

# Arbetsbeskrivning eftervårdsmottagning läkare, sekundärprevention

## Innehåll

Innehåll.....	1
<b>Förändringar sedan föregående version.....</b>	<b>2</b>
<b>Bakgrund och syfte.....</b>	<b>2</b>
<b>Förutsättningar.....</b>	<b>2</b>
<b>Arbetsbeskrivning.....</b>	<b>2</b>
Anamnes.....	2
Status.....	3
Speciella åtgärder.....	3
Livsstil/levnadsvanor.....	4
Diagnossättning.....	5
Uppföljning.....	5
<b>Ansvar.....</b>	<b>6</b>
<b>Uppföljning, utvärdering och revision.....</b>	<b>6</b>
<b>Arbetsgrupp.....</b>	<b>6</b>

# Förändringar sedan föregående version

Nytt dokument.

## Bakgrund och syfte

Eftervårdsmottagning avser ett första återbesök till läkare efter vårdtillfälle på en vårdavdelning på grund av ischemisk hjärtsjukdom. Syftet med denna arbetsbeskrivning är att alla läkare ska känna till vad besöket ska innehålla samt att skapa så bra förutsättningar för givande och likvärdiga patientbesök som möjligt.

## Förutsättningar

Det är viktigt att vara väl förberedd inför mottagningsbesök. Läs på patienterna, inklusive anteckningar från sjuksköterska och fysioterapeut. Diskutera gärna eventuella problem i förväg med senior kollega.

## Arbetsbeskrivning

Läkarens uppgifter under återbesöket är följande

### Anamnes

- Ska koncentreras i möjligaste mån till hjärthändelsen samt symptomevaluering avseende anginösa bröstsmärtor, hjärtsviktssymtom och arytmisymtom när det hör till.
- Läkemedel – aktuella mediciner, följsamhet, eventuella biverkningar. Man bör alltid gå igenom aktuell medicinlista med patienten! Aktuella ordinationer ska vara uppdaterade och aktuella.
- Penetrera tobaksanamnes hos patienter som rökt fram tills hjärthändelsen.
- Fysisk aktivitet och träning – har patienten kommit i gång med träning? Några problem?
- Kost, stress och alkoholvanor får penetreras när lämpligt.
- Arbetsförmåga: Har patienten börjat jobba igen? Heltid/deltid?

## Status

Ska koncentreras i möjligaste mån till hjärtstatus (auskultera hjärta och lungor, ta blodtryck, kolla efter perifera ödem, post-op status hos CABG opererade patienter).

## Speciella åtgärder

### Läkemedel

- Upptitrera i första hand ACEi/ARB och i andra hand betablockerare. Även hos patienter som har uppnått blodtrycksmålet bör man sträva efter att komma upp i full dos ACEi/ARB, såvida inte hypotoni eller njurfunktionsnedsättning hindrar detta. Elektrolyter och kreatinin bör kontrolleras 1–2 veckor efter upptitrering av ACEi/ARB.

Om ytterligare blodtryckskontroll önskas rekommendera gärna hembloodtryck alternativt hänvisa patienten till vårdcentralen för egenmätning om möjlighet finns. I andra hand kan ny mätning göras på mottagningen. Kontakta i dessa fall sjuksköterska/undersköterska för planering.

- Statiner. Beakta att det primära behandlingsmålet är LDL kolesterol <1,4 mmol/l och en 50% sänkning av utgångsvärdet. Generellt gäller att ju lägre LDL desto bättre. Låga värden (ex <1,0 mmol/L) bör således inte föranleda reducere i behandling.

Om inte patienten har biverkningar bör hen stå kvar på atorvastatin 80 mg. Om målvärden inte har uppnåtts får man skärpa behandlingen, i första hand genom tillägg av ezetimib. För detaljer se separat PM för Lipidbehandling efter hjärtinfarkt. Diskutera vid behov med senior läkare.

- Påtala för patienten vikten av läkemedelsföljksamhet och understryk att sekundärpreventiv läkemedelsbehandling vid kranskärslsjukdom är tills vidare. Betona speciellt vikten av dubbel trombocythämning

och att tillfälligt uppehåll eller avslutning i förtid inte får göras utan kontakt med mottagningen.

