

## Regional medicinsk riktlinje

# Hjärtsvikt – Personcentrerat och Sammanhållet Vårdförlopp – Nydebuterad

## Innehållsförteckning

Syfte .....	2
Huvudbudskap .....	2
Vårdnivå och samverkan.....	2
Bakgrund .....	3
Indikatorer och målvärden .....	3
Utredning .....	5
Behandling .....	7
Remissrutiner .....	9
Klinisk uppföljning.....	11
Patientmedverkan och kommunikation .....	12
För vårdgivare .....	13
Referenser .....	13

# Syfte

Syftet med Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp (PSV) nydebuterad hjärtsvikt är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården, och patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling.

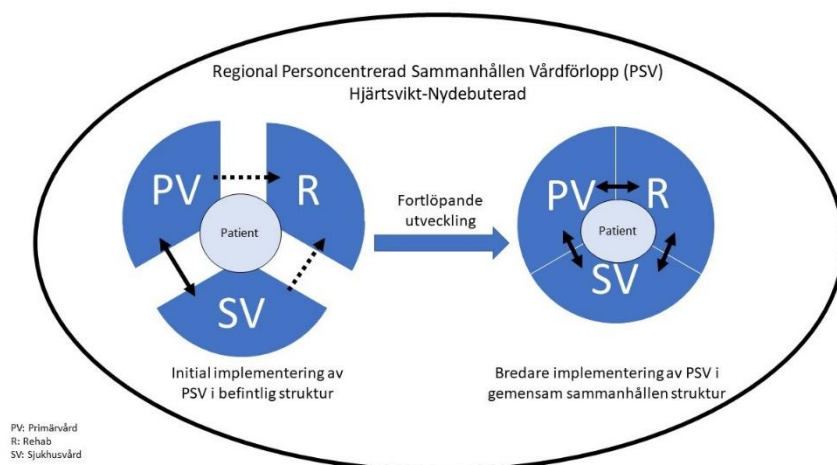
## Huvudbudskap

Hjärtsvikt är ett allvarligt och vanligt tillstånd. I nuläget finns omotiverade skillnader mellan patientgrupper med hjärtsvikt så som tillgång till ekokardiografiundersökning av hjärtat, tillgång till hjärtsviktsmottagningar, hur snabbt den rekommenderade grundläggande läkemedelsbehandlingen ges, tillgång till fysioterapeutledd fysisk träning inom hjärtrehabilitering, samt ställningstagandet till andra linjens behandling. Exempel på patientgrupper som missgynnas i nuläget är kvinnor, arbetslösa och äldre.

PSV nydebuterad hjärtsvikt börjar vid välgrundad misstanke om hjärtsvikt eller där man redan konstaterat diagnosen nydebuterad hjärtsvikt, och sträcker sig som fram till och med ställningstagandet till andra linjens behandling. Fokus ligger på de åtgärder som har starkast rekommendation och där skillnaderna är störst. Den övergripande målsättningen med PSV nydebuterad hjärtsvikt är att förbättra överlevnad, symtomatisk lindring, fysisk kapacitet och livskvalitet hos personer med hjärtsvikt. Syftet är även att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården samt att minska behovet av sjukhusinläggningar.

## Vårdnivå och samverkan

Vårdförloppen ska kunna omfatta en större del av vårdkedjan, inklusive tidig upptäckt, utredning, behandling, uppföljning och rehabilitering. De olika delarna av vårdsystemet samverkar med varandra utifrån en gemensam målsättning grundad i såväl det som patienten anser viktigast och det som har bäst vetenskapligt stöd (Figur 1). Det multiprofessionella teamet (läkare, hjärtsviktssköterska och fysioterapeut) nära patienten utgör grunden för hjärtsviktsvården.



Figur 1

Primärvården är ofta den första vårdkontakten och därför är det viktigt att PSV nydebuterad hjärtsvikt verkligen når ut till primärvårdens enheter. De enskilda enheterna är ofta små med begränsade resurser att på egen hand implementera PSV nydebuterad hjärtsvikt. Som stöd vid införandet finns därför i VGR funktionen regionalt processtöd för implementering av PSV i primärvården (PRIMP) och där PSV hjärtsvikt nydebuterad är bara ett av många på väg in varför horisontella prioritering i primärvården organisatoriskt för regional kunskapsstyrning är nödvändiga.

