

Vårdprogram hjärtsvikt - Hälso- och sjukvården, Region Gävleborg

Innehåll

1.	Syfte och omfattning	2
2.	Allmänt	2
3.	Vårdprogram – grundläggande	3
3.1.	Vårdnivåer och samverkan	3
3.2.	Allmänt om hjärtsvikt	4
3.3.	Utredning	5
3.3.1.	Remittering för ekokardiografi	7
3.4.	Farmakologisk behandling	7
3.4.1.	Första linjens behandling vid HFrEF och HFmrEF	7
3.4.2.	Andra linjens behandling	8
3.4.3.	Behandling vid HFpEF	9
3.5.	Uppföljning	9
3.5.1.	Kontroll-ekokardiografi	9
3.5.2.	Första besök och återbesök	9
3.6.	Icke-farmakologisk behandling	10
3.6.1.	Grundläggande råd kring egenvård	11
3.6.2.	Fysisk träning	11
3.6.3.	Arbetsterapi	12
3.6.4.	Psykosocialt status	12
3.7.	Palliativ vård	13
4.	Vårdprogram – fördjupning	14
4.1.	Möjliga undersökningar vid utredning av hjärtsvikt	14
4.2.	Farmakologisk behandling	14
4.2.1.	HFrEF	14
4.2.2.	HFmrEF	17
4.2.3.	HFpEF	17
4.2.4.	Övrig farmakologisk behandling	17
4.2.5.	Att hantera konsekvenser av sviktbehandling	18
4.3.	Medicinteknisk behandling	18
4.4.	Fysioterapi	19
4.5.	Kuratorsstöd/samtalsbehandling	20
4.6.	Nutrition	20
5.	Plan för kommunikation och implementering	21
6.	Dokumentinformation	21
7.	Referenser	21

1. Syfte och omfattning

Vårdprogram hjärtsvikt är framtaget av en tvärprofessionell arbetsgrupp och avser täcka hela patientens sjukdomstid. Vårdprogrammet vänder sig till all personal som vårdar personer med hjärtsvikt i så väl öppen- som slutenvård och kommunal vård och syftar till att höja kvalitet och likvärdighet i regionens hjärtsviktsvård.

För riktlinjer vid akut omhändertagande hänvisas till [Region Uppsalas rutin för akut hjärtsjukvård](#), alternativt [Region Stockholms kunskapsstöd för vårdgivare](#).

2. Allmänt

I mars 2021 publicerades ett [Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för nydebuterad hjärtsvikt](#), som ett led i det nationella arbetet med kunskapsstyrning. Region Gävleborgs vårdprogram utgår från detta vårdförlopp och redogör för de lokala anpassningar som finns.

Det nationella vårdförloppet kommer att uppdateras under 2024, och beräknas då kunna ersätta stora delar av detta vårdprogram via Nationellt kliniskt kunskapsstöd.

I det nationella vårdförloppet lyfts följande åtgärdsområden för att hjärtsviktsvårdens kvalitet ska höjas:

- tiden till första ekokardiografiundersökning kortas
- tiden till optimal behandling kortas
- andelen patienter som behandlas vid hjärtsviktsmottagningar ökar
- andelen patienter som får ett individuellt besök hos fysioterapeut i enlighet med vårdförloppet ökar
- andelen patienter som erhåller adekvat behandling ökar.

Dessa områden har fungerat som riktmärken vid revidering.

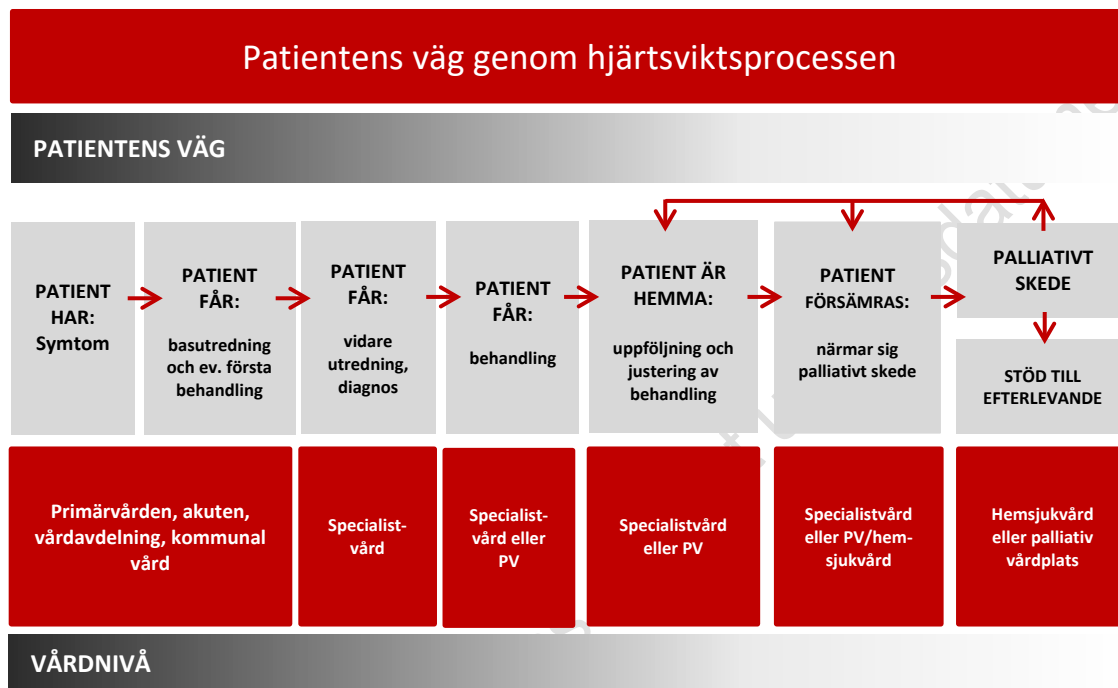
[ESC Guidelines för hjärtsvikt](#) kom 2021, med en [fokusuppdatering 2023](#), och dessa har också legat till grund för vårdprogrammet.

Vårdprogrammet är uppdelat i två delar:

- **GRUNDLÄGGANDE** sidan 3-13
Berör all vårdpersonal som arbetar med patienter med hjärtsvikt
- **FÖRDJUPAD** sidan 14-21
Berör all vårdpersonal som har behov av fördjupad kunskap

3. Vårdprogram – grundläggande

3.1. Vårdnivåer och samverkan



Samverkan mellan primärvård, specialistvård och hemsjukvård är grundläggande för god vård. Nedanstående kan fungera som vägledning för lämplig vårdform, men individuell bedömning bör alltid göras. Patienten kommer sannolikt att röra sig mellan olika vårdformer- och nivåer under sjukdomsförloppet.