## Livsstil/levnadsvanor

- Uppmuntra till ökad fysisk aktivitet/träning samt rökstopp hos relevanta patienter.
- Om behov av stresshantering föreligger eller patienten uppvisar symptom talande för ångest och/eller depression kan patienten erbjudas kontakt med klinikens kurator/psykolog eller remiss till VC skrivas.
- Diskutera kost och vikt/viktnedgång i mån av tid och om patienten visar intresse för detta.
- Vid förhöjd fastglukos (>6.0 mmol/l) eller förhöjt HbA1c (>42 mmol/mol) utan känd diabetes, eller vid känd men dysreglerad diabetes (typ 2: HbA1c >52 mmol/mol; typ 1 HbA1c >60 mmol/mol), kontrollera att åtgärd har tagits, t.ex. att patienten har gjort eller är uppsatt för OGTT, planerad för diskussion på Hjärtadiabeteskonferens eller att remiss har avgått till VC för skärpt behandling. Om ingen åtgärd har tagits, diskutera med senior läkare.
- SGLT-2 hämmare och GLP-1 agonister har utöver sin glukossänkande effekt en kardioprotektiv effekt. Patienter med typ-2 diabetes och etablerad aterosklerotisk sjukdom bör behandlas med något eller båda dessa läkemedel.
- Hos patienter med genomgången hjärtinfarkt och som haft EF <35% under vårdtiden bör det kontrolleras att remiss för nytt UKG är skriven, då dessa patienter ska utvärderas avseende indikation för primärprofylaktisk ICD. Ifall ingen remiss finns får man skicka en

sådan. Om UKG är gjort inför besöket och visar EF <35% (minst 40 dagar ska ha gått från hjärtinfarkten) samt att patienten har symtom motsvarande NYHA klass II-III trots adekvat medicinsk behandling, diskutera med en senior läkare på kliniken för att gå igenom vad som ska göras.

- Sjukskrivning. I regel sjukskrivs patienter efter hjärtinfarkt i upp till 4 veckor och efter CABG i upp till 2–3 månader. Sjukskrivning kan behöva förlängas till exempel vid kvarvarande stenoser som väntar åtgärd eller förlängd rehabiliteringstid av olika anledningar (depression, infektioner, hjärtsvikt etc.). Observera att yrkeschaufförer ska ha genomgått fysiologisk icke-invasiv ischemiutredning med normalt utfall innan de får återvända till arbete. Kontrollera att remiss finns alternativt diktera om man har missat detta från avdelningen. Se också till att dessa patienter har sjukskrivning som räcker tills undersökning är utförd.

## Diagnossättning

Huvuddiagnos ska vara symtom/problem för vilket patienten är på besök. Är patienten symptomfri ska grundsjukdomen sättas som huvuddiagnos. Därefter bör relevanta bidiagnoser listas.

Specifika åtgärds-koder för samtal om ohälsosamma levnadsvanor (tobaksbruk, fysisk inaktivitet, riskbruk av alkohol eller ohälsosamma matvanor) ska registreras när relevant. Vilka åtgärder som tagits ska dokumenteras (remiss till specialistmottagning, recept för rökavväjningsläkemedel, patientens egenåtgärd etc.).

## Uppföljning

Patienter som vårdats för hjärtinfarkt, instabil angina och patient som genomgått kranskärlsintervention (CABG/PCI) rekommenderas följas på hjärtmottagning i ett år och bör därför inte utremitteras förrän efter att de har varit på ett-års SEPHIA besök hos kranskärlssjuksköterska eller läkare.

## **Ansvar**

Gäller på Medicinmottagning Mölndal, område 3, Sahlgrenska. Ansvar för spridning och implementering har verksamhetschef/enhetschef. Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar/lagar.

## **Uppföljning, utvärdering och revision**

### **Arbetsgrupp**

Pia Eriksson de Luca, sjuksköterska Medicinmottagningen

Hjärtsektionen VO Medicin och akutsjukvård SU/Mölndal

Susanna Thomsson, sjuksköterska Medicinmottagningen

Hjärtsektionen VO Medicin och akutsjukvård SU/Mölndal

Josefin Romskaug, sjuksköterska Medicinmottagningen

Hjärtsektionen VO Medicin och akutsjukvård SU/Mölndal

Lena Garplid, sjuksköterska Medicinmottagningen Hjärtsektionen VO

Medicin och akutsjukvård SU/Mölndal

Rutinen är utarbetad efter befintlig rutin från Perfect- CR Margrét

Leósdóttir, Kardiologen Lund 2023

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Medicin geriatrik och akutsjukvård  
Möln dal

**Innehållsansvar:** Josefin Romskaug, (josro11), Sektionsledare

**Granskad av:** Ulf Axelsson, (ulfax2), Överläkare

**Godkänd av:** Pär Parén, (parpa1), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9777-819499373-557

**Version:** 1.0

**Giltig från:** 2025-04-28

**Giltig till:** 2027-04-28