

Dokumenttitel: Länsgemensam vårdöverenskommelse primärvård och medicin, inriktning kardiologi	Diarienummer: LS-LED17-0496 PVN17-0064
Ämnesområde: Ansvarsfördelning och arbetsordning	Giltig från: 2016-12-15
Nivå: Anvisning	
Författare: Arbetsgrupp, se nedan, Mats Bäckarslöf, Utvecklingsenheten, Kristian Waern-Bugge, Läkare	
Dokumentansvarig: Utvecklingsenheten	
Beslutad av: Jörgen Striem, Hälso- och sjukvårdschef; Asghar Farahani, Chef Hälsoval; Björn Hallström, representant för privata vårdgivare	

Länsgemensam vårdöverenskommelse primärvård och medicin, inriktning kardiologi

Innehåll

Förord	2
Akut krans-kärlssjukdom	3
Stabil kranskärlssjukdom	4
Hjärtsvikt	6
Förmaksflimmer/-fladder	6
Misstänkt kardiell svimning	8
Bradyarytmier	8
Hjärtklappning	9
Hjärtfel/klaffel	9
<i>Aortastenos</i>	9
<i>Aortainsufficiens</i>	10
<i>Mitralisinsufficiens</i>	11
<i>Övriga klaffel (mitralisstenos, tricuspidalisinsuff med hemodynamisk betydelse)</i>	12
<i>Hyperτροφisk kardiomyopati</i>	12
Medfödda hjärtfel	13
<i>Medfödda hjärtfel upptäckta i vuxenålder</i>	13

Förord

Länsgemensamma vårdöverenskommelser är en del i arbetet med att utveckla en vård på lika villkor för befolkningen i Sörmland. Ett funktionellt samarbete och strukturerat remissförfarande mellan primärvården och andra specialiteter är ett stöd för läkare och andra yrkeskategorier i behandlingen av patienter och som bidrar till ett omhändertagande med goda resultat.

Primärvård är den hälso- och sjukvård som utgör den första vårdnivån och omfattar medicinsk utredning av vanliga tillstånd, behandling, omvårdnad, prevention och rehabilitering. Remiss till internmedicin/kardiologi ska i normalfallet ske då konsultation behövs med anledning av patientens medicinska behov och där den specialiserade vården kan bidra.

I den här överenskommelsen beskrivs förutsättningarna för vad som gäller mellan primärvården, kardiologin, klinisk fysiologi i den sörmländska hälso- och sjukvården.

Överenskommelsen har tagits fram 2010-12-01 av en arbetsgrupp som varit sammansatt av deltagare inom primärvård, kardiologisk specialistvård, klinisk fysiologi samt paramedicin. Utvecklingsenheten, kvalitets- och verksamhetsutvecklingsstaben, har bistått gruppen med processtöd och samordning. Överenskommelsen är reviderad november 2016 av nedanstående arbetsgrupp.

Deltagare i arbetsgruppen:

Kristian Waern-Bugge	Verksamhetschef, Medicinkliniken NLN
Martin Serrander	Specialistläkare, Medicinkliniken, NLN
Stefan Pettersson	Överläkare, Medicinkliniken MSE
Mahbub Siddiqui	Överläkare, Medicinkliniken KSK
Anna Ormegard	Verksamhetschef, Klinisk fysiologi
Malin Holm	Sjukgymnast, Paramedicin KSK
Björn Forslund	Distriktsläkare, VC Stadsfjärden
Vasil Pema	Distriktsläkare, VC Gnesta
Violetta Munoz	Distriktsläkare, VC Strängnäs
Mats Bäckarslöf	Projektledare, Utvecklingsenheten, Kvalitets- och verksamhetsutvecklingsstaben

Arbetsgruppen svarar för innehållet i överenskommelsen. Verksamhetscheferna för primärvård och internmedicin ansvarar för att den görs känd och hålls aktuell. Överenskommelsen som gäller för verksamheterna och de privata vårdgivare som Landstinget Sörmland har avtal med är fastställd 2016-12-15.

