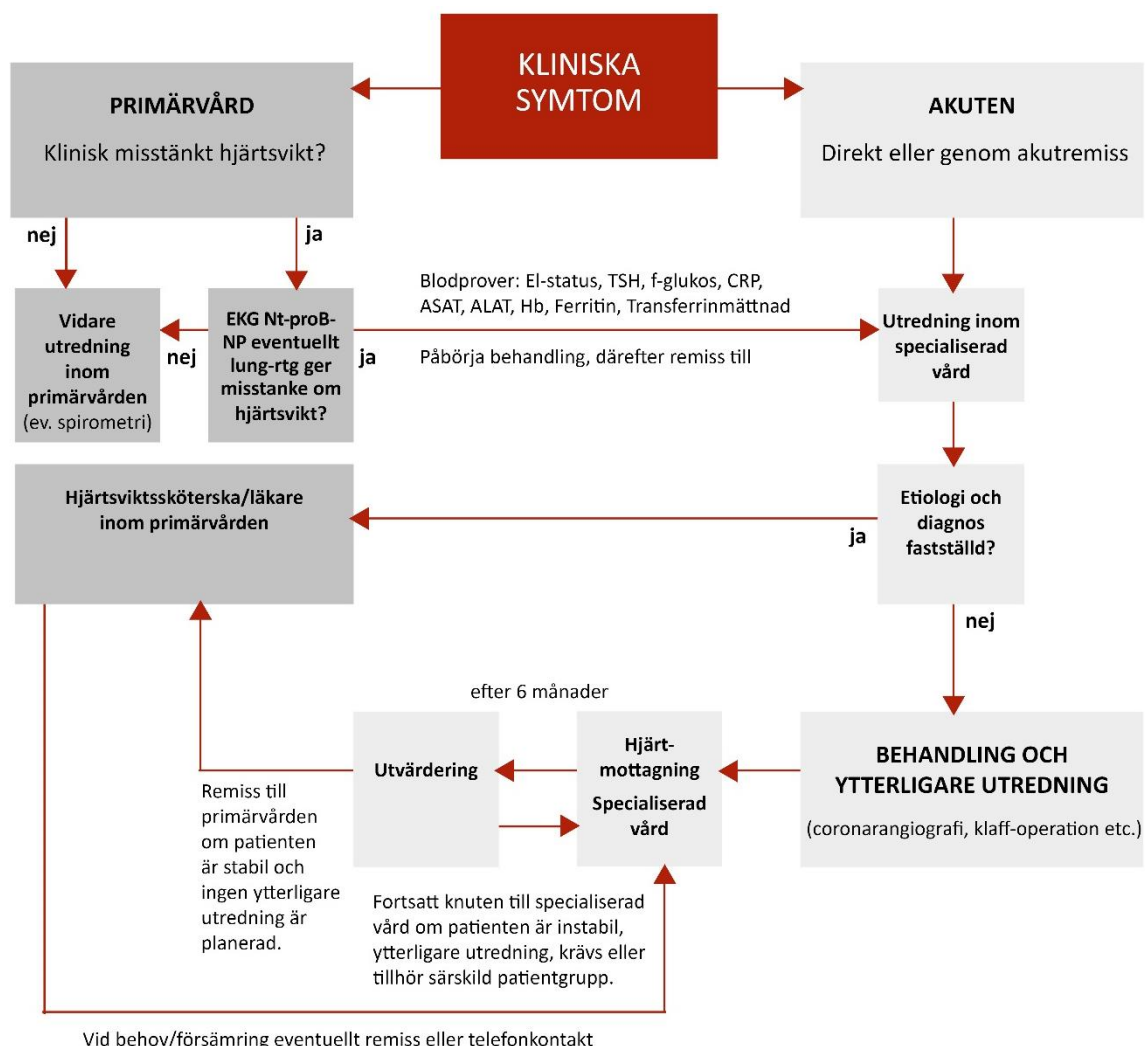
- Huvudsymtomet är ofta ansträngningsutlöst dyspné eftersom hjärtfrekvensen då ökas samtidigt som diastole (fyllnadsfasen av kamrarna) är kortare.