Primärvård

- Initierar utredning vid välgrundad misstanke om hjärtsvikt (ingång i nationellt vårdförlopp). Sätter vb in symtomlindrande behandling med diuretika. Bör även påbörja medicinsk behandling i väntan på ekokardiografi vid stark misstanke om hjärtsvikt.
- Gör individuell behandlingsbedömning av patienter med nydiagnostiserad HFpEF, vid behov i samråd med kardiolog.
- Följer upp patienter som har en väsentligen stabil hjärtsvikt och sällan är i behov av slutenvård. En väldefinierad behandlingsplan har fastställts av kardiolog.
- Har huvudsakligt läkaransvar för patienter som sköts på SÄBO samt patienter i palliativt skede i kommunal hemsjukvård.
- Vårdar patienter där hjärtsvikten är av underordnad betydelse i relation till övrig komorbiditet och social situation. Fast vårdkontakt kan vara aktuell för att underlätta samordning mellan specialiteter och behandlande roller.

Specialistvård medicin/kardiologi/klinisk fysiologi

- Utför ekokardiografi för diagnos.

- Genomför alltid ett första läkar- och sjuksköterskebesök på hjärtmottagning för patienter med nyupptäckt HFrEF och HFmrEF.
- Titrerar upp behandling hos patienter med nyupptäckt HFrEF och HFmrEF.
- Utreder orsaken till hjärtsvikt (se punkt 4.1)
- Tar ställning till och följer upp andra linjens behandling.
- Handlägger patienter med behov av upprepade inskrivningar (=instabil hjärtsvikt) samt patienter med dåligt terapivar/svårinställd hjärtsviktsbehandling.
- Handlägger transplantationsfrågeställningar och hjärttransplanterade patienter
- Handlägger klaffsjukdom, pulmonell hypertension och kardiomyopier
- Handlägger taky- och bradyarytmier
- Handlägger patienter med kraftigt nedsatt njurfunktion och/eller elektrolytrubbningar.
- Har ett konsultationsuppdrag gentemot primärvården.

Fysisk aktivitet och träning

- Specialistvården utför pre-exercise test och lägger upp individuell träningsplan.
- Patienter som följs på hjärtmottagning har som regel sin träning inom specialistvården.
- Patienter som följs i primärvården har som regel sin träning där.
- Medicinska skäl kan föreligga som kräver annan handläggning.

3.2. Allmänt om hjärtsvikt

Idag definieras hjärtsvikt i tre olika grupper:

HFrEF Hjärtsvikt med <i>nedsatt</i> systolisk funktion	LVEF <40%	HFrEF = Heart failure with <i>reduced</i> ejection fraction
HFmrEF Hjärtsvikt med <i>lindrigt nedsatt</i> systolisk funktion	LVEF 41-49%	HFmrEF = Heart failure with <i>mildly reduced</i> ejection fraction
HFpEF Hjärtsvikt med <i>bevarad</i> systolisk funktion, tidigare kallad diastolisk hjärtsvikt	LVEF >50%	HFpEF = Heart failure with <i>preserved</i> ejection fraction. Hjärtat har normal pumpförmåga, men har svårt att slappna av och därmed att fyllas på normalt sätt

Ungefär hälften av patienter med symptom på hjärtsvikt har huvudsakligen hjärtsvikt med bevarad pumpförmåga (HFpEF). Hjärtsvikt är en manifestation av bakomliggande sjukdom, som i största möjliga mån bör utredas vidare.

Etiologi

Hypertoni och framför allt ischemisk hjärtsjukdom är de vanligaste orsakerna till hjärtsvikt med nedsatt pumpförmåga. Andra kardiella orsaker är kardiomyopier,

klaffsjukdomar och takyarytmier. Även extrakardiella tillstånd som thyreoidea-funktionsrubbningsar, diabetes, anemi, infektioner och överkonsumtion av alkohol kan vara orsaker till hjärtsvikt.

Prognos

Hjärtsvikt är ett allvarligt tillstånd med hög sjuklighet och dödlighet. Prognosen är i många fall sämre än för många vanliga cancersjukdomar, och skiljer sig inte nämnvärt mellan typer av hjärtsvikt (HFpEF vs HFrEF). Däremot varierar prognosen kraftigt med hjärtsviktens svårighetsgrad, se tabell nedan. Såväl prognos som livskvalitet förbättras med modern behandling. Detta motiverar tidig och korrekt diagnostik, optimal omsorg och tidig behandling.

Prognos		
Mortalitet i olika funktionsgrupper enligt NYHA efter 1 respektive 5 år (gäller obehandlade patienter).		
	Mortalitet efter 1 år	Mortalitet efter 5 år
NYHA I	5%	20%
NYHA II	10%	30%
NYHA III	25%	60%
NYHA IV	50%	80%

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

IIIb om patienten klarar att gå <200m

NYHA IV Svår hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet redan i vila. Symtom vid minsta ansträngning.

Patient oftast sängbunden.

3.3. Utredning

Basutredning – ingång till vårdförlopp

Vid välgrundad misstanke om hjärtsvikt startas [sammanhållet vårdförlopp](#).

Välgrundad misstanke om hjärtsvikt föreligger vid klinisk misstanke (**symtom och avvikande EKG**) i kombination med förhöjt NTproBNP.

Symtom och kliniska fynd talande för hjärtsvikt:

- Andfåddhet
- Trötthet

- Sänkt fysisk kapacitet
- Ödem
- Svårigheter att sova i planläge på grund av andfåddhet (ortopné)
- Buksvullnad och svullna vener på halsen (halsvenstas)
- Patologiskt EKG (Brady/takykardi, förmaksflimmer/andra rytmrubbningar, tecken till hypertrofi, misstänkt ischemi)

Klinisk undersökning:

- Anamnes
- Status se ovan: symtom och tecken på hjärtsvikt, vikt
- Funktionsbedömning – NYHA-klassifikation, se tabell
- EKG
- NT-proBNP
- Hb, CRP, Na, K, krea, ASAT, ALAT, TSH, P-glukos, S-Järn, Ferritin, Transferrinmättnad.
- Ev. lungröntgen och spirometri för differentialdiagnostik (Obs att dessa undersökningar ej får fördröja remiss till ekokardiografi vid välgrundad misstanke)



Om misstanke om hjärtsvikt kvarstår efter kroppsundersökning, EKG och anamnes tas NTproBNP-prov med efterföljande handläggning:

- NTproBNP > 2000 ng/L: Ekokardiografi bör göras *inom 14 dagar*.
- NTproBNP 400 - 2000 ng/L: Ekokardiografi bör göras *inom 30 dagar*.
- NTproBNP 125 - 400 ng/L med en hög klinisk misstanke om hjärtsvikt: Ekokardiografi bör göras *inom 30 dagar* (dessa nivåer har tämligen låg specificitet för hjärtsvikt. Grundregeln är därför att dessa nivåer endast ska starta vårdförloppet *om hög misstanke finns*).