Akut krans-kärlssjukdom	<ul style="list-style-type: none"> • ST-höjningsinfarkt • Icke ST-höjningsinfarkt • Instabil angina pectoris <p>Med instabil angina avses nydebuterad allvarlig angina, ökade besvär av ansträngningsangina till en lättväckt sådan eller episoder av viloangina under senaste månaden.</p>
SKÖTS AV	Medicinkliniken, remitteras akut.
UTREDNING/ BEHANDLING FÖRE REMISS	Patienterna kommer oftast via ambulans.
REMISSUPPGIFTER	<p>Om patienten söker på vårdcentral.</p> <ul style="list-style-type: none"> • EKG-undersökning (registreras direkt i databas) • Kontakt med medicinbakjour/hjärtjour (Vid ST-höjningsinfarkt tas direkt kontakt med hjärtjour MSE tel 04849)
ÅTERREMISS/ UPPFÖLJNING	<p>Återbesök till medicinkliniken.</p> <ul style="list-style-type: none"> • I allmänhet minst 1 läkarbesök till medicinkliniken (speciell tonvikt på sekundär prevention) • Arbets-EKG vid behov <p>Uppföljning inom primärvården.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efter återbesöket inom medicinkliniken sker uppföljning inom primärvården i okomplicerade fall. <p>Uppgifter till kvalitetregistret SEPHIA sköts av medicinkliniken. Uppgifter hämtas från primärvården efter 1 års-kontrollen (Blodtryck, LDL-kolesterol samt fp-glukos, HbA1c hos diabetiker)</p>
PARAMEDICIN	<p>Poliklinisk fysisk träning sker på sjukhusen samt vårdcentralerna Mariefred och Strängnäs. Tester enligt nationella riktlinjer, registreras i SEPHIA.</p> <p>Poliklinisk hjärtskola på sjukhusen med sjukgymnast, kurator och dietist och/eller individuell kontakt vid behov.</p> <p>Poliklinisk krisbearbetning/samtalskontakt med kurator på sjukhus vid behov.</p>
OMVÅRDNAD	<p>I allmänhet 1 besök till hjärtsjuksköterska.</p> <p>Poliklinisk hjärtskola på sjukhusen med bland annat rökstopp och stresshantering.</p>
SJUKSKRIVNING	<p>Medicinkliniken ansvarar för sjukskrivning tills patienten är färdigbehandlad på medicinkliniken avseende hjärtsjukdomen.</p> <p><u>Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd:</u> Vid akut hjärtinfarkt utan komplikationer är arbetsförmågan som regel helt nedsatt i alla former av arbeten i upp till 4 veckor. En del patienter kan därefter återgå till heltidsarbete, men för en del är deltidssjukskrivning i upp till ytterligare 4 veckor</p>

	<p>lämpligt. För vissa patienter finns behov av intyg för att söka ”förebyggande sjukpenning” för att kunna delta i fysisk träning och hjärtskola enligt de nationella riktlinjerna.</p> <p>Vid komplikationer kan längre tids sjukskrivning behövas och i vissa fall, till exempel vid omfattande hjärtmuskelskada hos patient med fysiskt eller psykiskt krävande arbete, kan arbetsförmågan vara permanent nedsatt, helt eller delvis.</p> <p><i>Länk till Socialstyrelsens hemsida för ytterligare information finns i bilaga</i></p>
REMISSUPPGIFTER VID ÅTERREMISS TILL PRIMÄRVÅRDEN	<p>Skriftliga remisser – se styrande dokument: <i>Remisshantering i Landstinget Sörmland, God klinisk praxis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Förlopp • Behandling • Komplikationer • Kranskärlsröntgen/PCI • Bypassoperation • Metallstent/läkemedelsstent • Läkemedel/planering inför framtid • Planerad behandlingstid med Clopidogrel, Brilique och Efient • Planerad sjukskrivning • Resultat av ekokardiografi och eventuellt arbets-EKG • Rekommendation om tidpunkt för återbesök • Uppgifter om kvarstående riskfaktorer <p>Uppföljning enligt SEPHIA protokoll, 1 år (Blodtryck, LDL-kolesterol samt fp-glukos, HbA1c hos diabetiker) OBS! Ange detta på remiss till primärvården. Insamling och rapportering av data till SEPHIA-registret sköts av respektive medicinklinik.</p>

