

Gäller för: VE Kard Inf Hud Njur Gastro

Giltig från: 2026-06-03

Innehållsansvar: Lisa Brandin, (lisbr3), Överläkare

Giltig till: 2028-06-03

Granskad av: Erik Frick, (erifr), Processchef

Godkänd av: Kerstin Larsson, (kerla9), Verksamhetschef

# Flödesschema för medicinjustering vid kranskärlemottagningen i Skövde - kardiologi

## Förändringar sedan föregående version

Förlängd giltighet. Tillägg under infarktpat som följs via SEPHIA gällande prover, blodtryck & återbesök. Ändrat GUCH-patient till ACHD- patient.

## Bakgrund, syfte och mål

Säkerställa rutiner och flödesschema för medicinjustering, av sjuksköterska med personlig delegering, på kranskärlemottagningen, kardiologkliniken i Skövde.

## Arbetsbeskrivning

*Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.*

### **Flödesschema för medicinjustering:**

- Om patienten vid sjuksköterskebesök inte ligger bra i blodtryck kan sköterska justera dos av insatt behandling.
- Om otillräcklig effekt av ordinerad medicinsk behandling trots maxdoser meddelas ansvarig läkare skriftligen.
- Om detta leder till ny ordination meddelar ansvarig läkare KKM-sköterska att ny ordination/nytt e-recept finns.

- Sjuksköterskan meddelar patienten, följer upp/utvärderar och återkopplar till ansvarig läkare.
- Vid alla medicinjusteringar som sjuksköterska gjort ändrar hen i aktuella ordinationer och skriver ut ny/aktuell medicinlista till patienten.

**Ansvarig läkare** = utskrivande läkare på avd./korttiden/efter elektiv cor angio/PCI (om anställd på kardiologkliniken, annars överläkare vid utskrivningen).

#### **Vid medicinjustering gällande blodtryck:**

- Jämför med hur patienten låg i blodtryck under vårdtillfälle/tidigare besök så att det inte är ett enstaka högt blodtryck
- Kontroll av puls (bradycardi?)
- Vänsterkammarmfunktion (om nedsatt ökar indikationen för RAS-blockad och betablockad, men ökad försiktighet krävs med upptrappningen av betablockerare).
- Utvärdering av effekt efter 1-3 veckor (blodtrycks kontroll via KKM alt. Vårdcentral eller om patienten har egen blodtrycksmätare) och uppföljning av sköterska via telefon.
- Uppföljande blodtryckskontroller kan göras i hemmet om patienten har egen godkänd blodtrycksmätare (vb se [www. dableducation.com](http://www.dableducation.com))

#### **Vid medicinjustering gällande lipider:**

- Om muskelsmärter sätt ut statinbehandlingen helt, om besvären försvinner startas ny behandling med halverad dos.
- Om svåra muskelsmärter kontakta ansvarig läkare.
- Om muskelsmärterna kvarstår 3 v efter utsatt statinbehandling återinsätts statinbehandlingen.
- Uppföljning av statinbehandling görs tidigast efter 3-4 veckor.
- Som tillägg till fulldos statin (80 mg atorvastatin eller 40 mg Crestor) vid  $LDL \geq 1,4$  och ge Ezetrol (ezetimib) 10 mg.

Som tillägg till högsta tolererbara dos av statin och ezetimib överväg PCSK-9 hämmare (Praluent eller Repatha) om  $LDL > 2,0$  mmol/L

## Patientgrupper KKM, sjuksköterskebaserad mottagning, SkaS Skövde

### **Infarktpatient:**

Patientuppföljning:

- Sjuksköterskebesök efter 1-2 veckor
- < 80 år bör de delta i hjärtskola
- >80 år, ställningstagande av ansvarig läkare om deltagande i hjärtskolan (dvs har patienten nytta av den sekundärpreventiva utbildningen)
- Läkarbesök efter 8 veckor (kallas inom 6-9 v för SEPHIA)
- Patient som följs i SEPHIA mellanliggande provtagning samt blodtryck efter 8 månader
- Patient som följs i SEPHIA återbesök hos SSK efter 12 månader därefter utremittering

Betablockad, skyddande för alla som haft hjärtinfarkt med kvarstående nedsatt ejektions fraktion.