## Bakgrund

PSV nydebuterad hjärtsvikt är ett godkänt vårdförlopp på nationell nivå (godkänt av Styrgruppen för Nationellt system för kunskapsstyrning den 2021-02-24).

Varje år insjuknar drygt 6 400 personer i VGR med nyupptäckt hjärtsvikt och vårdförloppet är tillämpligt för majoriteten av dem. Ett fokus i PSV nydebuterad hjärtsvikt är att göra rätt från start vid nyupptäckt hjärtsvikt. Den övergripande målsättningen med vårdförloppet är att, genom tidig diagnos, tidigt insatt behandling och tidig uppföljning, förbättra överlevnad, symtomlindring, fysisk kapacitet och livskvalitet hos personer med hjärtsvikt.

## Indikatorer och målvärden

Vid välgrundad misstanke om hjärtsvikt ska koden PSVHJS användas för registrering av patienten i administrativa system. Avslutningskoden PSVHJSA ska endast användas när patienten utgår ur vårdförloppet. Samtliga indikatorer gäller endast sjukhusvård fränsett ledtiden till hjärteko som är gemensam indikator för primärvården och sjukhus.

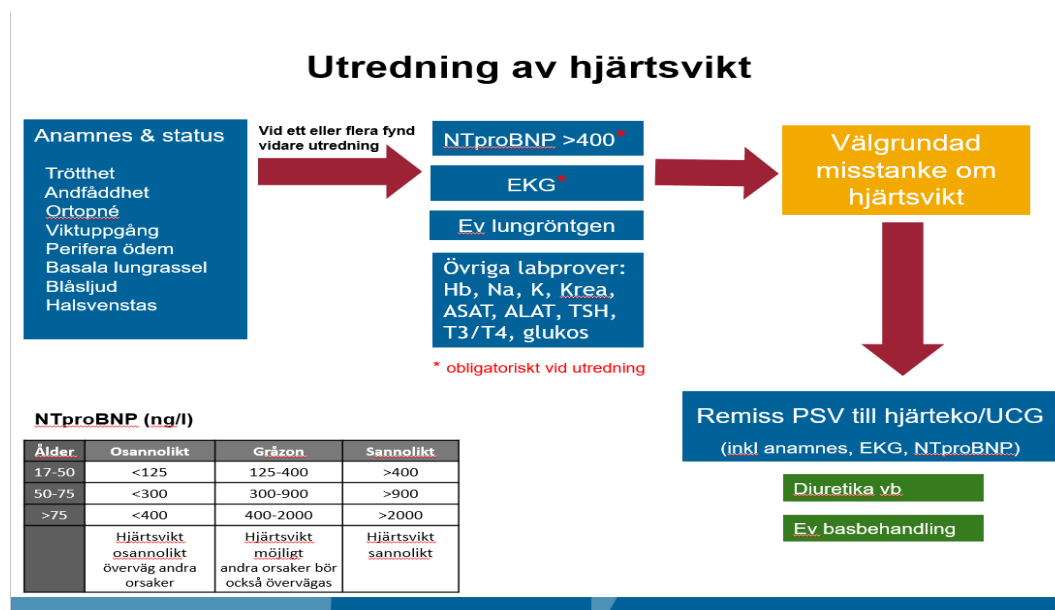
Indikator	Mål	Mätning	Monitorering inom VGR
Andel remisser för ekokardiografi vid välgrundad misstanke om nydebuterad hjärtsvikt till fastställd diagnos inom 30 dagar	2022: 60 % 2023: 80 % 2024: 90 %	Löpande	Elvis-PSV nydebuterad hjärtsvikt  ICD I50.1A, I50.1B I50.1C  KVÅ AF021 Ekokardiografi  SECTRA: 920000 och 920065
Andel patienter med hjärtsvikt med reducerad ejektionsfraktion (EF) $\leq 40$ % (HFrEF) som genomfört minst ett uppföljningsbesök på Teambaserad Hjärtsviktsmottagning (TBH) inom 30 dagar från diagnos	2022: 60 % 2023: 80 % 2024: 90 %	Löpande	ICD I50.1A  Elvis -TBH  KVÅ DT-003 insättning och utprovning av läkemedel
Andel patienter med LVEF $\leq 40$ % (HFrEF) som hämtat ut recept på MRA (mineralkortikoidreceptorantagonist, aldosteronhämmare) inom 120 dagar från diagnos	2022: 50 % 2023: 60 % 2024: 70 %	Löpande	ICD I50.1A  ATC kod
Andel patienter med LVEF $< 50$ % (HFrEF och HFmrEF) som genomfört ett individuellt besök till fysioterapeut inom specialiserad hjärtrehabilitering inom 90 dagar för bedömning med pre-exercise screening, inkluderat test av fysisk kapacitet och förskrivning av individuellt anpassat träningsprogram inom hjärtrehabilitering	2022: 30 % 2023: 60 % 2024: 80 %	Löpande	ICD I50.1A, I50.1B  Elvis - TBH  PD009 Bedömning av tolerans för fysisk ansträngning och uthållighet
Andel patienter med hjärtsvikt med LVEF $\leq 40$ % (HFrEF) som hämtat ut recept på ACEi/ARB/ARNI samt betablockerare och SGLT2 hämmare inom 120 dagar från diagnos	2022: 90 % 2023: 90 % 2024: 90 %	Löpande	ICD I50.1A  ATC-kod