Stabil kranskärlsjukdom	<p>Stabil angina pectoris</p> <p>Med stabil angina avses angina där symtom funnits under minst en månad eller nydebuterad angina som är lindrig till karaktären och utan tydliga tecken till försämring. (Okaraktäristisk bröstsmärta vid ett eller enstaka tillfällen är inte med säkerhet angina).</p>
SKÖTS AV	Primärvården
UTREDNING/ BEHANDLING FÖRE REMISS	<p>Arbets-EKG (helst obehandlad patient, med undantag för ASA, kortverkande nitroglycerin) Vid mycket stark misstanke om angina kan arbetsprov avstås och förslagsvis telefonkontakt med kardiolog/medicin bakjour tas för ställningstagande till invasiv utredning.</p> <p>Farmakologisk behandling</p> <p>Myokardskintigrafi (vid svårtolkat arbets-EKG, i samråd med kardiolog)</p> <p>Remittering till kardiolog sker:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. vid svårigheter att ställa diagnos, trots utredning ovan (samråd gärna)

	<p>2. vid inskränkningar i dagliga livet trots rekommenderad farmakologisk behandling</p> <p>3. vid misstanke om huvudstamsstenos eller trekärslssjuka (ses i remissvar från arbets-EKG)</p>
REMISSUPPGIFTER	<ul style="list-style-type: none"> • Fyllig anamnes • Riskfaktorer • Resultat av arbets-EKG och myokardskintigrafi samt eventuellt andra utförda undersökningar • Njurfunktion (eGFR) • Behandling • Information till patienten om ev. åtgärder till följd av remitteringen
ÅTERREMISS/ UPPFÖLJNING	<p>Minst ett besök till hjärtsjuksköterska. Vid okomplicerad PCI uppföljning inom primärvården. Vid CABG minst ett återbesök till läkare på medicinkliniken.</p> <p>Om patienten är stabil efter invasiv intervention – åter till primärvården för uppföljning enligt sedvanliga sekundärpreventiva principer.</p>
PARAMEDICIN	<p>Hjärtskola och fysisk träning på sjukhusen för patienter som genomgått PCI alternativ CABG. Sjukhusansluten sjukgymnast provar ut TENS inför ställningstagande till baksträngsstimulator. Patienter med behov av kuratorskontakt, på grund av hjärtproblem, träffar kurator på sjukhuset. Dietistkontakt sker på vårdcentral vid behov.</p>
OMVÅRDNAD	<p>Minst ett besök hos hjärtsjuksköterska efter intervention</p>
SJUKSKRIVNING	<p>Medicinkliniken ansvarar för sjukskrivning tills patienten är färdigbehandlad på medicinkliniken avseende hjärtsjukdomen.</p> <p><i>Länk till Socialstyrelsens hemsida för ytterligare information finns i bilaga</i></p>
REMISSUPPGIFTER VID ÅTERREMISS TILL PRIMÄR- VÅRDEN	<p>Skriftliga remisser – se styrande dokument: <i>Remisshantering i Landstinget Sörmland, God klinisk praxis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Förlopp • Behandling • Komplikationer • Kranskärslsröntgen/PCI/CABG • Metallstent/läkemedelsstent • Läkemedel/planering inför framtid • Planerad behandlingstid med eventuellt Clopidogrel • Planerad sjukskrivning • Resultat av arbets-EKG/ekokardiografi • Rekommendation om tidpunkt för återbesök