3.3.1. Remittering för ekokardiografi

Ekokardiografi är ett krav för korrekt diagnos. Remissmall för pappersremiss finns i Melior och PMO och heter ”*Remiss Ekokardiografi, Vårdförlopp vid välgrundad misstanke om hjärtsvikt*”. Används ej remissmallen bör remissen innehålla följande för snabb handläggning:

- Anamnes och status, kliniska fynd talande för hjärtsvikt
- NYHA-klass I-IV
- NTproBNP
- EKG-bedömning, onormala fynd?
- Övriga sjukdomar, ev tidigare hjärtkirurgi eller ekokardiografi
- Längd och vikt
- Aktuellt telefon-nr till patienten

Remissvar ska innehålla trolig hjärtsviktsdiagnos och i sådana fall vilken typ av hjärtsvikt.

Om eko påvisar **nyupptäckt HFrEF eller HFmrEF** går remissen vidare direkt till hjärtmottagning för subakut läkarbesök och start av behandling om detta inte redan är påbörjat. Svar går även för kännedom till remittent. Svar som påvisar **nyupptäckt HFpEF** skickas åter till remittent för individuell bedömning och fortsatt handläggning enligt vårdförloppet.

3.4. Farmakologisk behandling

HFrEF har väldokumenterad behandlingseffekt med flertalet farmakologiska och icke-farmakologiska metoder. Patienter med HFmrEF verkar också ha nytta av första linjens behandling och ska alltid övervägas för detta. Gällande HFpEF fokuserar behandlingen främst på symtomlindring och komorbiditeter, men nyligen har även diagnosspecifik behandling som minskar sjukhusvård tillkommit som standardbehandling.

3.4.1. Första linjens behandling vid HFrEF och HFmrEF

Behandlingsstrategi

Måldos av varje läkemedel ska eftersträvas, förutom för diuretika. Som princip gäller dock att låg dos av flera preparat generellt är bättre än hög dos av ett preparat. Behandling ska påbörjas redan under inläggande vård om patienten insjuknat akut. Fler än ett läkemedel bör sättas in samtidigt, med snar uppföljning inom 1-2 veckor. Eftersträva måldoser inom ca 6 veckor, beroende på tidigare medicinering. För rådgivning kring val av insättningsordning, se tabell nedan från Janusinfo/LOK. Behandling kan med fördel påbörjas i väntan på ekokardiografi om misstanken är stark.

Doseringstabeller och mer information om varje läkemedelsgrupp återfinns på [Hjärtsvikt - Viss.nu](https://www.hjartsvikt-viss.nu). Ytterligare fördjupning finns på [Läkemedelsbehandling vid kronisk hjärtsvikt - Janusinfo.se](https://www.lakemedelsbehandling.vid.kronisk-hjartsvikt-janusinfo.se) samt i detta dokumentets fördjupade del.

Avsluta inte behandling vid klinisk förbättring hos patienten, regression i hjärtsvikt kan gå snabbt om behandling sätts ut. Informera även patienten om detta.

	Standard	Uttalad stas	Nedsatt njurfunktion	Hypotension	Hyper-tension	Flimmer (normofrekvent)	Hög frekvens (oavsett rytm)		
Diuretika vid ödem/stas	Börja med:							Intravenöst järn (vid järnbrist)	Hälsosamma levnadsvanor
	SGLT2h + BB	SGLT2h + ACEh*	SGLT2h + BB	SGLT2h	ACEh* + BB	SGLT2h + ACEh*	BB + SGLT2h		
	Därefter tillägg av:								
	ACEh* + MRA	BB + MRA	ACEh*	BB + ACEh* + MRA	SGLT2h + MRA	BB + MRA	ACEh* + MRA		
	Vid fortsatt symptomatisk hjärtsvikt:								
	ACEh/ARB bytes till ARNI								
	Vid fortsatt symptomatisk hjärtsvikt:								
	CRT-P/CRT-D (vid breda QRS); ICD								
	Ivabradin (vid hög frekvens i SR); Digoxin (särskilt vid snabbt flimmer); Nitrat mm								
	Klaffintervention; flimmerablation; revaskularisering								
Hjärtrtransplantation; hjärtpump									

Rekommenderade läkemedel (Region Gävleborgs Läkemedelsrekommendationer):

ACE-hämmare: Enalapril, Ramipril

ARB: Candesartan, Valsartan

Betablockad: Metoprolol, Bisoprolol

SGLT2-hämmare: empagliflozin (Jardiance), dapagliflozin (Forxiga)

MRA: Spironolakton, Epleneron

ARNI: Entresto

Diuretika: Furosemid

Efter inläggande vård handläggs lämpliga patienter enligt rutinen för [intensivtitring på hjärtmottagning \(dok id 09-791829\)](#).

3.4.2. Andra linjens behandling

Patienter med HFrEF som trots optimal medicinsk behandling har fortsatt nedsatt pumpförmåga (EF <35%) vid kontroll-eko, ska övervägas för avancerad behandling. Detta sker via kardiolog. Ställningstagande till:

- Behandling med ARNI (sätts in och titreras på hjärtmottagning)
- CRT/ICD-behandling
- Mer avancerad behandling såsom hjärtrtransplantation, mekaniska pumpar osv.

3.4.3. Behandling vid HFpEF

Påbörja behandling med empagliflozin om ingen kontraindikation finns, samt ge diuretika vid tecken till övervätskning. Utöver det är behandlingen inriktad på symtomlindring och bakomliggande sjukdomar såsom hypertoni, diabetes, förmaksflimmer, njursvikt, KOL, järnbristanemi och övervikt. Konsultera gärna hjärtmottagning för behandlingsstrategi.

3.5. Uppföljning

3.5.1. Kontroll-ekokardiografi

Senast 6 månader efter diagnos ska patienter med HFrEF aktualiseras för kontroll-eko för att utvärdera behandling. Detta beställs av kardiolog. Patienten bör då ha stått på optimerad läkemedelsbehandling i minst 3 månader. Märk remiss ”*Kontroll-eko vårdförlopp hjärtsvikt*”. Efter kontroll-eko tar kardiolog ställning till andra linjens behandling.

3.5.2. Första besök och återbesök

Patient med nupptäckt HFrEF eller HFmrEF får alltid ett första besök hos kardiolog och sjuksköterska på hjärtmottagning. Sviktmottagning/hjärtteam har rekommendation med hög evidensgrad. Kvalitetsregistret RiksSvikt är rekommenderat för uppföljning av patienter och behandling. Patienter som registreras i RiksSvikt har i studier visat sig få bättre behandling med färre allvarliga händelser.