Behandling

- Prognosen för patienter med diastolisk hjärtsvikt är försämrade. Ännu har ingen behandling på övertygande sätt visat sig minska symptom eller förbättra prognosen. Diuretika kan användas vid vätskeretention och det rekommenderas en optimal behandling av den grundläggande sjukdomen (se ovan).

Övrigt att beakta

Avhållsamhet från NSAID.



Icke farmakologisk behandling

Den icke farmakologiska behandlingen vid hjärtsvikt är av stor betydelse för att öka välbefinnande för patienten, öka följsamhet till behandling och egenvård samt minska risken för försämring och inläggning på sjukhus. Patienten, 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.

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 patienten och närstående är avgörande för patientens livskvalitet. Beakta barnperspektivet om det finns barn under 18 år i familjen.

[1177 Vårdguiden anq. barnperspektivet.](#)

Använd RiksSvikt 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 för hjärtsviktspatienten med framförallt nyupptäckt hjärtsvikt har i studier visat mycket positiva effekter vad gäller bland annat följsamhet. Hjärtsviktsskola kan vara olika uppbyggt men 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 gärna 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. Kreatinin värdet kan stiga vid ökad njurpåverkan, därför är det viktigt att kontrollera det regelbundet (läkar- eller sviktsjuksköterskeordination) 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 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 pga. 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 l 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, bl.a. 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. Naturliga 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 **naturliga** 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.

Drick mindre och/eller öka den vätskedrivande medicinen enligt ordination.

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 symtom på förvärrad hjärtsvikt men kan även vara en biverkan av vissa mediciner.

Vid cyanos och/eller tilltagande andningsbesvär kontrollera blodtryck, puls, syresättning.

EKG vid arytmi-susstanke. 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

Res 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 också vara av stort värde - se sid 21.

Ibland kan stämningshöjande eller antidepressiv medicinering vara till hjälp.

Rekommendera fysisk aktivitet – se sid 20.

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.

Åtgärd

Vid torrhet i munnen skölj ofta med kallt vatten eller ge patienten isbitar att suga på.

Använd citron, lime eller apelsin för att öka salivproduktionen.

Apoteket har en hel del produkter mot torrhet i munnen.

Undvik söta drycker som ökar törsten och saltrika drycker som mineralvatten.

Var noggrann med tandhygien då risken för karies ökar.

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.

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 diuretika behandling. 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 ev. 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 symtom 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 20.

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 minskar belastningen på hjärtat och därmed andnöden. Anpassad säng med höj- och sänkbar huvudända kan fås via arbetsterapeut.

Täta urinrängningar kan störa nattsömnen, tänk på att inte ta diuretikadosen för sent på dagen.

Vid andningsuppehåll (sömnapné) kan remiss behövas till sömnlabb 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, 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 utmätas. 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 nutritionsbedömning och nutritionsstatus.

Individuell rådgivning utifrån nutritionsbedömningen (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. Patienten bör äta frukost, lunch och middag varje dag och kalorinålt 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 att

- 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, ansträngningskattning 12–17 enligt Borgs Rating of Perceived Exertion (RPE)-skala, t.ex. promenader, cykling, motionsgymnastik och vattengymnastik. Skattning av andfäddhet enligt Category Ratio (CR)-10 skala kan också användas vid konditionsträning av kroniska hjärtsviktspatienter. Träningen bör vara 30–60 minuter per tillfälle, 3–5 ggr 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, ansträngningskattning av 13–15 (RPE-skalan) i muskeln, 2–3 ggr 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 2–4 veckor, men även under denna period kan aktiviteter i kortare intervall bedrivas med vila emellan. Vid tveksamhet skall samråd ske med ansvarig läkare.