Förkortningar: ACEi: angiotensinkonverterande enzymhämmare, ARB: Angiotensin II-receptorblockerare, MRA: Mineralkortikoid-receptorantagonist, ARNI: Angiotensin II receptorblockerare/Nepriylsinhämmare Natriumglukosamtransportör 2 (SGLT-2) hämmare, LVEF: vänsterkammar ejektionsfraktion.

## Utredning

Patienten söker vård med symtom eller kliniska fynd som inger misstanke om hjärtsvikt.

Första vårdinstans (primärvård, akutmottagning, vårdavdelning eller privat hjärtmottagning) påbörjar basal utredning. Vid ”välgrundad misstanke om hjärtsvikt” (ingångskriterium i PSV nydebuterad hjärtsvikt) skrivs remiss för ekokardiografi märkt med PSV.



Patienten bör erbjudas tid för ekokardiografiundersökning på klinisk fysiologisk klinik, medicin/hjärtmottagning eller hos privat aktör inom 30 dagar vid NT-pro-BNP 400-2000 ng/L, alternativt inom 14 dagar vid NT-pro-BNP > 2000 ng/L (Figur 2)

I väntan på svar ges diuretika efter behov. Vid stark misstanke om HFrEF bör inremitterande läkare överväga insättning av ACEi och/eller betablockerare.

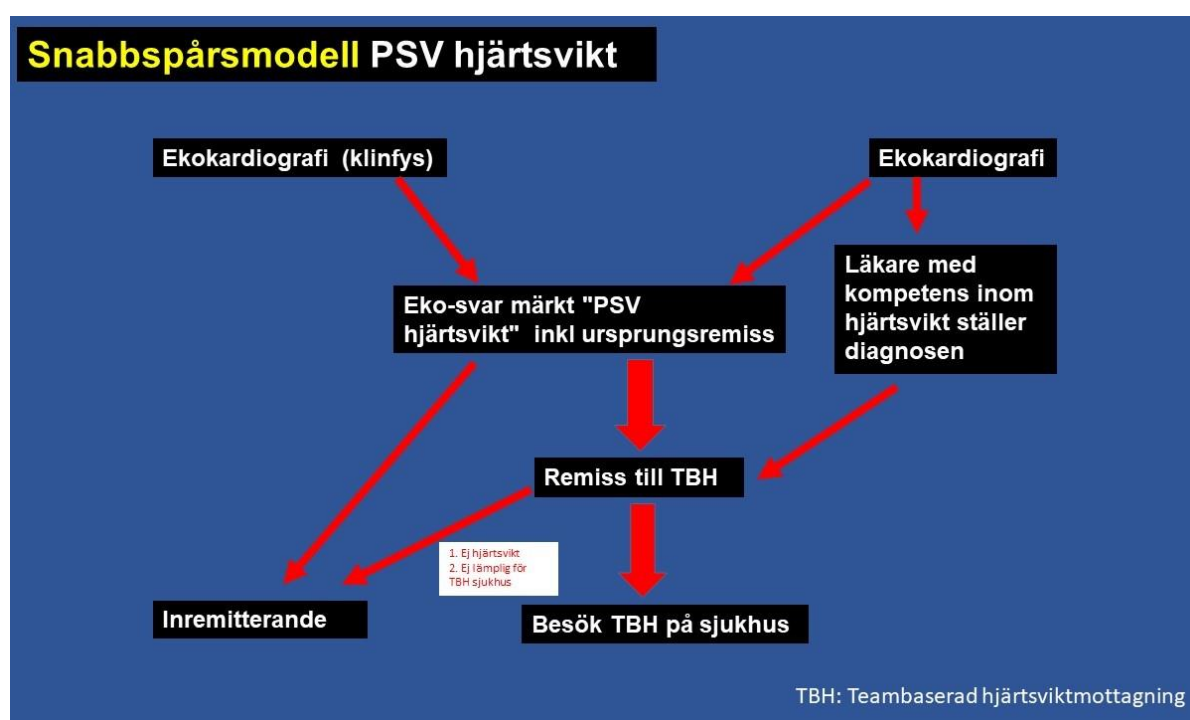
För att korta tiden från utförd ekokardiografiundersökning till insatt behandling handläggs patienten enligt en snabbspårmodell (Fig.3).