Hjärtsvikt	
SKÖTS AV	<p>Patienter i Landstinget Sörmland med diagnosen hjärtsvikt vårdas enligt (SVP) hjärtsvikt i både primärvård och slutenvård. Se styrande dokument: <i>KARD 2.48 Standardvårdplan - Hjärtsvikt</i></p> <p>Ansvarsfördelningen mellan primärvård och slutenvård anges på sidan 2 i följande dokument: <i>Checklista Hjärtsvikt</i> (bilaga till <i>KARD 2.48 Standardvårdplan - Hjärtsvikt</i>)</p>
Förmaksflimmer/-fladder	
SKÖTS AV	<p>Nyupptäckta symtomgivande förmaksflimmer med debut inom 48 timmar inremitteras akut för ställningstagande till elkonvertering. Nyupptäckt förmaksflimmer med oklar debut eller duration över 48 timmar inremitteras akut vid alarmerande symtom som t ex snabb kammarfrekvens, lågt blodtryck eller sviktsymtom. Företrädesvis tas kontakt med medicinbakjour/kardiologjour innan patienten remitteras akut till sjukhus.</p> <p>Möjlighet finns att ringa hjärtjour/medicinbakjour för överenskommelse om elkonvertering nästföljande morgon med patienten fastande från kl. 24.00.</p> <p>Paroxysmala, persisterande och permanenta förmaksflimmer utreds och handläggs i första hand av primärvården. Vid måttliga till uttalade symtom av ett paroxysmalt eller persisterande förmaksflimmer ev remiss till medicinklinik (ej akut) för bedömning av behov av rytmreglerande åtgärder (elkonvertering, antiarytmika, lungvensablation) eller vid inadekvat frekvensreglering (även av permanent förmaksflimmer).</p> <p>Vid upptäckt av asymtomatiskt förmaksflimmer i samband med pacemaker avläsning hos hjärtsköterska, kan remiss utfärdas från medicinklinik till primärvård för insättande av antikoagulantia under förutsättning att det av remissen framgår vilket ställningstagande som gjorts gällande indikationen för antikoagulantia.</p> <p>Antikoagulantia behandling ska påbörjas hos patient med förmaksflimmer och riskfaktor för stroke. Lämpligen kan riskevaluering för tromboemboliska komplikationer ske med hjälp av sk CHA2DS2VaSc-score där man vid 0 poäng ska avstå från blodförtunnande behandling om patienten inte är aktuell för elkonvertering. Vid 1 poäng bör man rekommendera insättning av antikoagulantia (om inte denna poäng står för kvinnligt kön). Vid 2 poäng eller mer finns en stark indikation för antikoagulantibehandling.</p> <p>Insättning av antikoagulantia utförs av diagnossättande läkare och som också ansvarar för ifyllande av blankett (NOAK) som lämnas till AK-mottagning.</p> <p><i>Länk till ICD.nu finns i bilaga</i></p> <p><i>Länkar till NOAK finns i bilaga</i></p>

	<p>Hos patienter med förmaksflimmer som genomgår PCI med stentinläggning eller vårdats för akut coronart syndrom där det är aktuellt med kombinationsbehandling av antikoagulantia och trombocythämning, var god se rutin: <i>KARD 2.40 Antitrombotisk behandling hos patienter med förmaksflimmer som behandlas för akut koronart syndrom och/eller genomgår PCI</i></p>
UTREDNING/ BEHANDLING FÖRE REMISS	<ul style="list-style-type: none"> • EKG • Ekokardiografi bör utföras hos de allra flesta patienter med nyupptäckt förmaksflimmer. Förenklad ekokardiografi kan utföras inom två veckor (motsvarande svikteko, frågeställningen bör vara, vänsterkammarmfunktion), om blåsljud auskulteras bör ett fullständigt ekokardiografi utföras. • Thyroideastatus <p>Vid remittering till AK-mottagning för insättning/uppföljning av Waranbehandling följs de lokala rutiner som finns på respektive sjukhus. Önskas ställningstagande till elkonvertering ska separat remiss för detta skickas till MSE samt NLN medans en gemensam remiss för Waraninsättning och ställningstagande till elkonvertering kan skickas till KSK.</p>
REMISSUPPGIFTER	<ul style="list-style-type: none"> • Duration och frekvens av flimmerepisoder och associerade symtom • Debut av flimmer (om möjligt) • Underliggande strukturell hjärtsjukdom • Andra sjukdomar • Aktuell medicinering • Överkänslighet • Längd, vikt
ÅTERREMISS/ UPPFÖLJNING	<p>Efter lyckad elkonvertering och symtomfrihet – till primärvården.</p> <p>Recidiverande förmaksflimmer efter ett regulariseringsförsök – om symtomatiskt åter till medicinkliniken för ställningstagande till förnyat regulariseringsförsök och farmakologisk recidivprofylax. Om patienten insätts på antiarytmisk behandling som t ex Multaq, Tambocor, Cordarone eller Sotalol ska fortsatta kontroller ske på medicinklinik.</p>
PARAMEDICIN	Gäller inget särskilt
SJUKSKRIVNING	<p>Rekommendationer gällande bedömning av arbetsförmåga</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flimmer utan symtom eller lindriga symtom hindrar inte heltidarbete. • Flimmer med svåra symtom kan göra patienten helt arbetsoförmögen. • Vid paroxysmala flimmer med svåra symtom kan arbetsförmågan under episoderna vara helt nedsatt i upp till 1 vecka, men under perioder med normal hjärtrytm kan arbetsförmågan vara normal eller endast lätt nedsatt på grund av trötthet. Sjukskrivning i korta och i vissa fall ofta återkommande perioder är i dessa fall bättre än långvarig heltidssjukskrivning.
REMISSUPPGIFTER VID ÅTERREMISS TILL PRIMÄR- VÅRDEN	<p>Skriftliga remisser –Se rutin <i>Remissshantering i Landstinget Sörmland. God klinisk praxis.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sammanfattning av genomförda utredningar och behandlingar • Aktuell medicinering • Förslag till uppföljning • Planering vid eventuella recidiv