ACE-hämmare om ytterligare riskfaktor (diabetes, hypertoni, hjärtsvikt)

Statinbehandling

### **Ischemipatient, PCI-behandlad, ej haft infarkt:**

Patientuppföljning:

- Uppföljande besök till ssk vid behov
- Hjärtskola
- Läkarbesök efter 8 veckor (kan kallas 2 v före eller efter måldatum)

Indikation för att behandlas med ACE-hämmare om nedsatt EF och/eller hypertoni.

Ingen absolut indikation för behandling med betablockad.

Kontroll av lipid-status, om ej inom referensvärde öka Atorvastatin till 80 mg, utvärderas vid återbesöket till läkare.

## **ACB-opererad patient, ej haft infarkt:**

Patientuppföljning:

- Sjuksköterskebesök efter 1-2 veckor
- < 75 år bör de delta i hjärtskola
- >75 år, ställningstagande av ansvarig läkare om deltagande i hjärtskolan (dvs, har patienten nytta av den sekundärpreventiva utbildningen)
- Läkarbesök efter 8 veckor (kan kallas 2 v före eller efter måldatum)

Ingen absolut indikation för behandling med betablockad.

Genomgång av smärtlindrande behandling, trappa ut smärtlindrande medicinering.

Vid behov justera diuretikabehandling.

Vid ökning eller utsättning kontrolleras Na, K, Krea efter 1 vecka.

Om utsättning -> kontrollera om patienten haft Kaleorid samtidigt, i så fall sätts den ut också.

Vid svullet ben efter grafftagnning rekommenderas stödstrumpor.

## **Övriga patienter som kontrolleras/följs på KKM, ej kranskärslsjuka**

**Aorta/mitralis-klaff opererad patient:**

Patientuppföljning:

- Sjuksköterskebesök efter 1-2 veckor
- Läkarbesök efter 8 veckor (kan kallas 2 v före eller efter måldatum)

Målvärde blodtryck < 140/90 (om ej annat är angivet i journalanteckning).

Om blodtrycksvärde ej inom referensvärde hos patient med tidigare hypertoni följs flödesschemat enligt ovan.

Om tidigare medicinfri meddela ansvarig läkare om blodtrycket > 160/100

### **Patient med aortadissektion:**

Patientuppföljning:

- Sjuksköterskebesök efter 1-2 veckor
- Läkarbesök efter 8 veckor (kan kallas 2 v före eller efter måldatum)

Målvärde blodtryck < 130/85 (om ej annat är angivet i journalanteckning)

### **ACHD - patient med coractatio aorta:**

Vid besök ska blodtryck tas i båda armarna och ett ben.

Alla ska ha ett vilo ekg, även de som ska göra arbets ekg (så sparas tid vid arbetsprovet).

### **Diverse om mediciner på delegeringslistan för KKM-ssk**

Yngre patienter mår oftast bättre av ACE-hämmare jämfört med betablockerare.

Atenolol (vattenlöslig, övriga är fettlösliga), dokumenterad effekt på hypertoni men inte på ischemi.

Tiaziddiuretika i kombination med betablockad ökar risken för glukosintolerans.

Ökar risken för diabetes typ II:

- Statiner
- Betablockerare
- Tiaziddiuretika

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** VE Kard Inf Hud Njur Gastro

**Innehållsansvar:** Lisa Brandin, (lisbr3), Överläkare

**Granskad av:** Erik Frick, (erifr), Processchef

**Godkänd av:** Kerstin Larsson, (kerla9), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SKAS9709-121726567-4

**Version:** 9.0

**Giltig från:** 2026-06-03

**Giltig till:** 2028-06-03