- Om ekokardiografiundersökning bekräftar hjärtsviktsdiagnosen skickas svaret tillsammans med ursprunglig PSV-remiss (samma remissinnehåll som till ekokardiografiundersökning) samma dag till teambaserad hjärtsviktsmottagning (TBH) på sjukhus där remissen bedöms snarast i enlighet med lokala rutiner och gäller samtliga patienter med nydebuterad hjärtsvikt. För detaljerad beskrivning om TBH läs under Klinisk uppföljning.
- Om ekokardiografiundersökningen bekräftar hjärtsviktsdiagnosen men patienten bedöms ändå inte behöva uppföljning via TBH på sjukhus så ska svar skickas åter till inremitterande. I remissvaret ska bedömning och förslag till eventuell utredning/behandling/uppföljning/fysioterapeutledd fysisk träning inom hjärtrehabilitering av hjärtsvikten finnas.
- Om ekokardiografiundersökning bekräftar hjärtsviktsdiagnosen men patienten bedöms inte vara lämplig för uppföljning via TBH på sjukhus skickas svar åter till inremitterande och PSV avslutas. I remissvaret ska bedömning och förslag till eventuell

utredning/behandling/uppföljning/fysioterapeutledd fysisk träning inom hjärtrehabilitering av hjärtsvikten finnas.

- Om ekokardiografiundersökning bekräftar hjärtsviktsdiagnosen där den evidensbaserad behandlingen vid vänsterkammarsvikt är osäker, olämplig eller i vissa fall till och med riskabel (signifikanta klafffel, renodlad högerkammarsvikt, hypertrof kardiomyopati, amyloidosis mm), är en snabb och adekvat handläggning motiverad, men dessa patienter ingår inte i PSV.
- Om ekokardiografiundersökning inte bekräftar hjärtsvikt skickas svaret åter till inremitterande och PSV avslutas.

Diagnos hjärtsvikt ställs av den kardiolog som utfört ekokardiografen alternativt av ansvarig läkare vid TBH på sjukhus. För ineliggande patienter ställs diagnosen av ansvarig kardiolog eller hjärtsviktkunniga läkare.



Figur 3

\* Om patienten inte bedöms lämpad för TBH eller inte önskar uppföljning via TBH bör remissvaret innehålla bedömning och förslag till behandling av hjärtsvikten.

Ingång i vårdförloppet sker ej om behandlande läkares bedömning eller patientens prioriteringar talar för att patienten inte kommer att få någon nytta av diagnos eller behandling. Detta ska i så fall vara transparent och dokumenterat.

# Behandling

## Första linjens läkemedelsbehandling

För samtliga hjärtsvikt med reducerat ejektionsfraktion (HFrEF), hjärtsvikt med lätt reducerad ejektionsfraktion (HFmrEF) och hjärtsvikt med bevarad ejektionsfraktion (HFpEF) , v.g. läs: [RMR Läkemedel Hjärtsvikt HFrEF \(vgregion.se\)](#), [RMR Läkemedel Hjärtsvikt – HFpEF \(vgregion.se\)](#) och [REKlistan \(vgregion.se\)](#).