Misstänkt kardiell svimning	Framförallt vid plötslig kortvarig medvetandeförlust utan försymtom. Obs! Speciell uppmärksamhet vid falltrauma.
SKÖTS AV	Medicinkliniken (sluten vård) Oftast akutremiss
UTREDNING/ BEHANDLING FÖRE REMISS	Se remissuppgifter nedan.
REMISSUPPGIFTER	Anamnes inklusive hereditet för plötslig hjärtdöd EKG Status Blodtryck (liggande och stående)
REMISSUPPGIFTER VID ÅTERREMISS TILL PRIMÄR- VÅRDEN	Skriftliga remisser –Se rutin <i>Remisshantering i Landstinget Sörmland. God klinisk praxis</i>

Bradyarytmier	Sjuk sinusknuta Långsamma symtomgivande förmaksflimmer/-fladder AV-block II-III
SKÖTS AV	Medicinkliniken
UTREDNING/ BEHANDLING FÖRE REMISS	EKG – i vissa fall långtids-EKG (klin-fys) Övervägande om utsättning av negativt kronotropa farmaka- obs ögondroppar (samråd gärna)
REMISSUPPGIFTER	<ul style="list-style-type: none"> • Symtom (yrsel/svimning) • Funktionsbegränsning • Bakomliggande hjärtsjukdom • Aktuell medicinering
PARAMEDICIN	Gäller inget särskilt.
REMISSUPPGIFTER VID ÅTERREMISS TILL PRIMÄR- VÅRDEN	Skriftliga remisser –Se rutin <i>Remisshantering i Landstinget Sörmland. God klinisk praxis</i>

Hjärtklappning	
SKÖTS AV	Primärvården Remittering till medicinkliniken vid allvarliga EKG-fynd, allvarliga symtom (yrsel, svimning) eller om patienten har en distinkt anamnes med plötslig start och avslut av hjärtklappning som vid t ex PSVT.
UTREDNING/ BEHANDLING FÖRE REMISS	Anamnes (obs alkohol), status, EKG EKG – rekommendation att patienten erbjuds möjlighet att ta diagnostiskt EKG på närmaste vårdcentral alternativt akutmottagning under pågående arytm. Elektrolytstatus, thyreoideastatus, Hb Eventuellt långtids-EKG framförallt vid ihållande hjärtklappning med plötslig start och plötsligt avslut samt relativt frekventa besvär. Eventuellt arbets-EKG företrädesvis vid ansträngningsrelaterade symtom Eventuellt hjärteko (vid misstanke om strukturell hjärtsjukdom)
REMISSUPPGIFTER	Resultat av utredning
ÅTERREMISS/ UPPFÖLJNING	Beroende på åtgärd och underliggande sjukdom om sådan upptäcks.
REMISSUPPGIFTER VID ÅTERREMISS TILL PRIMÄR- VÅRDEN	Skriftliga remisser –Se rutin <i>Remisshantering i Landstinget Sörmland. God klinisk praxis</i>

