Länsgemensam vårdöverenskommelse primärvård och medicin, inriktning kardiologi

Förord 2
Akut kranskärlssjukdom 3
Kronisk kranskärlssjukdom 5
Hjärtsvikt 6
Förmaksflimmer/-fladder 6
Misstänkt kardiell svimning 8
Bradyarytmier 10
Hjärtklappning 10
Hjärtfel/klaffel 10
- Aortastenos 10
- Aortainsufficiens 12
- Mitralisinsufficiens 13
- Övriga klaffel (mitralisstenos, tricuspidalisinsuff med hemodynamisk betydelse) 14
- Endokardit 14
- Hypertrofisk kardiomyopati 14

Medfödda hjärtfel 14
Aortaascendens dilatation-aneurysm 14

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 maj 2020 av nedanstående lokal arbetsgrupp.

Deltagare i arbetsgruppen:

Stefan Pettersson	Överläkare, Medicinkliniken MSE
Kristian Waern-Bugge	Överläkare, Medicinkliniken NLN
Martin Serrander	Överläkare, Medicinkliniken NLN
Mahbub Siddiqui	Överläkare, Medicinkliniken KSK
Stefan Elenius	Överläkare, Klinisk Fysiologiska Avd
Eva-Maria Asplund	Fysioterapeut, Medicinkliniken MSE
Lisa Bengtsson	Sjuksköterska, Medicinkliniken NLN
Fredrik Carlsson	Specialistläkare, VC Åsidan
Vasil Pema	Distriktsläkare, VC Frösjö Gnesta
Violeta Munoz	Distriktsläkare, VC Strängnäs
Håkan Forsell	Distriktsläkare, VC Vår Vårdcentral
Zoltan Agai	Distriktsläkare, VC Nävertorp

Arbetsgruppen svarar för innehållet i överenskommelsen. Verksamhetscheferna för primärvård och internmedicin ansvarar för att den görs känd och hålls aktuell. Överenskommelsen gäller även för verksamheterna och de privata vårdgivare som Region Sörmland har avtal med.

Akut kranskärlssjukdom	• **ST-höjningsinfarkt** • **Icke ST-höjningsinfarkt** • **Instabil angina pectoris** Med instabil angina avses nydebuterad allvarlig angina, ökade besvär av ansträngningsangina till en lättväckt sådan eller episoder av viloangina under senaste månaden.
SKÖTS AV	Medicinkliniken, remitteras akut.
UTREDNING/ BEHANDLING FÖRE REMISS	Patienterna kommer oftast via ambulans.
REMISSUPPGIFTER	Om patienten söker på vårdcentral. • EKG-undersökning (registreras direkt i databas) • Kontakt med medicinbakjour/hjärtjour (Vid ST-höjningsinfarkt tas direkt kontakt med hjärtjour MSE tel 04849)
ÅTERREMISS/UPPFÖLJNING	Återbesök till medicinkliniken. • I allmänhet minst ett besök till läkare alternativ specialist sjuksköterska på medicinkliniken (speciell tonvikt på sekundärprevention) Uppföljning inom primärvården. • Efter återbesöket inom medicinkliniken sker uppföljning inom primärvården i okomplicerade fall. Uppgifter till kvalitetstregistret SEPHIA sköts av medicinkliniken. Uppgifter kan hämtas från primärvården i samband med ett års kontrollen (Blodtryck, LDL-kolesterol samt fp-glukos, HbA1c hos diabetiker)
PARAMEDICIN	Poliklinisk fysisk träning sker på sjukhusen samt vårdcentralerna Mariefred och Strängnäs. Tester enligt nationella riktlinjer, registreras i SEPHIA. Poliklinisk hjärtskola på sjukhusen med fysioterapeut och kurator och/eller individuell kontakt vid behov. Poliklinisk krisbearbetning/samtalskontakt med kurator på sjukhus vid behov.
OMVÅRDNAD	I allmänhet ett besök till hjärtsjuksköterska. Poliklinisk hjärtskola på sjukhusen med bland annat rökstopp och stresshantering.

SJUKSKRIVNING	Medicinkliniken ansvarar för sjukskrivning tills patienten är färdigbehandlad på medicinklinken avseende hjärtsjukdomen. <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 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. 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. *Länk till Socialstyrelsens hemsida för ytterligare information finns i bilaga*
REMISSUPPGIFTER VID ÅTERREMISS TILL PRIMÄRVÅRDEN	Skriftliga remisser – se styrande dokument: *Remisshantering i Landstinget Sörmland, God klinisk praxis* • Förlopp • Behandling • Ev. komplikationer • Kranskärlsröntgen/PCI med eller utan stent • Bypassoperation • Läkemedel/planering inför framtid • Planerad behandlingstid med Clopidogrel, Brilique och Efient • Planerad sjukskrivning • Resultat av ekokardiografi • Rekommendation om tidpunkt för återbesök • Uppgifter om kvarstående riskfaktorer Uppföljning enligt SEPHIA protokoll, ett 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.