Ibland uppstår oenighet mellan primär- och specialiserad vård vad gäller förskrivaransvaret för vissa läkemedel, framförallt Entresto. Arbete pågår med sikte på ordnad överföring av förskrivaransvaret så att även patienter med dessa mediciner kan skötas i primärvården.

## Individanpassad fysioterapeutledd fysisk träning inom hjärtrehabilitering

Samtliga patienter med hjärtsvikt i NYHA klass II-III bör som en del i sin behandling erbjudas pre-exercise screening följt av en omgång fysioterapeutledd fysisk träning inom hjärtrehabilitering. Pre-exercise screening innebär EKG-övervakat arbetsprov med test av aerob kapacitet och utvärdering av muskelfunktion. Pre-exercise screening utförs av fysioterapeut med erforderlig kompetens och baserat på resultatet förskrivs och utprovas fysisk träning inom hjärtrehabilitering. Fysisk träning inom hjärtrehabilitering innehåller pre-exercise screening och förskrivning av individuellt utprovat träningsprogram, om 24 tillfällen i gruppbaserad fysisk träning inom hjärtrehabilitering om minst 2 tillfällen / vecka, tillkommer gör hemträningsprogram och en avslutande individuell bedömning såsom vid pre-exercise screening, totalt 3–5 gånger/ vecka under 3–6 månader. En träningsperiod av hjärtrehabilitering prioriteras högre än allmänna råd om att öka den fysiska aktivitetsnivån och förskrivning av FAR. I Västra Götalandsregionen pågår det en separat process med att upprätta en regional rutin med syfte att beskriva tillämpning av fysioterapeutledd fysisk träning inom hjärtrehabilitering inom specialiserad öppenvård och primärvård med utgångspunkt från de nationella kunskapsunderlagen för kranskärslssjukdom och hjärtsvikt.

## Andra linjens hjärtsviktsbehandling

Om symtom och funktionsförmåga hos en patient som är inskriven i TBH inte förbättrats av första linjens behandling eller om den uppföljande ekokardiografiundersökningen (inom 180 dagar från hjärtsviktdiagnos) visar en oförändrad eller försämrade vänsterkammarfunktion, bör man överväga initiering av andra linjens behandling. Förvärrade symtom och försämrade funktionsförmåga hos utremitterad eller till primärvården överrapporterad patient bör föranleda övervägande av återremittering till TBH för ställningstagande till initiering av andra linjens behandling:

- vid kvarvarande symtom trots optimal första linjens behandling, EF  $\leq 35$  %, ställningstagande till inplanterbar hjärtstartare (implantable cardiac defibrillator, ICD)
- vid kvarvarande symtom trots optimal första linjens behandling, samt EF  $\leq 35$  %, samt 1) QRS vidd  $\geq 130$  millisekunder och LBBB, eller 2) QRS vidd  $\geq 150$  ms utan LBBB, eller 3) höggradig högerkammarpacing och konventionell pacemaker eller ICD, ställningstagande till sviktpacemaker (Cardiac Resynchronization Therapy med eller utan hjärtstartare, CRT-D eller CRT-P)
- vid kvarvarande symtom, samt EF  $\leq 40$  %, sinusrytm och vilopuls  $> 70$  bpm, lägg till selektiv sinusknutahämmare

Bortom ovanstående bör frågan om ännu mer avancerad behandling som hjärttransplantation eller mekaniska pumpar för lämpliga patienter finnas i åtanke.

## Remissrutiner

Remiss till ekokardiografi vid välgrundad misstanke om hjärtsvikt märkt med PSV (då Vårdförloppet börjar).

Obligatoriska remissuppgifter

- Anamnes och status
- Funktionsklass enligt NYHA
- EKG-fynd, aktuellt NTproBNP, elstatus,
- Övriga relevanta utförda utredningar
- Aktuell medicinering

Om ekokardiografi görs på klinisk fysiologi-klinik kommer kopia av ovanstående remiss samt utlåtande skickas vidare till TBH på sjukhus - så kallat snabbspår.