Hjärtfel/klaffel	<i>Aortastenosis</i>
SKÖTS AV	Misstanke om aortastenosis, lindrig till måttlig aortastenosis utan symtom – primärvård (förslagsvis kardiologkonsultation vid måttlig aortastenosis) Symtomgivande aortastenosis (angina, ansträngningsrelaterad synkope, ansträngningsrelaterad yrsel, andfåddhet) – medicinklinik Icke symtomgivande, tät aortastenosis – medicinklinik
UTREDNING/ BEHANDLING FÖRE REMISS	Remiss till Ekokardiografi vid misstanke om aortastenosis.
REMISSUPPGIFTER	EKG Beskrivning av blåsljud (lokalisering, karaktär, utstrålning) Beskrivning av symtom (bröstsmärta, yrsel/svimning vid fysisk ansträngning, sviktsymtom) Vid misstanke om symtomgivande tät aortastenosis – akut remiss till kardiolog

ÅTERREMISS/ UPPFÖLJNING	<p>Lindrig aortastenos – klinisk bedömning samt ekokardiografi vart annat år</p> <p>Måttlig aortastenos – klinisk bedömning och ekokardiografi minst årligen (gäller möjliga interventionsfall) <u>Viktigt kontrollfall!</u></p> <p>Tät aortastenos – kardiolog</p> <p>Komplicerad patient med mekanisk klaffprotes och patient med biologisk klaff kontrolleras av kardiolog. Okomplicerad patient med mekanisk klaffprotes kontrolleras inom primärvården.</p> <p>En förutsättning för att följa patienter med hjärteko är att patienten framgent kan bli aktuell för intervention.</p>
PARAMEDICIN	<p>Organiserad individanpassad fysisk träning erbjuds alla klaffopererade</p> <p>Bedömning av sjukhusansluten sjukgymnast gällande fysisk funktion och lämpligt träningsprogram.</p> <p>Patienter med behov av kuratorskontakt, på grund av hjärtproblem, träffar kurator på sjukhuset.</p>
OMVÅRDNAD	Minst 1 besök till hjärtsjuksköterska efter operation
SJUKSKRIVNING	Kardiolog/internmedicin
REMISSUPPGIFTER VID ÅTERREMISS TILL PRIMÄR- VÅRDEN FÖR OPERERADE PATIENT	<p>Skriftliga remisser –Se rutin <i>Remisshantering i Landstinget Sörmland. God klinisk praxis</i></p> <p>Förlopp</p> <p>Operation</p> <p>Behandling (beskrivning av typ av klaff)</p> <p>Komplikationer</p> <p>Läkemedel/planering inför framtid</p> <p>Resultat av postoperativ ekokardiografi</p> <p>Synpunkter på uppföljningsintervall</p>

Hjärtfel/klaffel	<i>Aortainsufficiens</i>
SKÖTS AV	<p>Primärvård - Vid misstanke om aortainsufficiens, lindrig till måttlig aortainsufficiens utan symtom</p> <p>Medicinklinik -Asymtomatisk patient med uttalad aortainsufficiens</p> <p>Symtomatisk patient med aortainsufficiens</p>
UTREDNING/ BEHANDLING FÖRE REMISS	Remiss till ekokardiografi vid misstanke om aortainsufficiens.
REMISSUPPGIFTER	<ul style="list-style-type: none"> • EKG • Blodtryck • Beskrivning av blåsljud (lokalisering, karaktär, utstrålning) • Beskrivning av symtom