Arbetsterapi

Arbetsterapeut kopplas in vid nedsatt förmåga att klara vardagen (inträffar ofta redan vid NYHA II). Arbetsterapeuten 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.

Arbetsterapeuter finns i primärvård, specialiserad vård och kommun.

Arbetsterapeuterna på de olika nivåerna samarbetar vid byte av vårdnivå.

[Bilaga 4 Energibesparande arbetssätt Dalarna](#)

[Bilaga 5 Arbetsterapiprogram hjärtsvikt](#)

Kuratorsstöd/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. Kurators 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
- ångest- och/eller depressionsproblematik.

UPPFÖLJNING**Vårdnivå *specialistmottagning och/eller primärvård.***

Individuell uppföljning i samarbete primärvård och specialistvård

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. För yngre patienter (< 75 år) kan man ha nytta av att följa natriuretisk peptid (NT proBNP) för styrning av behandling emot lägre värden. 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.

Vid återbesök för hjärtsviktspatient:

- Vid nyupptäckt hjärtsvikt eller inläggning pga försämrad hjärtsvikt: återbesök efter 2 veckor till sjuksköterska eller läkare. Därefter individualiserat men åtminstone återbesök 1 gång/år.
- Kontroll av kliniska symtom (NYHA-klassificering, vikt, angina, stäckecken m.m.)
- EKG, blodtryck (liggande och stående vid misstanke om ortostatism)
- Blodprover: NT-proBNP, elstatus (Na, K, Krea), blodstatus, Ferritin och transferrinmättnad (årligen). ASAT och ALAT om tidigare förekomst av leverpåverkan.
- Genomgång av läkemedelslistan. Behov av upptitrering/förändringar?
- Kontrollera blödningsbenägenhet om 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

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 som pekar framåt i tiden.

www.vardhandboken.se

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 läkare/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, bl.a. 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)
- 2–3 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 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 v.b.
- 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

T Morfin 10 mg – 0,5-1 tabl v.b.

T Oxykodon 5mg 1 vb effekt ses efter ca 30 min och sitter i 4-5 timmar.

Inj. Morfin 10 mg/ml 0,25-0,5 ml (2,5-5 mg) sc v.b. Effekt ses efter ca 15 min och sitter i 4-5 timmar.

Opioidtoleranta patienter behöver vid behovs doser motsvarande ca 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.

T Oxascand 5-10 mg vb effekt ses efter ca 30 min och sitter i 4-5 timmar

Inj Midazolam 5 mg/ml 0,5-1ml (2,5-5mg) sc vb effekt ses efter ca 5 min och sitter i ca 30 min

Inj Midazolam 5 mg/ml 0,5-1ml (2,5-5mg) buccalt/oralt vb (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, 20-1000mg/dygn (större doser vid njursvikt). Kontinuerlig iv infusion ("Furixdropp") är effektivt och tolereras ofta bättre än intermittenta injektioner fram för allt hos hypotensiva (systoliskt blodtryck < 100mmHg). Furix kan även ges subkutant som intermittenta injektioner.

Behandlingsförslag:

T. Furix 40-80mg x 1-2 v.b.
Om tablett Furix inte fungerar (ofta dåligt upptag r/t tarmödem) ge Inj Furix 10mg/ml 2-8ml iv x 1-2.
Om otillräcklig effekt prova samma dygnsdos som kontinuerlig iv infusion. Vanlig dos är 10-20-(40)mg/tim.
Prova att dosminska vid god effekt, ibland behövs långtidsbehandling (månader)
Om långtidsbehandling behövs en central infart – PICCline, SVP alt CVK. Spec. palliativa team har tillgång till läkemedelspumpar och kan handrätta med dessa alt. ansluta pat om infusionsbehandling i hemmet blir aktuell.