Innehåll i första besök vid nupptäckt hjärtsvikt:

- Individuellt anpassad information om sjukdom, behandling och egenvård. Information om ev. planerade undersökningar och utredning.
- Läkemedelsgenomgång. Aktuell läkemedelslista ska skickas med efter varje besök.
- Prover: Blodstatus, Na Ka krea, Leverprover, Lipider, HbA1c, NTproBNP, Transferrinmättnad, Ferritin, S-järn, CRP
- Kontakt ska etableras med fysioterapeut för individuellt anpassad fysisk träning. NYHA-klassificering utifrån symtom. Se kap 3.6.2
- Vid behov utses en **fast vårdkontakt och/eller behandlande roll**. Kontaktuppgifter till fast vårdkontakt och till den enhet som ska sköta patientens hjärtsviktsbehandling ska vara tydliga för patienten. Se rutin [Fast vårdkontakt och behandlande roller Hälso- och sjukvård Region Gävleborg](#).
- Informera om möjligheten att kontakta sin behandlande roll/FVK via Min vård Gävleborg.
- Använd gärna skrift ”*Vad bestämde vi idag*”
- Informera om patientförening, [Riksförbundet HjärtLung](#) erbjuder bra stöd.
- [RiksSvikt](#) fylls i om detta används (rekommenderat), skattning av livskvalitet (EQ5D blankett) fylls i av patienten.
- Alla hjärtsviktpatienter ska få information om möjlighet till kontakt med kurator. Behov av anhörigstöd?
- Planera in ev järn iv-behandling.

Innehåll i återbesök för hjärtsviktpatient:

Vid nyupptäckt hjärtsvikt eller inläggning pga försämrad hjärtsvikt bör återbesök bokas efter 1-2 veckor till sjuksköterska eller läkare. Därefter individualiserat men åtminstone återbesök 1 gång/år som tumregel. Mer uttalade symtom/högre NYHA-klass motiverar tätare besöksfrekvens, liksom pågående titrering.

- 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 samt CRP (årligen). ASAT och ALAT om tidigare förekomst av leverpåverkan.
- Genomgång av läkemedelslistan. Behov av upptitrering/förändringar? Används vid behovs-diuretika på ett adekvat sätt?
- Uppföljning av egenvård, fysisk aktivitet/träning, livsstil och livskvalitet
- Kontrollera blödningsbenägenhet om behandling med Waran/NOAK.
- [RiksSvikt](#) fylls i om detta används (rekommenderat)
- Om nyupptäckt HFrEF: Ställningstagande till andra linjens behandling hos kardiolog.
- Aktuellt med kontroll-eko på färdigtitrerad patient?

Vid utremiss från hjärtmottagning till primärvård bör följande framgå:

- Genomförda och planerade undersökningar, genes till hjärtsvikten
- Påbörjad och planerad/rekommenderad behandling – effekter/bieffekter av behandling samt prognos. Aktuell läkemedelslista.
- Aktuellt med återremiss?
- Status och fortsatt behov av träning, dietist, arbetsterapeut eller annan insats. Psykosocialt mående.

Förslag på material

[RiksSvikt patientinformationsbroschyr Att leva med hjärtsvikt](#)

[Hjärt-lungfondens patientinformation Hjärtsvikt](#) (pdf att ladda ner)

Material till patient: [egenvårdslista](#) för att dokumentera vikt, blodtryck, skattning av mående

Material för [sjuksköterska](#) och [läkare](#): checklista för besök (fickformat, lamineras)

Externa hjärtsviktsteamets [samtalsmall](#) vid hembesök

[Patientinformation](#) till dig med hjärtsvikt (pdf att skriva ut, ev. beställa)

3.6. Icke-farmakologisk behandling

Patienten som medskapare

Den icke-farmakologiska behandlingen vid hjärtsvikt är viktig för att öka välbefinnande för patienten, öka följsamhet till behandling och egenvård samt minska risken för försämring och inläggning på sjukhus. Fysisk aktivitet och träning

har fått högre evidensgrad och är nu en viktig del av behandlingen för samtliga hjärtsviktspatienter, oavsett typ av hjärtsvikt.

Målet är att patienten utifrån förmåga ska kunna hantera sin sjukdom i vardagen och uppleva ökad livskvalitet, samt undvika sjukhusinläggning.

3.6.1. Grundläggande råd kring egenvård

Råd för egenvård	Kommentar
Kontrollerat vätskeintag: cirka 1,5-2 l över dygnet.	Risk för ben/buk/lungödem då hjärtat inte orkar pumpa runt vätska i kroppen på ett adekvat sätt. Justering vid varmt väder, diarré eller kräkningar med risk för dehydrering.
Rökstopp.	Hjälp finns via bl.a. Hälsoforumet.
Viktreglering: råd för viktnedgång vid fetma (BMI över 30).	Undernäring är också vanligt, behov av dietistkontakt?
Måttligt alkoholintag då alkohol kan leda till t.ex. rytmrubbningar.	Vid alkoholorsakad hjärtsvikt (kardiomyopati) bör patienten helt avstå alkohol.
Saltintag begränsas, framförallt vid svårare hjärtsvikt. Salta inget extra på maten.	Salt binder vätska, risk för högt blodtryck, ödem och njurpåverkan.
Muntorrhet är vanligt. Apoteket har bra salivstimulerande produkter. Undvik söta drycker och mineralvatten. Sug på en isbit.	Diuretika bidrar till törst och muntorrhet.
Sömnstörningar är vanliga och ska utredas vid behov. Vid ortopné kan upprätt sovställning underlätta. Undvik att sova under dagen.	Upprätt ställning avlastar hjärtat. Vätskan belastar lungor och hjärta mer i liggande.
Informera patient om att väga sig regelbundet, ge akt på viktuppgång och instruera patienten om hur eventuell viktuppgång ska behandlas på ett adekvat sätt.	Viktuppgång = vätskeretention. Risk för överbelastning på hjärtat samt ödem. Använd diuretika som vid behovs-behandling.
Motion har positiva effekter på överlevnad, livskvalitet och fysisk prestationsförmåga. Träningen bör anpassas till den enskilde patienten.	Har patienten träffat fysioterapeut? Även lite motion har effekt, hitta det som funkar!
Ev. stödstrumpor vid svullna ben	Obs: mjuk resår, starsrisk!
Vid yrsel, kontrollera ev. ortostatism. Rekommendera stegvis uppresning.	Sviktpatienter har ofta lågt blodtryck, både av sjukdomen och av läkemedel. Rådgör med läkare vid behov, ev. EKG.

3.6.2. Fysisk träning

Gäve sjukhus/Sandviken: Remiss till Fysioterapi Specialistvård (bud -118-).

Använd remissmall "Remiss till FYSIO-hjärt" (Melior)

Hudiksvalls sjukhus: Remiss till Fysioterapi Specialistvård Hudiksvall (bud -747-)

Bollnäs sjukhus: Remiss till Fysioterapeut Rehabilitering Specialistvård Bollnäs (bud -508-)

För patienter med HF_rEF och HF_mrEF ska kontakt med fysioterapeut inom hjärtrehabilitering eftersträvas **inom 120 dagar efter diagnos** enligt vårdförloppet. Vid HF_pEF etableras kontakt med fysioterapeut efter individuell bedömning.