Remiss till TBH (team-baserad hjärtsviktmottagning) på sjukhus vid nydiagnostiserad hjärtsvikt utan tidigare misstanke, märkt med PSV.

Obligatoriska remissuppgifter vid remiss

- Anamnes och status
- Funktionsklass enligt NYHA
- EKG-fynd, aktuellt NTproBNP, elstatus, hb
- Fynd från ekokardiografi
- Övriga relevanta utförda utredningar
- Aktuell medicinering



## Utremiss från TBH på sjukhus till primärvård

När följande är uppnått bör utremittering ske

- Stabila patienter med optimal medicinsk behandling för hjärtsvikt
- Patienter utan behov för ytterligare utredning avseende hjärtsvikt
- Patienter som är bedömda avseende indikation för devicebehandling för hjärtsvikt.
- Patienter som är bedömda/har blivit erbjudna och tackat nej till bedömning av fysioterapeut inom hjärtrehabilitering.

## Obligatoriska remissuppgifter till primärvården

- Sammanfattande utredning och behandling enligt vårdplan
- Aktuell medicinsk behandling
- Plan för fortsatt behandling och uppföljning
- Information om pågående sjukskrivning, om aktuellt
- Kontaktuppgifter till TBH-teamet.

## Återremittering från Primärvården till TBH på sjukhus

Vid eventuell försämring i hjärtsviktssjukdomen ska patienten återremitteras till TBH på sjukhus för ställningstagande till tilläggsbehandling eller vidare utredning:

- Tilltagande symtom trots optimal behandling
- Svårreglerat förmaksflimmer eller annan arytmi som orsakar förvärrad hjärtsvikt
- Nyttillkommen QRS bredd  $> 130$  ms
- Kraftigt stigande NTproBNP eller EF  $\leq 40\%$  trots optimal behandling
- Övriga som kräver avancerad utredning/behandling (t ex betydande klafffel)

## Obligatoriska remissuppgifter vid åter-remiss från Primärvården till TBH på sjukhus

### Frågeställning

- Aktuellt status
- Funktionsklass enligt NYHA
- Undersökningsfynd inklusive aktuellt EKG fynd, aktuella provsvar inklusive NTproBNP, elstatus, Hb
- Övriga relevanta utförda utredningar
- Aktuell medicinering
- Information om pågående sjukskrivning, om aktuellt

# Klinisk uppföljning

## Teambaserad hjärtsviktmottagning (TBH)

Efter att hjärtsviktsdiagnosen ställts ansvarar vederbörande specialistläkare för att patienten remitteras till TBH. Denna mottagning bemannas av sjuksköterska, läkare och fysioterapeut med hjärtsviktsutbildning. Patient omhändertas i första hand på sjukhusbaserad TBH.

På TBH upprättas tillsammans med patienten en individualiserad plan för vidare utredning, behandling och uppföljning inklusive eventuell försäkringsmedicinsk bedömning och rekommendation vilken dokumenteras av ansvarig läkare. Patienten ska ges möjlighet att kommunicera på sitt förstaspråk och vid behov få skriftlig information i översatt form.

För samtliga patienter som får hjärtsviktsdiagnos ansvarar TBH för adekvat utredning av bakomliggande orsaker till hjärtsvikten och för bedömning hos fysioterapeut inom hjärtrehabilitering, för insättning och vid behov upptrerande av den första linjens läkemedelsbehandling. Undantagna är de patienter där uppföljning via TBH på sjukhus inte bedöms nödvändig eller lämplig.

Patienten ska utbildas om sin sjukdom och vara väl förtrogen med rutiner för egenvård och hur man hanterar en eventuell sjukdomsförsämring.

# Patientmedverkan och kommunikation

## Personcentrering och Patientkontrakt

Genom införandet av PSV för patienter med hjärtsvikt kommer patienternas autonomi och integritet förstärkas genom personsanpassat informationsmaterial tillsammans med patienten, Individuella vårdplan tillsammans med patienten och en egenvårdsplan tillsammans med patienten. För detaljer v.g. läs under uppföljning på TBH samt vårdplan nedan.

