

## NU ÄR VÅRDFÖRLOPPET NYDEBUTERAD HJÄRTSVIKT I GÅNG!

I dagarna har vi sjösat personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp hjärtsvikt. Syftet är att snabbare diagnostisera patienter med hjärtsvikt och ge dem med HFrEF (hjärtsvikt med nedsatt systolisk funktion) behandling med skyndsamhet för att förbättra livskvalitet, fysisk kapacitet och överlevnad hos patienter med hjärtsvikt och för att minska behovet av sjukhusinläggningar.

I Nationellt kliniskt kunskapsstöd under hjärtsvikt, region Västmanland finns mer information om hur man ska gå till väga vid misstanke om hjärtsvikt och hur och vart man ska remittera.

Ingång i vårdförloppet sker vid välgrundad misstanke om hjärtsvikt, dvs symtom och kliniska fynd som andfåddhet, sänkt fysisk kapacitet, ödem, ortopné, buksvullnad och svullna vener på halsen, patologiskt EKG.

Ta NTproBNP om misstanken om hjärtsvikt består efter anamnes och undersökning. Om NTproBNP > 2000 är det klart misstänkt och ekokardiografi bör göras inom 14 dagar. Om NTproBNP är 400–2000: ekokardiografi bör göras inom 30 dagar. Vid värden mellan 125–400 med *hög* klinisk misstanke om hjärtsvikt bör ekokardiografi också göras inom 30 dagar.

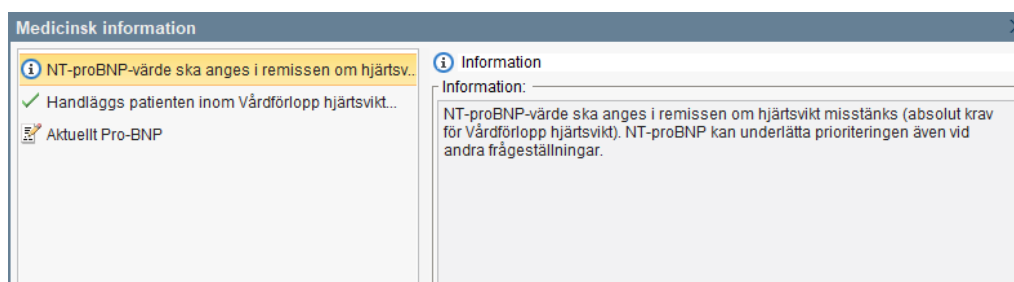
### Tänk på att:

- Beslutsgränser och normalvärden för NTproBNP överlappar. Värden över 125/400 ska inte ses som "ökade" eller "onormala" för alla. Beslutsgränserna om 125/400 gäller därför enbart om klinik på hjärtsvikt föreligger – helt friska kan ligga på dessa, och högre, nivåer. Framför allt gäller detta kvinnor och äldre.
- Ta bara NTproBNP om reell klinisk misstanke om hjärtsvikt föreligger! Använd inte NTproBNP som ett screeningprov hos patienter utan symtom eller vid ospecifika symtom som trötthet.
- Vid förmaksflimmer ökar NTproBNP även utan hjärtsvikt - nivåer upp mot 1000 är inte ovanligt hos asymtomatiska flimmerpatienter.

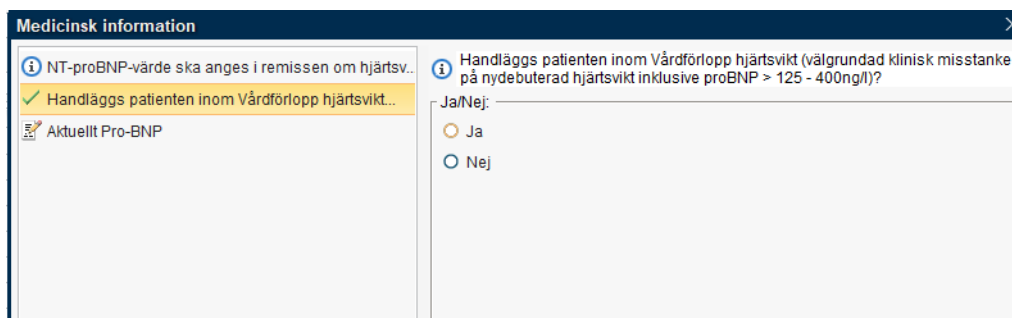
Ingång i vårdförloppet ska inte ske om behandlande läkares bedömning eller patientens prioriteringar talar för att patienten inte kommer få nytta av diagnos eller behandling. Detta beslut ska i så fall vara transparent och dokumenterat i journalen.

