

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Giltig från: 2025-09-30

Innehållsansvar: Nikoleta Kefala, (nikke2), Specialistläkare

Giltig till: 2027-09-16

Granskad av: Annette Trenge Jarlshammar, (anntr2), Utvecklingschef

Godkänd av: Christer Printz, (chrpr), Chefläkare

Hjärtsvikt – diagnostik, behandling och omvårdnad

Revideringar i denna version

Ändrad rutin kring insättning av läkemedel vid HFrEF och HFpEF. Ändrad gräns av tillåten stegring av krea och kalium vid upptitrering. Förlängd giltighet.

Bakgrund, syfte och mål

Likvärdigt medicinskt och omvårdnadsmässigt omhändertagande av patienter med misstänkt eller konstaterad hjärtsvikt på SkaS.

Arbetsbeskrivning

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

Utredning

- Anamnes (glöm inte: NSAID, alkohol), status, längd och vikt
- EKG
- Provtagning:
- El- och leverstatus
- Blodstatus
- Thyreoideastatus
- Fasteblodssocker
- NT-proBNP
- P-ferritin, P-järn, TIBC om Hb<150
- B-Peth

UCG bekräftar diagnosen. (UCG är som regel inte indicerat vid isolerad hjärtsviktsfrågeställning om normalt EKG och NT-proBNP)

Vid konstaterad hjärtsvikt skall utredning av bakomliggande orsak i samråd med kardiolog.

Behandling

1) Dekompenserad hjärtsvikt

- Urvätskning med Furix iv 10mg/ml 2 - 12 ml (viktnedgång max 2 kg/dygn).

Vid terapivikt överväg Furixinfusion, T Metolazon, Simdaxinfusion i samråd med kardiolog.

- Vätskekarens
- Vid behov KAD

Vid hotande lungödem tas kontakt med kardiologen, för ev flytt till HIA för CPAP-behandling.

- Hjärtsängsläge
- Syrgasbehandling vid behov.
- Furix iv
- Rutinmässig användning av opiater rekommenderas inte, förutom till utvalda patienter med svår/svårbehandlad smärta eller ångest.
- Nitroglycerinspray om blodtryck tillåter.
- Lågmolekylärt heparin (LMWH) rekommenderas som DVT-skydd till patienter som inte redan står på eller har kontraindikation mot antikoagulantia. Behandlingstid 5 dagar eller kortare om pat inte är immobiliserad.

2) Basbehandling systolisk hjärtsvikt:

Insättning och upptitrering av nedanstående fyra läkemedelsgrupper sker parallellt. Viket/vilka läkemedel som sätts in först styrs av patientens behov och klinik.

ACE- hämmare eller angiotensinreceptorblockerare

- Enalapril måldos 20 mg/dygn
- Ramipril, måldos 10mg/dygn
- Candesartan måldos 32 mg/dygn
- Valsartan måldos 320 mg/dygn
- Losartan måldos 150 mg/dygn

Betablockerare

- Metoprolol måldos 200 mg/dygn
- Bisoprolol måldos 10 mg/dygn (föredras särskilt vid perifer kärlsjukdom och obstruktiv lungsjukdom)
- Karvedilol måldos 50 mg/dygn

Aldosteronantagonist

- Spironolakton måldos 50 mg/dygn
- Eplerenon måldos 50 mg/dygn (att föredra vid ischemiskt utlöst hjärtsvikt)

SGLT-2 hämmare

- Empaglifozin (Jardiance) 10mg/dygn (att föredra vid ischemiskt utlöst hjärtsvikt) och samtidig diabetes typ 2 vid behov av ev framtida dosökning)
 - Dapaglifozin (Forxiga) 10 mg /dygn
- SGLT- 2 -hämmare är kontraindicerat vid samtidig diabetes typ 1.

Vid fortsatta hjärtsviktssymtom trots optimal medicinering skall kardiolog ta ställning till byte av RAAS-blockad mot **sakubitril/valsartan** (Entresto)

Entresto är i ESC-´s riktlinjer rekommenderat som alternativ till RAAS- bockad redan från behandlingsstart men blir i praktiken ofta aktuellt först vid otillräcklig effekt av de fyra ovanstående läkemedlen.

Devicebehandling - CRT (biventrikulär pacemaker) och/eller ICD (implanterbar defibrillator) skall övervägas vid kvarvarande EF < 35% hos symtomatisk patient.

3) Ytterligare behandling vid systolisk hjärtsvikt:

Vid sinusrytm med hjärtfrekvens >75 slag/min trots måldos betablockad, överväg insättning av **ivabradin** (Procoralan).

Vid NYHA II-IV och **järnbrist** (P-ferritin <100, alt <300 och järnmättnad <20%) indikation för iv järn om Hb < 150

Dosering [enl styrdokument](#).

Vid hjärtsvikt i kombination med förmaksflimmer överväg insättning av **digoxin** om flimmret är otillräckligt frekvensreglerat och kalium/krea tillåter.

Vid tecken till vätskeretention insättning av peroral och/eller intravenös **looptiuretika**, ex Furix. Lägsta möjliga dos eftersträva, efter genomförd urvätskning görs försök så att läkemedlet endast tas vid behov.

Hjärtsviktspatienten bör utbildas i egenvård och lära sig att själv titrera sina diuretikadoser.

Under upptitrering av läkemedel kontrolleras:

- Njurfunktion, kreatininstegring upp till 30 % tillåts, i utvalda fall upp till 50%.
- Kaliumvärde, upp till 5,3 mmol/L tillåts, i utvalda fall upp till 5,5 mmol/l.
- Blodtryck, puls och vid behov EKG. Om patienten är välmående accepteras blodtryck ner till 90 mmHg systoliskt samt puls ner till 50 slag/min.

Hjärtsvikt med bevarad systolisk funktion (HFrEF)

Vid isolerad **HFrEF** gås möjliga bakomliggande orsaker igenom och behandlas. **SGLT- 2 hämmare** insättes i samma doser som vid systolisk hjärtsvikt. **MRA** kan övervägas vid vätskeretention och/eller hypokalemi om blodtryck och krea/kalium tillåter. **iv järn** kan övervägas vid järnbrist och symtomatisk hjärtsvikt. **Diuretika** ges på symtomindikation.

Omvårdnad av inneliggande hjärtsviktspatienter

1) Andning/cirkulation:

- Var observant på andfåddhet, yrsel samt ödem och obstipation
- Höjd huvudända/hjärtsängsläge vid andfåddhet i planläge.
- Kontroll av blodtryck, puls, saturation och andningsfrekvens minst en gång/dygn.
- Daglig vikt före frukost.
- Överväg stödstrumpor/lindade ben vid benödem. Det är viktigt att patienten inte sitter med benen i 90 graders vinkel, använd fotvagga.
- Överväg kontakt med sjukgymnast för andningsträning med ex PEP-motstånd.

2) Nutrition:

- Vätskelista med vätskerestriktion på cirka 1500ml dryck/dygn. Lindra eventuella törstbesvär med ex salivstimulerande och sugtabletter.
- Reducerat saltintag.
- Viktigt med god munvård och observans på eventuell svampinfektion i munnen.
- Överväg näringsdryck och/eller E-kost vid dåligt kaloriintag/malnutrition. Med fördel kan man välja Calogen (30 ml x 3) som ger mycket kalorier på liten mängd vätska. Kontakt med dietist om behov av förskrivning av näringsdrycker i hemmet.
- Vid illamående överväg antiemetika.

3) Aktivitet:

Individuellt anpassad fysisk aktivitet och mobilisering efter ork. Erbjud kontakt med fysioterapeut för träningsprogram sittande/liggande och energibesparande åtgärder. Behövs hjälpmedel i hemmet, kontakta arbetsterapeut.

4) Elimination:

Vara uppmärksam på eventuella obstipations- och miktionsbesvär. Överväg [blåsscanning och KAD](#). Diarré kan förekomma som läkemedelsbiverkan.

5) Hud/vävnad:

Vanligt med torr hud och klåda. Smörj med mjukgörande och fuktgivande hudkräm. Var observant på eventuella vätskande ödem och sår.

6) Information/undervisning:

Individanpassad fortlöpande information om hjärtsvikt, egenvård och behandling. Patientbroschyren delas ut.

Uppföljning hjärtsviktsmottagningen

Vid utskrivning bör patienten remitteras till hjärtsviktsmottagningen [Skövde](#) eller [Lidköping](#) som är sjuksköterskebaserad och har tillgång till kardiologläkare vid behov.

Hjärtsviktsmottagningens uppdrag:

- Utökad och individanpassad information om hjärtsvikt till patient och anhöriga.
- Upptitrering av hjärtsviktsmedicinering till måldos.
- Iv järnbehandling vb
- Tidig sviktkontroll (inom 1-2 veckor) efter utskrivning.
- Iv diuretikabehandling polikliniskt vb.
- Möjlighet till samarbete med sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och dietist.
- Stöd till kommunsköterskor vid vård av svårt sjuk hjärtsviktpatient i hemmet.

- Innan patienten avslutas på hjärtsviktsmottagningen gör ansvarig kardiolog upp en plan för fortsatt uppföljning.

Subakuta återbesök:

Hjärtsviktsmottagningen i Lidköping har också möjlighet att ta emot subakuta återbesök från akutmottagningen på helgfria vardagar. Remiss kan dock faxas oberoende av veckodag/tid på dygnet. Gäller patient med säkerställd hjärtsviktsdiagnos och förvärrade sviktsymptom som behöver snabb poliklinisk uppföljning men som inte är i behov av inläggande vård.

Arbetsgrupp

Hjärtsviktsprocessen SkaS

Läkare: Hanna Österman och Nikoleta Kefala

Käll- och litteraturförteckning

För ytterligare information se:

[Kardiologens Vårdprogram](#)

[Skånes Vårdprogram för kronisk hjärtsvikt](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Nikoleta Kefala, (nikke2), Specialistläkare

Granskad av: Annette Trengde Jarlshammar, (anntr2),
Utvecklingschef

Godkänd av: Christer Printz, (chrpr), Chefläkare

Dokument-ID: SKAS9709-121726567-60

Version: 11.0

Giltig från: 2025-09-30

Giltig till: 2027-09-16