## Vårdplan för patienter med hjärtsvikt

Kontaktvägarna mellan patienten och vården respektive mellan olika vårdgivare ska vara kända och tydliga för alla inblandade. Kunskapen om hjärtsviktssjukdomen ska vara god hos personal på samtliga vårdnivåer. En vårdplan upprättas och uppdateras av personal och patient gemensamt. Vårdplanen skickas skriftligen till mottagande enhet tillsammans med remiss vid utremittering från sjukhus.

Obligatoriska uppgifter för vårdplan:  Startas för varje patient vid inskrivning i TBH och uppdateras kontinuerligt avseende delmål, mål och planerad åtgärder/utredningar).	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Huvuddiagnos och datum: HFrEF (ISO.1A), HFmrEF (ISO.1B), HFpEF (ISO.1C)</li> <li>Etiologi</li> <li>NYHA-Klass</li> <li>Första linjens behandling, motivering till ej uppnådd maximal måldos.</li> <li>Ställningstagande till andra linjens behandling som CRT, ICD, ivabradin)</li> <li>Återbesök till läkare/ Sjuksköterska</li> <li>Planerade undersökningar</li> <li>Information om pågående sjukskrivning, om aktuellt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Remiss till fysioterapeut inom hjärtrehabilitering</li> <li>Remiss till kurator</li> <li>Genomförd rådgivning</li> <li>Planering</li> <li>Indikation för återremittering till sjukhus</li> <li>Hälsohistoria</li> <li>Social bakgrund</li> <li>Livsstil</li> <li>Kommunikation</li> <li>Omvårdnadstatus</li> <li>Provtagning</li> <li>Välbefinnande</li> </ul>

## Sjukskrivning

I enlighet med de övergripande principerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd ska de försäkringsmedicinska bedömningarna göras (Socialstyrelsen).

## Utarbetad av

RPT Hjärtsvikt

## Referenser

[2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, escardio](#)

[Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Hjärtsvikt – nydebuterad](#)

[Så implementerar vi PSV i primärvården](#)

[RMR Hjärtsvikt vid bevarad systolisk funktion \(HFpEF\)](#)

[RMR Hjärtsvikt vid nedsatt systolisk funktion \(HFrEF och HFmrEF\)](#)

[REK-listan, Västra Götalandsregionen](#)

[Läkemedelsbehandling vid kronisk hjärtsvikt, Janusinfo](#)

Bilaga 1. Lathund för kodning av PSV-nydebuterad hjärtsvikt

Vad?	Hur?	När	Noteringar
Orsakskod	PSVHJS	Sätts av inremitterande eller vid remissbedömning av mottagaren när välgrundad misstanke om hjärtsvikt föreligger.	Detta utgör en startpunkt för inhämtande av information för att mäta kvaliteten.
	PSVHJSA UX350	Sätts av inremitterande eller vid remissbedömning av mottagaren när patienten utgår ur världsförloppet	Detta utgör en slutpunkt för inhämtande av information för att mäta kvaliteten.
Diagnoskoder	I50.1A (HFrEF) I50.1B (HFmrEF) I50.1C ( HFpEF)	Sätts i samband med att patienten erhåller diagnosen och vid uppföljande återbesök, gäller framför allt HFrEF och HFmrEF som kommer att följas upp avseende kvalitetsindikatorerna.	OBS: Vg se till att hjärtsvikt kodas riktigt, såväl I50.1 (A, B, C) som övriga diagnoskoder för hjärtsvikt (i50.0-9). Detta är för att kunna kvalitetsmonitorera rätt typ hjärtsvikt
Åtgärds-koder	AF021 Ultraljud hjärta	Sätts i samband med att diagnosen ställs och vid eventuellt uppföljande ultraljud	SECTRA: 920000 och 920065
	PD009	Bedömning av tolerans för fysisk ansträngning och uthållighet (sätts av fysioterapeut)	
	DT-003	Sätts i samband med besök till teambaserad hjärtsviktmottagning (TBH)	

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Regional medicinsk riktlinje, RMR

**Gäller för:** Västra Götalandsregionen

**Innehållsansvar:** Michael Fu, (micfu), Överläk/Professor

**Godkänd av:** Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

**Dokument-ID:** SSN12865-780821730-218

**Version:** 2.0

**Giltig från:** 2023-10-20

**Giltig till:** 2025-10-18