Behandlingen är mycket viktig och kan minska återinläggning på sjukhus, förbättra arbetskapacitet, muskelfunktion, neurohormoner, symtombild samt livskvalitet. Träningen skall föregås av ett individuellt besök hos fysioterapeut inom hjärtrehabilitering med pre-exercise screening innefattande symtombegränsat arbetsprov och test av muskulär kapacitet. Bedömningen ska ha samma bakomliggande krav och säkerhetsrutiner som ett arbetsprov som utförs av kardiolog vid hjärtmottagning eller inom klinisk fysiologi. Baserat på resultatet av ovanstående tester förskrivs individuellt anpassad fysioterapeutledd fysisk träning inom hjärtrehabilitering. Se kap 4.4 för fördjupning.

Målsättning att

- Förebygga nedsatt fysisk funktion
- Förbättra fysisk funktion
- Förbättra livskvalitet

Vid utremittering till fysioterapi i primärvård eller kommun ska rekommenderat träningsprogram förmedlas. Observera att patienter med hemsjukvård eller boende på SÄBO ska överföras till kommunen.

3.6.3. Arbetsterapi

Arbetsterapeut kan kopplas in vid nedsatt förmåga att klara vardagen (inträffar ofta redan vid NYHA II) för kartläggning av aktivitetsförmåga och utredning av hemmiljön. Arbetsterapeuten bedömer patientens aktivitetsförmåga via t.ex Sunnaas ADL-index, COPM, Min Mening eller VQ-S. Intervju gällande boendemiljön genomförs i syfte att notera möjligheter/hinder och om dessa kan kompenseras med hjälpmedel. Vidare utreds om t.ex. fallrisk kan förekomma och förebyggas i hemmet. Patienten erbjuds även information om energibesparande arbetssätt. Patienten kan också få skatta sin fatigue med självskattningsinstrumentet Mental Fatigue Scale (MFS). Individuell rehabiliteringsplan planeras sedan med patienten, och mål sätts utifrån patientens egna önskemål. I utvalda fall kan kognitiv bedömning genomföras med instrumenten Mini Mental State Examination (MMSE-SR) eller Montreal Cognitive Assessment (MOCA). Vårdnivå beslutas utifrån ordinarie remisskriterier.

3.6.4. Psykosocialt status

Att drabbas av hjärtsvikt har beskrivits som en process av sökande efter mening och ny identitet. Detta kan ta olika lång tid och framkalla olika reaktioner. Närstående kan gärna involveras i samtal om hjärtsvikt då de är viktiga för att ge stöd att följa egenvårdsråd, men också för eget välbefinnande. Kuratorskontakt bör erbjudas på lämplig vårdnivå vid behov. **Uppåt 35 % av patienter med kronisk hjärtsvikt har en klinisk depression**, vilket kan påverka prognos och livskvalitet negativt och göra det svårt att förstå och ta till sig exempelvis egenvårdsråd. Depressionsskattning kan

göras och vid behov samarbete med psykiatrisk mottagning och/eller antidepressiv behandling. Beakta barnperspektivet om det finns barn under 18 år i familjen.

3.7. 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. Dessa patienter närmar sig slutfasen av sina liv och vården ändrar inriktning från kurativ till lindrande palliativ vård.

När enbart palliativ vård är aktuell kan man bortse från prognosvinst av läkemedel och överväga minskning eller utsättning av vissa preparat. Första linjens behandling (här inkluderat ARNI) bör om möjligt behållas då den även är symtomlindrande, men dosreducering relaterat till blodtryck och njurfunktion kan behövas. I livets slutskede kan första linjens behandling sättas ut, och sedvanlig symtomlindrande behandling användas. Använd validerade instrument för symtomskattning. Diuretika är ofta en viktig del i den behandlingen, och kan ges som intravenös eller subcutan injektion om per oral behandling inte längre är möjlig.

Kliniska indikatorer på att sjukdomen närmar sig palliativt skede:

- Hög NYHA-klass (IIIB–IV) med låg livskvalitet trots optimerad behandling enligt riktlinjer
- Återkommande inläggningar senaste 6 mån på grund av dekompenenserad hjärtsvikt
- Ofrivillig viktnedgång, >5 % av kroppsvikten under 6 månader (kakexi)
- Hjärtsvikt som kompliceras av avancerad njursvikt/multiorgansvikt
- Symtomgivande hypotoni
- Låg EF < 20 %

Brytpunktssamtal

Brytpunktssamtal ska hållas med patient och närstående när vården ändrar inriktning till palliativ vård. Ansvarig läkare håller samtalet och ev. fast vårdkontakt eller sviktsjuksköterska deltar gärna. Målet är att patienten får förståelse för sjukdomens progression och får möjlighet att påverka omhändertagandet under livets slutfas. Möjligheter till symtomlindrande palliativ behandling ska förklaras och patientens mål är i centrum. Ansvar för ordination och administrering av vid behovs-injektioner ska klargöras (t.ex via hemsjukvård, palliativt team eller mobilt team). Utfört brytpunktssamtal dokumenteras i patientens journal och bör innehålla beskrivning av samtalets innehåll från alla parter, samt vilka som deltog. Behandlingsbegränsningar, exempelvis avstå från HLR och inaktivera ICD, samt frågan om önskad dödsplats bör tas upp och ska dokumenteras. Gör en plan för var vården främst ska bedrivas framöver, t.ex. i hemmet. Samordnad individuell planering (SIP) kan bli aktuellt. Vid behov, hjälp närstående hitta befintliga stödgrupper. Stöd i att hålla brytpunktssamtal finns via www.palliativregistret.se och Socialstyrelsen.

Se gärna Behandlingsbegränsningar inom hemsjukvård, inklusive särskilda boenden (SÄBO) (dok id 09-640025) och Samordnad individuell plan Region Gävleborg (dok id 09-41567).

Se även Vård vid livets slutskede, gemensam rutin Hälso- och sjukvården Region Gävleborg (dok id 09-31124).

Det är viktigt att hemtjänst får tydlig information om vårdens inriktning, samt vem de ska kontakta om patienten behöver hjälp med exempelvis symtomlindring. Överväg remiss till mobilt team vid tillfälligt behov av behandling i hemmet.

4. Vårdprogram – fördjupning

4.1. Möjliga undersökningar vid utredning av hjärtsvikt

- Ekokardiografi: Ska göras hos alla sviktpatienter som en del av den initiala utredningen, och **krävs för diagnosen hjärtsvikt**. För bedömning av systolisk och diastolisk vänsterkammerfunktion, hypertrofi, klafffel, tecken tydande på genomgången hjärtinfarkt.
- Kranskärlutredning: Aktuellt om hjärtsvikten beror på misstänkt koronarsjukdom eller vid ett klafffel där intervention kan tänkas.
- Arbetsprov: vid behov för funktionsbedömning/objektivering av symtom (blodtrycks-/pulsförhållanden, kronotrop insufficiens).
- Långtids-EKG, ev loop-recorder: vid misstanke om rytmrubbning.
- Spirometri: vid misstänkt lungsjukdom.
- Sömnapnéutredning: vid misstanke om sömnapné syndrom.
- MR hjärta: för oklar hjärtsvikt där övrig utredning utfallit utan avvikelser som kan förklara svikten. Vid kardiomyopater eller misstanke om inlagringssjukdom, myokardit eller malignitet. När bildkvaliteten vid ekokardiografi är otillräcklig för diagnos och bedömning.
- Stress-ekokardiografi: Vid misstanke om vissa klaffdefekter samt vid svårvärderad diastolisk funktion.
- Hemodynamisk högerhjärtkateterisering: golden standard för hjärtsviktsdiagnostik, används i svårvärderade fall.

Oavsett i vilken vårdform patienten tas om hand är samverkan mellan olika utförare 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.

4.2. Farmakologisk behandling

4.2.1. HFrEF

ACE-hämmare

Påverkar överlevnad, sjukhusinläggningar och livskvalitet vid HFrEF. Inför behandling kontrollera njurfunktion, elektrolyter och blodtryck. Kontrolleras igen cirka 1-2 veckor efter insättning och följs under upptitrering. Kaliumtillskott kan i allmänhet sättas ut och diuretikadosen minskas/sättas ut när patienten fått adekvat dos av ACE-hämmare.

ARB

Angiotensin II receptorblockerare rekommenderas som alternativ framförallt vid ACE-hämmare och ARNI -intolerans. Inför och under behandling kontrolleras njurfunktion, elektrolyter och blodtryck.

ARNI sacubitril-valsartan

Entreso (ARNI Angiotensin Receptor Neprilysin Inhibitor), minskar mortalitet och sjukhusinläggningar för patienter med HFrEF jämfört med ACE-hämmare. Rekommenderas till patienter med symtomgivande HFrEF trots basbehandling. Man kan även överväga direkt insättning av Entresto hos patienter med nydebuterad eller dekompenenserad kronisk hjärtsvikt. Under behandling ska njurfunktion, elektrolyter och blodtryck kontrolleras. Vidare måste man avsluta behandling med ACE-hämmare under minst 36 timmar före första dos av ARNI för att undvika risk för angioneurotiskt ödem.

Behandling påbörjas på hjärtmottagning men kan i stabilt skede övertas till primärvård vid utremittering.

Om patienten har tolerabilitetsproblem (systoliskt blodtryck ≤ 95 mmHg, symtomatisk hypotension, hyperkalemi, njurdysfunktion), rekommenderas förändring av den samtidiga läkemedelsbehandlingen, tillfällig nedtitrering eller utsättning av Entresto.

Betablockad

Betablockare har visats minska mortalitet och morbiditet samt förbättra livskvalitet. Iakttta försiktighet vid insättning av betablockare hos nyligen inkompenenserade patienter. Öka ej dosen om tecken finns på försämring av hjärtsvikten, symtomgivande hypotension (yrsel) eller uttalad bradykardi (< 50 /min).

Aldosteronantagonist (Mineralreceptorantagonist – MRA)

Minskar mortalitet och morbiditet samt ökar livskvalitet hos patienter med HFrEF. Inför och under behandling kontrolleras njurfunktion och elektrolyter. Patienter med ett serumkalium på $> 5,0$ mmol/liter och/eller svår njurinsufficiens (eGFR < 30 ml per minut per $1,73$ m²) ska inte påbörja behandling med MRA. Öka inte dosen om försämrad njurfunktion eller hyperkalemi ($K > 5.5$). Eplerenon ger mindre biverkningar (mindre gynekomasti).

SGLT2-hämmare (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors)

Empagliflozin (Jardiance) eller dapagliflozin (Forxiga) är rekommenderat till patienter med HFrEF, oberoende av diabetes, för att förbättra livskvalitet, minska sjukhusinläggningar och minska mortalitet. Kontrollera njurfunktionen innan insättning och framåt regelbundet, lätt minskning av GFR är vanligt efter terapistart. Behandling kan initieras och följas av både primär- och specialistvård. Det är inte rekommenderat att initiera behandling med dapagliflozin (Forxiga) hos patienter med GFR < 25 ml/min, och GFR < 20 ml/min för Empagliflozin (Jardiance). SGLT2i har diuretisk effekt, anpassa diuretikados och vätskeintag. Vanligaste biverkningen är

genitala svampinfektioner, informera patienter att observera eventuella symtom. SGLT2-hämmare ökar risken för ketoacidosis, även vid normalt eller lätt ökat plasmaglukos (P-glukos <14 mmol/l). Pausa behandling med SGLT2-hämmare vid dehydrering, hypotoni, fasta och svält. Sätt ut SGLT2-hämmare hos patient som drabbats av ketoacidosis. Försiktighet ska iaktas hos patienter för vilka ett blodtrycksfall kan utgöra en risk.

Diuretika

Vid kliniska tecken eller symtom på vätskeretention. Kan vid behov påbörjas innan diagnostiskt eko är utfört för symtomlindring. Eftersträva minsta möjliga effektiva dos. Loop-diuretika är att föredra vid hjärtsvikt. Kontrollera elektrolyter och njurfunktion. Självbehandling med ökad diuretikados vid viktuppgång, ödem eller andfäddhet är önskvärd. Minskad dos vid vätskeförlust som kraftig svettning och diarré. Kombination av loopdiuretika och tiazider kan användas efter utprovning vid svår hjärtsvikt och diuretikaresistens.

Intravenös järnbehandling

Järnbrist är vanligt hos hjärtsviktspatienter och kan leda till anemi och/eller nedsatt muskelfunktion samt är förknippat med en ogynnsam prognos. Sekundär järnbristanemi ska på sedvanligt sätt övervägas och uteslutas. Intravenös behandling med järnkarboxymaltos (Ferinject) har visats förbättra fysisk kapacitet, livskvalitet, symtom, NYHA-klass samt minska behovet av sjukhusvård, oavsett anemi eller ej. Indikation för intravenös behandling är hjärtsviktspatienter med nedsatt ejektionsfraktion <50 % och med tecken till järnbrist (S-ferritin <100 µg/L alternativt 100-299 µg/L och transferinmättnad <20%), med eller utan anemi.