Om loopdiuretika inte räcker. Prova tillägg med:

T. Metalozon 5mg 1x1 i tre till fem dagar initialt –
OBS! Kontrollera s-Krea och s-Na, s-K. Vanlig underhållsdos 1 tablett 2 till 3 ggr/vecka.
T. 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 mm

Farmakologisk behandling:

Skiljer sig i princip inte från behandling enligt WHO's smärtrappa.

- 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, Oxykodon, Fentanylplåster och Buprenorfinplåster (Norspan®).
Välj plåster vid sväljningssvårigheter och/eller vid osäkert upptag från GI-kanalen relaterat till tarmödem.

Vanliga startdoser:

Dolcontin 5-10mgx2 (välj den lägre dosen till äldre pat)

Oxykodon Depot 5mgx2.

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

Fentanyl – olämpligt som startpreparat till opioidnaiv patient då lägsta plåsterstyrkan motsvarar ca 30-40mg Morfin po/dygn. Om angeläget går dock det svagaste plåstret (12ug/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 Oxykodon Depot. Värt att veta är att både Fentanyl och Oxykodon elimineras via njuren men saknar aktiva metaboliter jämfört med Morfin. Således ”start low, go slow” är som alltid en bra grundregel.

Vid grav njursvikt

T Ketogan 5mg 1 vb Inj Ketogan 5mg/ml 0,5-1ml (2,5-5mg) sc vb
Nackdel – saknas depotberedning

OBS! Ovanstående om njursvikt gäller endast om överlevnadsprognos är några månader. Om pat är i livets sista dagar är det helt ok att ordinera inj Morfin 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 po)

Patienter med anginasvärta bör ges Nitroglycerinpreparat + Morfin.

Neuropatisk värta:

Amitriptylin/Saroten® 10-50 mg/dygn tn eller 2 ggr 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 tabl) och kortverkande (Palexia tab). Startdos är 50 mg x 2.

Kom ihåg att utvärdera din behandling! Om du inte når smärtkontroll kontakta palliativmedicinare eller smärtspecialist för konsult, 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, beaktat biverkningar (ffa hjärtrytmrubbningar och hypertension).

Mirtazapin 15-45 mg tn ffa patienter som förutom depression även har problem med oro/ångest, illamående/dålig aptit/viktnedgång samt sömnsvårigheter.

Fatigue

- Prevalens 50-96% hos hjärtsviktpatienter
- 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 3-4mg dagl i 5-7 dagar) kan prövas. Effekt ses redan efter 2-3 dagar och varar i ca 4 veckor, kuren kan ev upprepas.
 - Kortikosteroider är speciellt användbara för symtom lindring i end-of-life. Vid längre överlevnadsprognos är det mindre användbara pga risk för biverkningar.

Anorexi och kakexi

Kardiell kakexi definieras som >6.0% viktnedgång på 6 mån (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, v.g. 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, alt Flukonazol.
- Gastrit/reflux ->PPI.
- Nedsatt tarmmotorik (förstoppningstendens, tarmparalys) -> Primperan.
Börja med T.Primperan 10mg x3.
Om tarmödem kan inj 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 po eller 1-2mg sc 1-2 ggr/dygn.
- Vid förstoppning -> laxera! se nästa avsnitt.
- Morfininducerat illamående (särskilt vid nyinsättande) -> tab Postafen 25 mgx2. (Kan sättas ut efter 3-7 dagar).
- Vestibulärt illamående (kristallsjuka, lägesrelaterad illamående hos sängbunden pat) -> prova tabl Postafen 25mgx2, alt Scopoderm plåster.
- Ondansetron kan ge bra effekt mot uremisk illamående.

