

Gränssnitt mellan specialistsjukvård VO Kardiologi, VO Medicin Bollnäs och Primärvården Gävleborg

Innehåll

1.	Syfte och omfattning	1
2.	Allmänt om utremittering	1
3.	Beskrivning	2
3.1.	Angina pectoris	2
3.2.	Instabil angina	2
3.3.	Akut koronart syndrom (= ST- och icke ST-höjningsinfarkt samt instabil angina)	2
3.4.	Kranskärlsopererade - CABG	2
3.5.	PCI-behandlade	3
3.6.	Klaffsjukdom	3
3.7.	Klaffopererade patienter	3
3.8.	Endokardit, myokardit, perikardit	3
3.9.	Hjärtsvikt	3
3.10.	Arytmier	4
3.11.	Antikoagulationsbehandling	4
3.12.	Hypertoni	4
3.13.	Sekundärprevention	5
4.	Dokumentinformation	5

1. Syfte och omfattning

Denna rutin ska fungera som beslutsstöd i samarbetet mellan specialistsjukvård VO Kardiologi, hjärtmottagningarna inom VO Medicin Bollnäs och Primärvården Gävleborg när det gäller handläggning och arbetsfördelning av hjärtpatienter.

2. Allmänt om utremittering

Allmänt gäller att vid utskrivning från kardiologin ska aktuell familjeläkare/hälsocentral informeras ("för kännedom") om patienter som vårdats genom att erhålla epikris. Detta gäller även om patienten primärt ska följas upp via kardiologen. Patientens samtycke ska naturligtvis inhämtas.

Finns önskan om snar kontroll av patient (inom 4 veckor) bör kontrollen ske på kardiologen.

Utremittering till familjeläkare skall ske genom separat remiss + kopia på slut/återbesöksanteckning. Förutom aktuellt vårdförlopp och annan adekvat information är det viktigt att aktuell medicinering, kommande och förväntade medicinändring ska framgå, liksom behov av specifika kontroller (t.ex. vissa blodprover, röntgen o.s.v.)

Ställningstagande till blodförtunnande behandling, tidslängd samt ev. sekundär prevention bör likaledes tydligt framgå.

3. Beskrivning

3.1. Angina pectoris

Stabil angina sköts i primärvården. Arbetsprovet har begränsad plats som diagnostisk metod i nyare riktlinjer och används i dagsläget i regionen främst till patienter där sannolikheten för kranskärlssjukdom sammantaget bedöms som relativt låg. Överväg om diagnosen kan uteslutas eller bekräftas kliniskt utan undersökning, remittera vid osäkerhet.

Ett omfattande arbete med att modernisera kranskärlsflödet i regionen pågår och arbetsprovet kommer av resursskäl att fortsätta användas i viss omfattning under denna process. I vissa fall kan remiss till arbetsprov omprioriteras till undersökning med lämpligare och träffsäkrare modalitet, och initial uppföljning sker då i normalfallet hos kardiologen. Vid högre sannolikhet för kranskärlssjukdom kan direktremiss till kardiolog övervägas för värdering av utredningsbehov (PTP-skattning) och rekommenderad undersökningsgång. Om revaskularisering är känt kontraindicerat, överväg om diagnos kan ställas kliniskt istället och påbörja behandling.

I de fall arbetsprov används, görs dessa som klinisk fysiologisk undersökning och tolkas av kardiolog/klinisk fysiolog. Resultatet skickas till remittent, som sedan får skicka remiss till kardiologen om så aktuellt för vidare utredning (t.ex. interventionsfrågeställning).

I de fall där kraftig avvikelse/patologi noteras på ett av primärvården beställt arbetsprov skall denna patient som rutin genast erhålla värdering avseende brådskan/behovet av vidare utredning via kardiologen. Om snar handläggning behövs ansvarar kardiologen för det fortsatta omhändertagandet.

3.2. Instabil angina

Ska inremitteras till sjukhus för vidare handläggning, (se akut koronart syndrom).

3.3. Akut koronart syndrom (= ST- och icke ST-höjningsinfarkt samt instabil angina)

Sköts under akutfasen på sjukhus enligt gällande vårdprogram för [Akuta hjärtsjukdomar](#), som finns inlagt i Platina. Uppföljning efter akutfasen kan ske såväl via sjukhusets hjärtmottagning som via primärvården. Komlicerade patienter bedöms och handläggs i första hand av kardiologen.

3.4. Kranskärlsopererade - CABG

Patientens eftervård sker initialt inom kardiologi. Vid okomplicerat förlopp kan patienten återremitteras till primärvården 6-12 veckor efter operation.

Rehabiliteringen sker i princip lika som efter hjärtinfarkt. Hjärtrehabilitering kan således ske inom sjukhusets regi men läkarkontakten vara inom primärvården.

3.5. PCI-behandlade

Okomplicerad PCI följs upp av infarktsjuksköterska, läkarkontakt kan ske i specialistvård kardiologi och/eller primärvård. Fortsatta kontroller bör ske via primärvården. Om problem uppstår ska hjärtenheten snarast vara behjälplig. Att observera att många PCI patienter har akut koronart syndrom och ska då rehabiliteras enl. ovan.

Både gällande CABG samt PCI bör en preliminär bedömning av arbetsförmåga och ev. sjukskrivning ske av kardiolog innan utremitteringen.