Ferinject 50 mg/ml ges vanligen som långsam intravenös injektion eller infusion, se Fass. Behandling ges i laddningsdos samt efter 6 veckor, därefter beroende på provsvar. Finns det lokal tradition att istället behandla med Monofer vid järnbrist, kan detta övervägas då de teoretiskt bör vara likvärdiga i effekt, även om endast Ferinject idag har indikation vid hjärtsvikt. Observera att doseringen skiljer sig mellan preparaten. För rekommendationer kring rekvisition och administration, se lokal rutin [Läkemedel – Järn intravenös behandling i öppenvård \(dok-id 09-81025\)](#). Behandlingen kan ges i öppenvård inom primär- eller specialistvård. Intravenöst järn kan i ovanliga fall framkalla allvarliga allergiska reaktioner och patienter med annan allergi har ökad risk. Beredskap för allergisk reaktion ska finnas och patienten ska observeras även 30 minuter efter administration.

Ivabradin (Procorolan)

Ivabradin är en sinusnodhämmare som sänker pulsen vid sinusrytm, utöver den effekt som uppnås med betablockerare. Ivabradin används i specialiserad vård för patienter med symptomgivande hjärtsvikt med EF ≤35% i sinusrytm och hjärtfrekvens ≥70 slag/min trots optimal basbehandling inklusive maximalt tolererad betablockerardos. Behandlingen minskar mortalitet och behovet av sjukhusvård.

Digitalis

Digoxin minskar sjukhusinläggningar men påverkar ej mortaliteten och är indicerat vid hjärtsvikt och sinusrytm som möjlig tilläggsbehandling, samt för frekvensreglering vid förmaksflimmer. Vid sinusrytm och symtomgivande hjärtsvikt och utprovade adekvata doser av behandling enligt riktlinjer, kan tillägg av digoxin övervägas. Vid hjärtsvikt bör läkemedelskoncentrationen ligga <1,2 nmol/L.

4.2.2. HFmrEF

Det finns idag ingen sjukdomsspecifik behandling som har visats minska mortalitet och morbiditet. I den kliniska vardagen behandlas många patienter med HFmrEF med läkemedel för HFrEF, vilket sannolikt är gynnsamt. Diuretika rekommenderas vid behov för övervätskade patienter som symtomlindrande behandling.

4.2.3. HFpEF

Empagliflozin (Jardiance) har indikation för behandling av HFpEF, och har främst visat sig minska sjukhusinläggningar. Behandling kan ske i primärvård eller på hjärtmottagning beroende på sammantagen bild. I övrigt finns ingen sjukdomsspecifik behandling, utan fokus bör ligga på att behandla grundorsaker som hypertoni, diabetes, ischemisk hjärtsjukdom eller förmaksflimmer. Diuretika skall användas vid kliniska tecken eller symtom på vätskeretention. Konsultera hjärtmottagningen vid behov för diskussion om lämplig utredning och behandling.

4.2.4. Övrig farmakologisk behandling

Nitrater

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

Kaliumsubstitution

Spironolakton eller Eplerenon används i första hand vid hypokalemi och hjärtsvikt. Kaliumklorid används i andra hand. Vid kombination av ACE-hämmare och diuretika behövs sällan kaliumsubstitution, inte heller vid ACE-hämning och MRA.

Orala antikoagulantia och Waran

Kan vara aktuellt efter specialistbedömning vid hjärtsvikt på strikta kardiologiska indikationer även om patienten ej har förmaksflimmer.

Acetylsalicylsyra

Vid svikt förorsakad av ischemisk hjärtsjukdom, 75 mg ASA/dag.

Vaccinationer

Influensa- och pneumokockvaccination rekommenderas, liksom Covid-vaccination.

Levosimendan (Simdax)

Intravenös kalicumsensitiserare med positiv inotrop effekt. Tillgängliga studier visar ingen överlevnadsvinst, dock symtomlindring, och behandlingen är framförallt aktuell för symtomlindring för patienter som genomgår eller inväntar annan behandling (revaskularisering, klaffingrepp, hjärttransplantation).

OBS! Undvik kalciumantagonister med negativ inotrop effekt (amlodipin kan användas) på patienter (med nedsatt ejektionsfraktion) och läkemedel som ökar vätskeretention, t.ex. NSAID-preparat

4.2.5. Att hantera konsekvenser av sviktbehandling

Hypotoni – Uppmått hypotoni är som regel inte en kontraindikation till fortsatt behandling om den inte är symptomgivande. Vid symptomgivande hypotoni, försök i första hand med icke-farmakologiska åtgärder såsom patientutbildning, stödstrumpor osv. I andra hand, reducera dosen hellre än att sätta ut preparatet.

Hyperkalemi – Lindrig hyperkalemi är vanligt vid RAAS-blockad och tolereras ofta väl. Kalium på 5,5 är oftast acceptabelt men individuell riskbedömning bör alltid genomföras. Vid ej tolererbar hyperkalemi reduceras i första hand RAAS-blockad, förslagsvis MRA.

Njurfunktionsnedsättning – Initialt sjunkande GFR är vanligt vid nyinsatt behandling med RAAS-blockad, SGLT2-hämmare och diuretika men reflekterar minskat glomerulärt filtrationstryck och inte nedsatt njurfunktion. Tvärtom har dessa behandlingar oftast positiv effekt för njurfunktionen på sikt. **25-30% reduktion i GFR kan tolereras under upptitrering av sviktbehandling.**

4.3. Medicinteknisk behandling

- Sviktpacemaker - CRT (Cardiac Resynchronization Therapy) - innebär behandling med biventrikulär pacemaker. Patienter med hjärtsvikt NYHA II-IV och kvarstående symtom trots optimal behandling, LVEF $\leq 35\%$ och breda QRS (QRS ≥ 130 ms) kan vara aktuella för denna behandling. Vänster grenblock, sinusrytm och QRS komplex > 150 ms stärker indikationen. CRT finns med och utan defibrillator (ICD-funktion), CRT-D respektive CRT-P.
- Implanterbar defibrillator - ICD (ICD (Implantable Cardioverter Defibrillator). ICD har visats minska risk för plötslig död hos vissa patientgrupper. Indikation bedöms av kardiolog. Alla patienter som får en ICD bör erbjudas kontakt med kurator då en stor del av dessa upplever mycket oro och rädsla.
 - Primärprofylax för kammararytmier och plötslig hjärtdöd till patienter i NYHA II-III och med nedsatt systolisk hjärtfunktion (EF $< 35\%$) efter optimal behandling i minst 3 månader oavsett QRS duration. Efter hjärtinfarkt ska minst 40 dagar gå före ICD-ingrepp. Vid icke-ischemisk genes är ICD-indikationen något svagare (IIa).
 - Sekundärprofylax efter överlevt hjärtstopp eller annan symptomgivande kammararytmi oberoende av EF.
- Hjärtrtransplantation övervägs för svårt sjuka patienter (NYHA IIIb eller IV) där alla andra behandlingsalternativ har övervägts eller prövats och där kontraindikation saknas. Remiss till utredning via hjärtsviktsspecialist. Lämpligt för patienter upp till cirka 65-70 år.