Förstoppning

- Kombination av Movicol+Cilaxoral alt Laktulos+Cilaxoral är bra.
- Ovanstående kan kompletteras med Paraffin emulsion 30 ml 2-3 ggr om dagen.
- Vid opioidinducerat förstoppning kan man pröva med tab Moventig 25 mgx1 alt inj Relistor 12 mg/0,6 ml sc 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

Vid brytpunktssamtal informeras patienten och närstående om vårdens ändrade inriktning från kurativ 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-lungräddning och frågan om önskad dödsplats bör tas upp vid brytpunktssamtal och ska dokumenteras. Bedömning om avstängning av ICD, se sidan 13.

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 palliativt team och konsultera.

Ny vårdplanering

När patienten försämras och närmar sig palliativt 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)

Länsgemensamt vårdprogram – hjärtsvikt Version 3. 2020-04-01

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** (vårdbegäran finns under Nytt-Blanketter-Vårdbegäran in och utskrivning i hemsjukvård i Take care).

Hjärtviktsmappen ska följa patienten och genomgåas 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 patient översikten (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 sex månader eller längre tid efter dödsfallet innan man deltar i en stödgrupp. Det är Landstinget 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 sällan är i behov av slutenvård.
- Initiering och upptitrering av behandling hos patienter med fastställd diagnos och okomplicerat förlopp.
- Läkaransvar för patienter som sköts av kommunal hemsjukvård (även i palliativt skede).

Specialistvård medicin/kardiologi

- Fortsatt utredning, diagnos och speciella åtgärder t ex CRT, ICD.
- Upptrappning av behandling vid nyupptäckt hjärtsvikt.
- Patienter med behov av upprepade inskrivningar (=instabil hjärtsvikt).
- Transplantationsfrågeställning, hjärtransplanterade.
- Klaffsjukdom, pulmonell hypertension.
- Taky- och bradyarytmier.
- Vid dåligt terapivar/svårinställd hjärtsviktsbehandling.
- Kraftigt nedsatt njurfunktion och/eller elektrolytrubbningar.

Hemsjukvård

- Hälso- 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 HJÄRTSVIKTPROCESSEN I DALARNA

Bergkvist Ann-Charlotte	Sjuksköterska/sektionsledare	Medicin Vårdavdelning Ludvika
Bertholdsson Maj-Britt	MAS/MAR	Ludvika kommun
Brouneus Susanne	Apotekare	Läkemedelsavdelningen
Charalampakis Georgios	Läkare	Medicin geriatrik & Rehabilitering Mora
Enblom, Helena	Sjuksköterska	Borlänge hemsjukvård
Hambraeus Kristina	Läkare/verksamhetschef	Kardiologen Falun
Henrichs Thomas	Läkare	Medicin Avesta
Karlström, Angelica	MAS/MAR	Smedjebackens kommun
Larsson Vanja	Arbetsterapeut	Arbetsterapi & kuratorsenheten Falun/Ludvika/Mora
Lissmyr, Sara	Läkare	Specialiserad palliativ vård Dalarna
Lyman Annki	Verksamhetsutvecklare	Akut Medicin geriatrik & rehabilitering Avesta
Nord Cecilia	Sammanställande, sjuksköterska	Kardiologen Falun
Nyberg Jenny	Avdelningschef	Medicinnottagningen Avesta
Ruchkina, Irina	Läkare	Specialiserad palliativ vård Dalarna
Simonen Anna-Karin	Sjuksköterska	Borlänge hemsjukvård
Skogh Fiona	Informationsläkare	Landstinget Dalarna
Storius Anette	Arbetsterapeut	Mora kommun
Sulaiman Ferhad	Läkare	Kardiologen Falun
Sundberg Therese	Sammanställande, Bitr avd chef	Kardiologen Falun
Söderkvist, Elin	Fysioterapeut	Fysioterapi & dietistverksamhet Falun
Östensson Sofie	Specialistsjuksköterska	Sälens VC

REFERENSER

[Läkemedelsboken, hjärtsvikt](#)

[ESC-guidelines](#)

[1177.se](#)

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

[RiksSvikt](#)

[FYSS \(2017\) – Fysisk aktivitet vid kronisk hjärtsvikt](#)