3.6. Klaffsjukdom

Bedömning av blåsljud görs primärt av familjeläkare. Vid behov remitterar familjeläkaren till ekokardiografi, innan eventuell remiss till kardiologin. Krävs ytterligare utredning eller åtgärd remitteras till kardiologin. Svaret på ekokardiografi bör vara praktiskt tolkningsbart för familjeläkaren, där vidare behov av kontroll/åtgärd ska också framgå av svaret. Patient med bikuspid aortaklaff ska följas upp av kardiolog. Medfödda klaffel bör primärt bedömas av hjärtspecialist. Lindrig aortastenosis utan signifikant förkalkning kan följas i primärvård. Patienter som ej kommer bli aktuella för kirurgisk åtgärd behöver som regel ej följas med ekokardiografi.

3.7. Klaffopererade patienter

Patienterna kontrolleras hos kardiolog postoperativt tills stabil klinisk situation. Stabila hjärtpatienter, patienter med aortaklaffprotes kontrolleras hos familjeläkare. Klaffproteser i övriga klaffar sköts i princip av kardiologen – undantaget klaffopererade (oavsett vitium) patienter där annat vårdbehov dominerar problematiken.

[Endokarditprofylax](#) råd till patienten samt ev. antibiotikaföreskrivning görs i första hand hos den läkare som sköter patienten. Se även ovan avseende klaffsjukdom.

3.8. Endokardit, myokardit, perikardit

Endokardit handläggs primärt av infektionskliniken och/eller specialistvård kardiologi. Myokardit och perikardit sköts primärt av kardiologin.

3.9. Hjärtsvikt

Initial utredning av misstänkt hjärtsvikt kan ske i primärvården. Vid välgrundad misstanke startas [sammanhållet vårdförlopp](#) och remiss utfärdas till ekokardiografi (remissmall finns i PMO). Om ekokardiografi visar nedsatt ejektionsfraktion (HFrEF alt. HFmrEF), bokas patienten direkt till kardiolog och sviktsjuksköterska för utredning och behandlingsuppstart. Titring sker på hjärtmottagning om inget annat överenskommit. Uppföljning kan i stabila fall

fortsätta i primärvården. Vad gäller bevarad EF (HFpEF) går eko-svaret till remittent som vid behov kan remittera vidare för kardiologbedömning. Patienter med komplicerad utredningsgång eller som genomgår insättning/upptrappning av avancerad behandling sköts på hjärtmottagning. Detta gäller även patienter med samtidig hemodynamiskt signifikant klaff- eller arytmisjukdom. Se [Vårdprogram hjärtsvikt – Region Gävleborg](#) för närmare vägledning. Unga patienter liksom olika kardiomyopatier bör alltid remitteras till hjärtenheten för bedömning.

3.10. Arytmier

Allvarliga arytmier (t.ex. kammararytmier) sköts av kardiologin. Likaledes om avancerad utredning/behandling krävs. Antiarytmika klass I och III initieras via kardiologin och sköts företrädesvis av kardiologin.

All teknisk kontroll av device (pacemaker, ICD, CRT, loop recorders) ICD sköts av kardiologin.

Där allvarlig arythmi inte misstänks bör Holter-EKG göras via primärvården innan remiss skickas till kardiologin. Resultatet av Holter-EKG tolkas av kardiologen/klin fys lab.

Förmaksflimmer sköts primärt av familjeläkare enl. separat överenskommelse. Familjeläkare tar ställning till och initierar antikoagulantia-behandling enligt [CHA2DS2-VASc](#) score. Om terapivikt, ev. behov av elkonvertering, invasiv behandling eller pacemaker bör remiss skickas till kardiologin.

Lämplig antikoagulantia ska snarast sättas in i såväl sluten som öppen vård. AK-mottagningen ska alltid meddelas via remiss vid in- och utsättning (även tillfällig utsättning) samt vid dosändringar av AK-behandling.

3.11. Antikoagulationsbehandling

Kan initieras av såväl familjeläkare som kardiologin.

Ansvarig för den fortlöpande behandlingen är behandlande läkare. Alla fortlöpande ordinationer av Warandos sker i specialistsjukvården, provtagning sker i primärvården och i vissa fall slutenvården. Gällande NOAK kan dessa initieras av såväl primärvårds- som specialistvårdsläkare. Ansvar och kostnad följer behandlande läkare. Patient som sätts in på antikoagulantia ska meddelas via remiss till AK-mottagningen. Detta gäller även vid utsättning och tillfälliga dosjusteringar vid t.ex. elektiva ingrepp. Se [Antikoagulantibehandling – Rutin – Regiongemensam Hälso- och sjukvård](#).

3.12. Hypertoni

Utreds och kontrolleras via familjeläkare. Vid komplicerade fall, misstänkt sekundär orsak och terapivikt kan utredning ske av eller i samråd med lämplig specialist (t.ex. endokrinolog, nefrolog, kardiolog). 24 tim blodtryck ska utföras av primärvården, i undantagsfall inom kardiologin.

3.13. Sekundärprevention

Sköts primärt i primärvården. Se separat [vårdprogram](#) som finns inlagt i Platina. Det omfattar patienter med akut koronart syndrom, PCI-behandlade liksom CABG opererade.

4. Dokumentinformation

Dokumentet är granskat av:

Tommy Lundmark, chefläkare primärvården

Per-Erik Gustafsson, medicinsk rådgivare och ÖL, VO Kardiologi

Per Melander, allmänspecialist och medicinsk rådgivare Hälsovalskontoret

Innehållet är även avstämt med representanter från VO Medicin Bollnäs.

Kvalitetssamordnare inom primärvård läggs som extra uppföljare för spridning i verksamheterna.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet