

Gäller för: Verksamhet Thorax och kardiologi

Giltig från: 2025-12-10

Innehållsansvar: Charlotte Nordberg Backelin, (chano5), Överläkare

Giltig till: 2026-06-30

Granskad av: Tomas Rydenstam Mellberg, (tomme1), Överläkare

Godkänd av: Kristofer Skoglund, (krisk3), Verksamhetschef

# PSV Nydebuterad hjärtsvikt

## Förändringar sedan föregående version

Mindre uppdateringar utifrån förändrad mottagningsverksamhet.

## Sammanfattning

### **Nydebuterad hjärtsvikt, uppföljning på teambaserad hjärtsviktsmottagning Sahlgrenska SU/S.**

Personcentrerat sammanhållet vårdförlopp, PSV-hjärtsvikt

## Syfte

Förbättrat och snabbare omhändertagande av patienter med nydebuterad hjärtsvikt med nedsatt vänsterkammarmfunktion (HFrEF) för att öka kvalitet och effektivitet i vården samt förbättra behandlingen av patienterna för ökad livskvalitet och för att minska sjukhusinläggningar.

## Arbetsbeskrivning

Vårdförloppet startas vid *välgrundad misstanke om nydebuterad hjärtsvikt* men kan ha flera ingångar.

### **Patient med misstänkt *nydebuterad hjärtsvikt* som kommer på remiss**

Remissen kan komma via remissportalen med eller utan UCG-svar. Remissen skall innehålla anamnes, EKG, läkemedelslista och provsvar inklusive ntProBNP.

Remissbedömning görs av sviktläkare.

### **Vid remissbedömning *innan* UCG:**

Remiss i SÄLMA som vi bedömer uppfyller kriterierna för PSV och/eller är märkt PSV. Om information saknas i remissen kan (standardiserat) svar med önskan om komplettering skickas till inremitterande (se bilaga)

- Om UCG ej är utfört skall UCG-remiss till klinfys skrivas direkt och *märkas med PSV-svikt*. Alternativt skickas en uppmaning till inremitterande att omgående ombesörja UCG. SÄLMA-remissen lämnas då kvar i SÄLMA med kommentar ”PSV, väntar UCG” och flyttas till ”under utredning”. När svar på ultraljud finns gör slutprioritering enligt nedan.

## Vid remissbedömning *efter* UCG:

1. Om ingen hjärtsvikt: Remissvar till vårdcentral och **PSV hjärtsvikt avslutas**
2. Vid hjärtsvikt med bevarad ejektionfraktion (HFpEF): Remissvar till vårdcentral med behandlingsråd. **PSV hjärtsvikt avslutas**
  - Hjärtsvikt av annan genes, som kräver annan behandling (tex grava klaffel, inlagringssjukdomar, HFmrEF etc): **PSV hjärtsvikt avslutas** och patienten tas om hand på hjärtmottagningen
  - Vid hjärtsvikt med reducerad ejektionsfraktion (HFrEF): **PSV hjärtsvikt fortsätter**.

Om patienten uppfyller kriterierna (nydebuterad HFrEF lämplig för sviktmottagning) för bokning till PSV-besök, sätts den upp på nybesök till ST/sviktläkare (PSVHJS) på sviktmottagningen (ST-mottagningen tisdagar alt valfri sviktspecialist) inom 4v efter UCG-svar.

Om remissen kommit via klinfys ska, oavsett utfall, en *kopia på sviktläkarens bedömning skickas till inremitterande*. Klinfys skall då redan ha skickat UCG-svar och information om att remissen har vidarebefordrats till kardiologen för att undvika dubbelremiss.

## Inneliggande patient på kardiologen med *nydebuterad HFrEF*

- Sviktbehandlingen initieras på avdelning. Skriv ut i daganteckning att det rör sig om en PSV-patient. Plan skall redan på avdelningen göras upp för fortsatt behandling.
- Sviktssk kontaktas av avdelningsläkaren/sköterska så att sviktssköterskan kan presentera sig och lämna ut infobrev och provtagningsinstruktion så att prover är tagna innan mottagningsbesök.
- Fysioterapeut träffar om möjligt patienten redan på avdelningen, fysioterapeuten meddelas av avd-läkare/ssk att det handlar om en PSV-patient.

## Inneliggande patient med *nydebuterad HFrEF* på annan (ej kardiologi) avdelning via kardiologkonsult

- Pat handläggas som ovan + meddela sviktssk. *Vid behov* bokas även nybesök sviktläkare och kan då sättas upp på PSV-mottagning i samråd med sviktkardiolog.
- Alternativt skickas remiss i remissportalen och läkare bedömer remissen i SÄLMA och bokar patienten till *sviktssk* PSV-mottagning. Individuell bedömning om nybesök till sviktläkare behövs.

## På hjärtmottagningen

Alla besök inom PSV-SVIKT på sviktmottagningen (ssk, läk, sjg) orsakskodas i Elvis med ”PSVHJS”. Detta är väldigt viktigt då det används i kvalitetskontroll för nationella jämförelser.

## Nybesök läkare på PSV-mottagningen

- Bokas på PSV-besök för en första bedömning och undersökning samt information och planering av behandling och vidare utredning med t.ex. MR.
- Om pat uppfyller kriterier för standardiserat titreringschema (länk) och vill ha hemmonitorering, välj behandlingsschema och skriv recept.
- Besöksanteckning dikteras med hög prio och *noggrant avseende planering av behandling* vilket sedan kan användas som bokningsunderlag till uppföljande besök på sviktssk PSV-mott.
- Personnummer lämnas i låda märkt PSV på expeditionen hjärtmottagningen. Sviktsk skickar därefter ut infobrev, ev provtagningsinstruktion och SSK ÅB-tid till patienten.
- Sätt diagnos, I50.1a (HFrEF), I50.1b (HfmrEF) eller I50.1C(HfpEF)
- Remiss skickas gärna redan vid nybesök till fysioterapeut, skriv ut PSV nydebuterad hjärtsvikt i önskad undersökning.

## Nybesök sjuksköterska på PSV-mottagningen

- Nybesök sviktssk, 1h för information och fortsatt upptitrering. Genomgång av standardiserad patientinfo om fortsatt planering och återbesök.
- Patienten får informationsbroschyr ”att leva med hjärtsvikt”.
- RiksSVIKT ifylles och ”Min koll på hjärtsvikt” lämnas ut till patienten.
- Remiss till Fysioterapeut om det inte redan finns etablerad kontakt (Kontrollera i Elvis). Skriv ut PSV nydebuterad hjärtsvikt i önskad undersökning.
- Upptitreringsbesök kan vara fysiska, på tfn och/el via distansmonitorering.
- När patienten är upptitrerad (mål inom 3 månader) skickar SSK standardiserad UCG-remiss för kontroll (märks PSV-3 månaders kontroll) innan uppföljande besök 3 mån efter upptitrering till läkare. Läkarbesök bokas. Vid osäkerhet om optimal medicinsk terapi är uppnådd diskuteras patienten på svikt-rond.

## Läkaråterbesök PSV-mottagning

Ställningstagande till andra linjens behandling, ICD/CRT, alt utremittering av upptitrerad och stabil patient. Uppföljning på sviktmottagningen är främst avsedd för högriskpatienter och de som är aktuella för andra linjens behandling. Stabila patienter utremitteras, med skriftlig remiss till vårdcentralen, bifoga aktuell lm-lista (recept skall förnyas för 1 år), labprover och undersökningar.

## Lathund för kodning av PSV-hjärtsviktspatienter

Vad?	Hur?	När	Noteringar
Orsakskod	PSVHJS	Sätts av inremitterande eller vid remiss-bedömning av mottagaren när välgrundad misstanke om hjärtsvikt föreligger. <i>Alla besök inom PSV-förloppet skall kodas med PSVHJS</i>	Detta utgör en <i>startpunkt</i> för inhämtande av information för att mäta kvaliteten.
	PSVHJSA <i>UX350</i>	Sätts när patienten utgår ur världsförloppet	Detta utgör en <i>slutpunkt</i> för inhämtande av information för att mäta kvaliteten.
Diagnoskoder	I50.1A (HF <sub>r</sub> EF) I50.1B ( HF <sub>mr</sub> EF) I50.1C ( HF <sub>p</sub> EF)	Sätts i samband med att patienten erhåller diagnosen och vid uppföljande återbesök	OBS: Se till att hjärtsvikt kodas riktigt: I50.1 (A, B, C) + övriga diagnoskoder för hjärtsvikt (i50.0-9). Detta är för att kunna kvalitetsmonitorera rätt typ hjärtsvikt
Åtgärds-koder	AF021 Ultraljudhjärta	Sätts i samband med första UCG när diagnosen ställs och vid eventuellt uppföljande ultraljud	
	PD009	Bedömning av tolerans för fysisk ansträngning och uthållighet (sätts av fysioterapeut)	

## Kvalitetsmonitorering

Följande kommer att mätas och följas upp för kvalitetsmonitorering:

Andel hjärtultraljud inom 30dagar

- Besök på sviktmottagning inom 30 dagar
- Fysioterapeutbedömning inom 90 dagar
- Första linjens behandling inom 30 dagar

För att möjliggöra detta är det viktigt att besök och åtgärder kodas rätt.

## Ansvar

Medicinskt ansvarig sektionschef på enheten är tillsammans med vårdenhetschefen på enheten ansvarig för att rutinen är känd och följs. Den sjuksköterska eller läkare som utför arbetsuppgiften är själva ansvariga för att utföra arbetsuppgifterna enligt följande rutin.

Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för att de rutiner och riktlinjer som verksamheten kräver finns tillgängliga och att verksamheten arbetar enligt SOSFS 2011:9.

## Uppföljning, utvärdering och revision

Utvärdering och revidering av rutindokumentet ska ske senast två år efter godkännande. Ansvar för revidering har vårdenhetschef för Hjärtmottagning, verksamhetsområde kardiologi.

## Dokumentation

Redovisande dokument ska hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkivering av allmänna handlingar.

## Granskare/Arbetsgrupp

Charlotte Nordberg Backelin, Vårdenhetsöverläkare Verksamhet Thorax och Kardiologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Karin Odefjord, Sjuksköterska, Verksamhet Thorax och Kardiologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Johanna Wermström, Specialistsjuksköterska, Verksamhet Thorax och Kardiologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Thorax och kardiologi

**Innehållsansvar:** Charlotte Nordberg Backelin, (chano5),  
Överläkare

**Granskad av:** Tomas Rydenstam Mellberg, (tomme1),  
Överläkare

**Godkänd av:** Kristofer Skoglund, (krisk3), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9777-819499373-475

**Version:** 3.0

**Giltig från:** 2025-12-10

**Giltig till:** 2026-06-30