Mekaniskt pumpstöd, vanligen vänsterkammarpump (LVAD), övervägs efter utredning av hjärtsviktsspecialist för patienter med mycket svår hjärtsvikt i väntan på hjärttransplantation. Behandling ges för att förbättra patienten inför transplantation. Behandling med pumpstöd kan också, i utvalda fall, övervägas till patienter som inte kan genomgå hjärttransplantation alternativt patienter med svår livshotande sjukdom i avvaktan på beslut om annan behandling är möjlig.

4.4. Fysioterapi

Individer med kronisk hjärtsvikt bör rekommenderas aerob och muskelstärkande träning i syfte att förbättra livskvalitet och fysisk funktion, öka kondition och muskelstyrka samt förbättra inspiratorisk muskelstyrka. Livslång träning med regelbunden uppföljning av fysisk kapacitet och justering av träningsprogram rekommenderas för att motverka försämring.

Dosering ska alltid baseras på test av aerob- och muskulärkapacitet utfört av fysioterapeut inom hjärtrehabilitering. Efter avslutad träningsperiod på 3-6 månader bör patienten genomgå en utvärdering av träningsperioden med samma fysiska tester som innan träningsstart.

Beroende på patientens funktionsförmåga bör träningen innehålla aerob- och muskelstärkande fysisk aktivitet eller endast perifer muskelträning. Om låg aerobkapacitet, ≤ 50 w vid symtombegränsat arbetsprov kan träningsperioden börja med perifer muskelträning.

Aerob fysisk aktivitet med måttlig och hög intensitet kombinerat. Med måttlig intensitet avses 40-59% av VO₂max, skattad ansträngning 12-13 enligt Borgs Ratio of Perceived Exertion (RPE)-skala 6-20. Med hög intensitet avses 60-89% av VO₂max, skattad ansträngning 14-17 enligt Borgs RPE-skala. Skattning av andfåddhet enligt Borgs Category Ratio (CR) 0-11 skala kan också användas vid konditionsträning. Träningen bör vara 30-60 minuter per tillfälle, 3-5 ggr i veckan. Exempel på aktiviteter kan vara promenader, cykling, motionsgymnastik och vattengymnastik.

Muskelstärkande fysisk aktivitet 8-10 övningar, med sådan belastning att patienten klarar 10-15 repetitioner per övning genom hela rörelsebanan. 1-3 set, 2-3 ggr i veckan.

Perifer muskelträning utförs med liten muskelmassa, t.ex. ett ben i taget och har en mindre påverkan på den centrala cirkulationen. Belastningen på enskild muskelgrupp ska vara hög 15-17 enligt Borgs RPE-skala (6-20). Efter några månaders perifer muskelträning kan mer konditionsbaserad träning med stora muskelgrupper påbörjas.

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. Vid tveksamhet eller vid försämring skall träning ske i samråd med ansvarig läkare.

4.5. Kuratorsstöd/samtalsbehandling

Alla hjärtsviktspatienter och närstående ska få information om möjlighet till kontakt med kurator i samband med diagnos. Kontakt kan vid behov inledas med sjukhuskurator, och annars i primärvård. 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, oavsett vårdnivå. Depressionsskattning kan också göras. Kuratorn erbjuder olika former av samtalsstöd-/terapi till såväl patient som närstående. Patienter med hjärtsvikt kan uppleva behov av stöd med både praktiska angelägenheter och bearbetning mot nyorientering.

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

4.6. Nutrition

Undernäring är vanligt vid hjärtsvikt. Aptit och matintag kan påverkas negativt av andnöd, trötthet, tidig mättnad, ökad törst, illamående och matleda, medicinsk behandling samt depressionstillstånd. Ödem runt tarmar och vätska i buken kan ge illamående, aptitlöshet, förstoppning samt sämre upptag av näringsämnen. Energibehovet är ökat då hjärt- och andningsarbetet påverkar energiförbrukningen vilket i sin tur kan medföra viktförlust. Vid hjärtsvikt aktiveras inflammatoriska och immunologiska processer vilka kan leda till aptitlöshet och ökad ämnesomsättning.

Dietistkontakt bör initieras hos patienter som har ätsvårigheter, har ett BMI < 22 eller lider av ofrivillig viktnedgång. Vårdnivå utifrån ordinarie remisskriterier. Patienten får råd om att fördela maten jämnt över dagen samt att lägga till mellanmål/efterrätt vid behov. Nattfastan bör ej överstiga 11 timmar. Vid otillräckligt energiintag föreslås ofta berikning av kosten med energirika livsmedel och/eller med energi- och proteinpulver. Om patienten inte uppnår ett adekvat intag via enbart vanlig mat och dryck övervägs kosttillägg.

Viktnedgång kan förbättra välbefinnandet och minska hjärtsviktssymtomen hos patienter med övervikt/fetma. Råd om viktnedgång till hjärtsviktspatienter bör dock ske med försiktighet. Vid övervikt med BMI >40 rekommenderas viktnedgång. Vid BMI 30-40 råder osäkerhet om viktnedgång ska rekommenderas. Vid BMI <30 rekommenderas ej viktnedgång.

Se gärna Vårdprogram prevention och behandling ohälsosamma levnadsvanor vuxna (dok id 09-414761).

5. Plan för kommunikation och implementering

Implementeringsinsatser för samverkan och informationsutbyte mellan primär- och specialistvård samordnas. Kvalitetssamordnare inom primärvård och medicinska specialiteter läggs som extra uppföljare för spridning i linjen.

6. Dokumentinformation

R1 sammanställdes av en arbetsgrupp bestående av läkare, sjuksköterskor och chefer från specialist- och primärvård, samt representanter från paramedicin.

Reviderad version 2023 är granskad av:

Joanna Grzymala-Lubanski, kardiolog och hjärtsviktsansvarig läkare, Hjärtmott Gävle-Sandviken

Tommy Lundmark, chefläkare primärvården

Per Melander, chefläkare primärvården

Ewa Berglund-Johansson, VEC Hjärtmott Gävle-Sandviken

Anders Rhodin, VC VO Paramedicin

Josefine Fagerhov, VEC Hjärtmottagning Bollnäs sjukhus

LAG Kunskapsstöd Primärvård

7. Referenser

Dokumentnamn	Plats
2023 Focused Update on the 2021 ESC Guidelines: Acute and Chronic Heart Failure (2023)	Websida
ESC Guidelines: Acute and chronic heart failure (2021)	Websida
FYSS: Fysisk aktivitet vid kronisk hjärtsvikt	Websida
Nationellt personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Hjärtsvikt	PDF
LOK:s läkemedelsrekommendationer vid hjärtsvikt	Websida
Hjärtsvikt - Viss.nu	Websida