### Remissrutiner:

Vid välgrundad misstanke om nydebuterad hjärtsvikt skickas remiss för ekokardiografi till fysiologkliniken. I remissen anges anamnes och NTproBNP-värde samt huruvida kriterierna för vårdförlopp hjärtsvikt är uppfyllda.

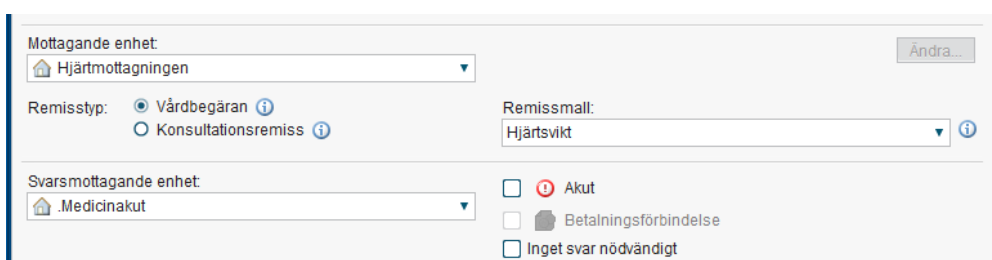


The screenshot shows a window titled "Medicinsk information" with a close button (X) in the top right corner. On the left, there is a yellow warning box with an information icon (i) and the text: "NT-proBNP-värde ska anges i remissen om hjärtsv...". Below this, there is a green checkmark icon and the text: "Handläggs patienten inom Vårdförlopp hjärtsvikt...". At the bottom left, there is a red and white icon and the text: "Aktuellt Pro-BNP". On the right, there is an information box with an information icon (i) and the text: "Information: NT-proBNP-värde ska anges i remissen om hjärtsvikt misstänks (absolut krav för Vårdförlopp hjärtsvikt). NT-proBNP kan underlätta prioriteringen även vid andra frågeställningar."



Ekokardiografi kommer i normalfallet utföras inom 2–4 veckor men längre ledtider kan förekomma.

Om ekokardiografi visar nydebuterad HFrEF (EF <40%): skicka vårdbegäran till medicinmottagningen (gäller för Fagersta, Köping och Sala) eller till hjärtmottagningen (gäller för Västerås). Välj remissmall "Hjärtsvikt".



Målet är att vårdbegäran bedöms snabbt på hjärtsviktsmottagningarna och att patienter som gagnas av ett besök kallas dit inom 2 veckor för omhändertagande av hjärtläkare och sviktsköterska. Där ges information, läkemedelsupptitrering och fysioterapeutkontakt.

När en patient med HFrEF haft optimala läkemedelsdoser i 60–90 dagar bör man i lämpliga fall göra en kontrollekokardiografi.

Remiss tillbaka till primärvården skickas när patienten har uppnått behandlingsmålen och ytterligare behandlingar (CRT/ICD/flimmerablation, kranskärlsåtgärd el dyl.) inte är aktuella. Remiss tillbaka till primärvården skickas också om en patient av annan anledning handhas bäst inom primärvård, t ex vid boende vid SÄBO. Detta sker i samråd och utifrån gemensam överenskommelse.

Vid nydebuterad hjärtsvikt och HFmrEF och HFpEF kan remiss till hjärtsviktsmottagningarna i regionen övervägas, men för dessa patienter finns inte lika stark evidens för effekt av sviktläkemedel och det viktigaste för dessa patienter är riskfaktoråtgärder och symtomlindrande behandling.

För mer detaljer se [NKK Hjärtsvikt](#). Läs också gärna [Läkemedelsbulletinen nr 2, 2022 om hjärtsvikt](#).

För arbetsgruppen Nydebuterad hjärtsvikt:

Charlotta Hammar, sektionsansvarig överläkare Hjärtsektionen Västerås

Ingemar Lönnberg, överläkare Hjärtsektionen, sammankallande i Läkemedelskommitténs expertgrupp Hjärta och kretslopp.

Jonas Selmeryd, verksamhetschef Fysiologkliniken Västerås

Hanna Cederberg, Allmänläkarkonsult Primärvård

Petter Ahlroth Pind, Bitr. Allmänläkarkonsult Primärvård