

Nydebuterad Hjärtsvikt – strukturerat omhändertagande genom PAS-skap

Inledning

Patienter med hjärtsvikt är en av sjukvårdens största utmaningar. Hjärtsvikt är idag den vanligaste diagnosen vid Sveriges medicinkliniker och också den vanligaste orsaken till vård på sjukhus med omkring 60.000 vårdtillfällen/år (1). Var 5:e patient som vårdas på sjukhus för hjärtsvikt avlider eller återinläggs inom 30-dagar (2). Sjukvårdskostnaden uppskattas till ca 3 miljarder årligen (3). Ungefär 250 000 patienter i Sverige lider av hjärtsvikt av och varje år insjuknar ca 40.000 personer med nyupptäckt hjärtsvikt (4). Denna patientgrupp har en hög mortalitet och prognosen kan jämföras med de vanligaste cancersjukdomarna (5). Registeranalyser visar brister i rekommenderad behandling. Exempelvis så är basbehandlingen med läkemedel underutnyttjad (6). Trots erfarenhet och klinisk praxis är således hjärtsviktspatienten kostsam för sjukvården och dess komplexitet är stor då ofta samsjuklighet finns. Studier visar att sjuksköterskebaserad hjärtsviktsmottagning leder till minskad sjuklighet, förbättrad livskvalitet, bättre behandling och minskad dödlighet (7).

Syfte

Ett mindre pilotprojekt uppstartades under våren 2022 via hjärtsviktsmottagningen på Centralsjukhuset i Karlstad. Syftet var att identifiera patienter med hjärtsvikt i samband med vårdtillfälle, säkerställa korrekt medicinsk behandling, följsamhet till behandling och minska behovet av återinläggning. Att undersöka om PAS-skap (PAS= patientansvarig sjuksköterska) kan effektivisera vårdarbetet.

Projekttid

3 månader

Urval

Patienter med nydebuterad hjärtsvikt HFrEF $\leq 40\%$ inneliggande på kardiologavdelning
11 patienter

Metod

Under projektets gång så var hjärtsviktssköterska närvarande vid morgonmöte på kardiologavdelning och gavs information om patienter med HFrEF (hjärtsvikt med nedsatt vänsterkammarmfunktion) och nydebuterad hjärtsvikt. I samband med rond så gavs patienten hjärtviktsdiagnos och ansvarig kardiolog startade upp aktuell sviktbehandling i lägsta dos. Oftast sattes fyra rekommenderade läkemedel in samtidigt; Betablockerare, ACE-hämmare, Mineralreceptorantagonist och SGLT-2 hämmare.

Mot slutet av vårdtiden träffade hjärtsviktssköterskan patienten på avdelningen och skapade en första kontakt. PAS-skap initierades. Hjärtsviktssköterskan säkerställde att hjärtviktsdiagnos hade uppfattats. Patienten gavs broschyr om hjärtsvikt, telefonnummer till mottagningen samt information kring hjärtsvikt och plan för

uppföljning. Patienten gavs möjlighet att själv bestämma fortsatt uppföljningsform. Kontakten journalfördes och planerad uppföljning med datum och klockslag ordnades omgående enligt överenskommelse med patienten.

PAS ansvarade för samordnad planering, bedömning och genomförande av såväl omvårdnadsåtgärder som medicinska åtgärder. Första uppföljning skedde ca 14 dagar efter utskrivning via besök eller telefon för sviktkontroll och följsamhet till behandling. Därefter skedde regelbundna kontakter tills den medicinska behandlingen var optimerad.

PAS uppgift är bland annat att informera och utbilda om hjärtsvikt, ge råd om egenvård, följa upp given information och behandling, dosjustera sviktbehandling, skriva remiss till olika instanser såsom fysioterapeut, dietist eller kurator. Målet med patientutbildning är att patienten ska få ökad kunskap kring sin sjukdom, vara uppmärksam på tecken till försämring, kunna vidta egenvårdsåtgärder och förstå när det är dags att söka professionell hjälp.

PAS utförde läkemedelstitrering, optimering och utvärderade effekt och symptomskattning genom NYHA-klassificering. Patienterna anslöts även till Rikssviktsregistret med planerad uppföljning efter sex månader.

Hjärtsviktsbehandlingen optimerades inom tre månader från diagnos och PAS bokade uppföljande besök till PAL (kardiolog) för utvärdering av medicinsk behandling, NYHA-klassifikation, hjärtultraljud, och ställningstagande till förstärkt behandling. Målet med farmakologiska behandling är att minska symptom och sjuklighet, förbättra livskvalitet och minska återinläggning (8).