ÅTERREMISS/ UPPFÖLJNING	<ul style="list-style-type: none"> • Lindrig aortainsufficiens – klinisk kontroll samt ekokardiografi vartannat år. • Måttlig aortainsufficiens – följs årligen kliniskt och med ekokardiografi varje till vartannat år. • Uttalad aortainsufficiens följs av kardiolog. • Komplicerad patient med mekanisk klaffprotes och patient med biologisk klaff kontrolleras av kardiolog. Okomplicerad patient med mekanisk klaffprotes kontrolleras inom primärvården. • En förutsättning för att följa patienter med hjärteko är att patienten framgent kan bli aktuell för intervention.
PARAMEDICIN	<p>Organiserad individanpassad fysisk träning erbjuds alla klaffopererade.</p> <p>Bedömning av sjukhusansluten sjukgymnast gällande fysisk funktion och lämpligt träningsprogram.</p> <p>Patienter med behov av kuratorskontakt, på grund av hjärtproblem, träffar kurator på sjukhuset.</p>
OMVÅRDNAD	Minst 1 besök till hjärtsjuksköterska.
SJUKSKRIVNING	Kardiolog/internmedicin.
REMISSUPPGIFTER VID ÅTERREMISS TILL PRIMÄR- VÅRDEN	<p>Skriftliga remisser –Se rutin <i>Remisshantering i Landstinget Sörmland. God klinisk praxis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Förlopp • Operation • Behandling (beskrivning av typ av klaff) • Komplikationer • Läkemedel/planering inför framtid • Resultat av postoperativ ekokardiografi • Synpunkter på uppföljnings intervall

Hjärtfel/klaffel	<i>Mitralisinsufficiens</i>
SKÖTS AV	<p>Primärvård- Lindrig mitralisinsufficiens Asymtomatisk patient med måttlig mitralisinsufficiens och normal vänsterkammarmfunktion</p> <p>Medicinklinik - Asymtomatisk patient med uttalad mitralisinsufficiens (gäller möjliga interventionsfall) Symtomatisk patient med mitralisinsufficiens</p>
UTREDNING/ BEHANDLING FÖRE REMISS	Remiss till ekokardiografi vid misstanke om mitralisinsufficiens
REMISSUPPGIFTER	<ul style="list-style-type: none"> • Ekokardiografi • EKG • Beskrivning av blåsljud (lokalisering, karaktär, utstrålning) • Beskrivning av symptom

ÅTERREMISS/ UPPFÖLJNING	<p>Lindrig mitralisinsufficiens – kontroll enbart vid klaffpatologi hos yngre patient.</p> <p>Måttlig mitralisinsufficiens utan symtom och med normal vänsterkammarmfunktion – primärvård årligen samt ekokardiografi varje till vartannat år.</p> <p>Måttlig mitralisinsufficiens med symtom och/eller nedsatt vänsterkammarmfunktion – följs av kardiologen</p> <p>Komplicerad patient med mekanisk klaffprotes och patient med biologisk klaff kontrolleras av kardiolog. Okomplicerad patient med mekanisk klaffprotes kontrolleras inom primärvården.</p> <p>Komplicerad patient med klaffplastik – kardiolog</p> <p>En förutsättning för att följa patienter med hjärteko är att patienten framgent kan bli aktuell för intervention</p>
PARAMEDICIN	<p>Organiserad individanpassad fysisk träning erbjuds alla klaffopererade</p> <p>Bedömning av sjukhusansluten sjukgymnast gällande fysisk funktion och lämpligt träningsprogram</p>
OMVÅRDNAD	Minst 1 besök till hjärtsjuksköterska
SJUKSKRIVNING	Kardiolog/internmedicin
REMISSUPPGIFTER VID ÅTERREMISS TILL PRIMÄR- VÅRDEN	<p>Skriftliga remisser –Se rutin <i>Remisshantering i Landstinget Sörmland. God klinisk praxis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Förlopp • Operation • Behandling (beskrivning av typ av klaff) • Komplikationer • Läkemedel/planering inför framtid • Resultat av postoperativ ekokardiografi • Synpunkter på uppföljnings intervall

Hjärtfel/klaffel	<i>Övriga klaffel (mitralisstenos, tricuspidalisinsuff med hemodynamisk betydelse)</i>
SKÖTS AV	Medicinkliniken

Hjärtfel/klaffel	<i>Endokardit</i>
SKÖTS AV	Medicinkliniken/infektionskliniken

Hjärtfel/klaffel	<i>Hypertrofisk kardiomyopati</i>
SKÖTS AV	Medicinkliniken

Medfödda hjärtfel	<i>Medfödda hjärtfel upptäckta i vuxenålder</i>
SKÖTS AV	Medicinkliniken
PARAMEDICIN	Poliklinisk fysisk träning och råd om egenvård ges på sjukhusen.