Resultat

Patienter som vårdats för dekomensation har ökad mortalitetsrisk under vårdtiden 4-10% och det är viktigt att sviktbehandling uppstartas omgående och att doser upptitreras skyndsamt. (8). Hjärtsviktsmottagningens organisation spelar stor roll där kompetens, organisation och bemanning har stor betydelse för dess funktion och hur snabbt patienter kan följas upp (4).

Vårdens uppgift är att utse fast vårdkontakt och underlätta kontaktvägar för patienten. Styrande dokument ska användas för att säkerställa jämlik vård vid hjärtsvikt och ökad vårdkvalitet (4).

Genom att kontakt initieras redan under vårdtillfället med plan för behandling och en uppföljningstid <14 dagar så säkerställs patienten en snabbare uppföljning istället för att hamna på en väntelista till hjärtsviktsmottagningen. En informerad och medverkande patient som ges delaktighet till vård och behandling har en förutsättning för ett snabbare tillfrisknande och förbättrad livskvalitet. När hjärtsviktssköterskan träffade patienten på avdelningen så närvarade anhöriga i stor utsträckning. Detta gav ofta en trygghet och en ökad delaktighet och samsyn i patientens plan för behandling.

Pilotstudien är för liten i sin omfattning för att ge ett fullvärdigt resultat men genom PAS-skap kan troligen måldoser av den medicinska behandlingen ökas på ett snabbare, tryggare och på ett mer effektivare sätt då samma sköterska ansvarar för vårdkontakter. Tid till optimal behandling kan förkortas. PAS arbetar självständigt med uppföljning och tidsbokning vilket ger patientkontinuitet och effektiviserat vårdarbete vilket på sikt kan förkorta vårdkö, öka tillgängligheten till vården och därmed minskad återinläggning. Sannolikt så kan ett strukturerat omhändertagande genom PAS-skap redan under vårdtillfället kan leda till snabbare uppföljning och ge en bättre följsamhet till behandling.

Återinläggningsfrekvens: 2
Tid till hjärtsvikssköterska: 14 dagar
Patientansvarig sjuksköterska

Diskussion

Hjärtsviktsvården behöver bli mer jämlik och tillgängligheten till vården öka. Samarbete mellan slutenvård och primärvård behöver förstärkas och antalet hjärtsviktsmottagningar på vårdcentraler behöver bli fler. Med sjuksköterskebrist följer rekryteringsproblem och kompetens för hjärtsvikt finns inte tillgänglig i den mån det skulle behövas.

Färdvägar till att nå vården ser olika ut beroende av vilka kontaktmöjligheter som vården kan erbjuda och var patienten bor. Patienter når därför fram på olika sätt till vården, oftast genom att ringa till sin mottagning under telefontid eller via 1177 där det sistnämnda inte är ett så enkelt verktyg för alla, framförallt inte för den äldre generationen som saknar Bank-ID. Sedan pandemin har digitaliseringen i samhället ökat och ställer därmed högre krav på vården.

På Centralsjukhuset i Karlstad har man nyligen startat med hjärtsviktronder varje fredag på avsatt tid. Detta är ett försök och en satsning på att förstärka samarbetet mellan primärvård och slutenvård och öka kompetensen inom hjärtsviktsvård. Under våren 2023 finns även en plan för digital uppföljning som komplement till besök och/ eller telefonkontakt. Förhoppningen är att underlätta för de patienter som av olika skäl har svårt att ta sig till vården eller som bor långt från sjukhuset.

Hjärtsviktsmottagningen,
Centralsjukhuset Karlstad 30/11 2022

Referenslista

1. <https://www.ucr.uu.se/rikssvikt/om-rikssvikt/bakgrund-och-historia>
 2. Dagens Medicin. Brister i vården riskerar livet på hjärtsviktspatienter, 2018
 3. <https://www.skr.se/kvalitetsregister/hittaregister/registerarkiv/hjartsvikt.44208.html>
 4. https://d2flujgsl7escs.cloudfront.net/external/210224_Vårdförlopp_hjartsvikt_p_uhl.pdf

 5. <https://ekg.nu/amne/hjartsvikt-orsaker-utredning-behandling-diagnos/>
 6. <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/geriatrik/hjartsvikt-kronisk-med-reducerad-systolisk-funktion-hfref/>
 7. Läkemedelskommitéen, Terapitips nr 4, L. Sörmland, Editor. 2009
 8. <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/geriatrik/hjartsvikt-akut/>
-
-