Kronisk kranskärlssjukdom	**Kronisk kranskärlssjukdom** 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 oftast inte angina).
SKÖTS AV	Primärvården
UTREDNING/BEHANDLING FÖRE REMISS	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. Farmakologisk behandling Myokardskintigrafi (vid svårtolkat arbets-EKG, i samråd med kardiolog) Remittering till kardiolog sker: 1. vid svårigheter att ställa diagnos, trots utredning ovan (samråd gärna) 2. vid inskränkningar i dagliga livet trots rekommenderad farmakologisk behandling 3. vid misstanke om huvudstamsstenos eller trekärlssjuka (ses i remissvar från arbets-EKG)
REMISSUPPGIFTER	• 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	Minst ett besök till hjärtsjuksköterska vid nydiagnostiserad kranskärlsjukdom med inriktning på sekundärprevention. Vid okomplicerad PCI sker läkaruppföljning inom primärvården. Vid CABG minst ett återbesök till läkare på medicinkliniken. Om patienten är stabil efter invasiv intervention – åter till primärvården för uppföljning enligt sedvanliga sekundärpreventiva principer.
PARAMEDICIN	Hjärtskola och fysisk träning bör erbjudas patienter som genomgått PCI alternativ CABG. Sjukhusansluten fysioterapeut provar ut TENS inför ställningstagande till bakströngsstimulator. Patienter med behov av kuratorskontakt, på grund av hjärtproblem, träffar kurator på sjukhuset.

OMVÅRDNAD	Minst ett besök hos hjärtsjuksköterska vid nydiagnostiserad kranskärlsjukdom med inriktning på sekundärprevention.
SJUKSKRIVNING	Medicinkliniken ansvarar för eventuell sjukskrivning tills patienten är färdigbehandlad på medicinklinken avseende hjärtsjukdomen. Länk till Socialstyrelsens hemsida för ytterligare information finns i bilaga.
REMISSUPPGIFTER VID ÅTERREMISS TILL PRIMÄRVÅRDEN	Skriftliga remisser – se styrande dokument: Remisshantering för all Hälso- och sjukvård i Region Sörmland • Förlopp • Behandling • Ev. komplikationer • Kranskärlsröntgen/CABG/PCI med eller utan stent • Läkemedel/planering inför framtid • Planerad behandlingstid med eventuellt Clopidogrel • Planerad sjukskrivning • Rekommendation om tidpunkt för återbesök
Hjärtsvikt	
SKÖTS AV	Patienter i Region Sörmland med diagnosen hjärtsvikt vårdas enligt (SVP) hjärtsvikt i både primärvård och slutenvård. Se styrande dokument: *KARD 2.48 Standardvårdplan - Hjärtsvikt* Hjärtsvikt - standardvårdplan (KARD 2.48) (MSE) Ansvarsfördelningen mellan primärvård och slutenvård anges på sidan 2 i följande dokument: *Checklista Hjärtsvikt* (bilaga till *KARD 2.48 Standardvårdplan - Hjärtsvikt*)
Förmaksflimmer/-fladder	
SKÖTS AV	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. Möjlighet finns att ringa hjärtjour/medicinbakjour för överenskommelse om elkonvertering nästföljande morgon med patienten fastande från kl. 24.00.

	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). 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. Antikoagulantiabehandling bör 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 insättning av antikoagulantia övervägas (om inte denna poäng står för kvinnligt kön). Vid minst 2 poäng hos män eller 3 poäng hos kvinnor finns en stark indikation för antikoagulantiabehandling. Insättning av antikoagulantia utförs av diagnossättande läkare. *Länk till ICD.nu finns i bilaga* *Länkar till NOAK finns i bilaga*
	Hos patienter med förmaksflimmer som genomgår PCI med stentinläggning eller vårdats för akut koronart syndrom där det är aktuellt med kombinationsbehandling av antikoagulantia och trombocythämning, var god se rutin: *KARD 2.40 Antitrombotisk behandling hos patienter med förmaksflimmer som behandlas för akut koronart syndrom och/eller genomgår PCI*
UTREDNING/BEHANDLING FÖRE REMISS	• EKG • Ekokardiografi bör utföras hos de patienter med nyupptäckt förmaksflimmer där det påverkar den fortsatta handläggningen. Förenklad ekokardiografi kan utföras (motsvarande svikteko, frågeställningen bör vara, vänsterkammarfunktion), om blåsljud auskulteras bör ett fullständigt ekokardiografi utföras. • Thyreoideastatus
REMISSUPPGIFTER	• Duration och frekvens av flimmerepisoder och associerade symtom • Debut av flimmer (om möjligt) • Underliggande strukturell hjärtsjukdom

	• Andra sjukdomar inklusive alkoholanamnes och ev. sömnapnesyndrom • Aktuell medicinering • Överkänslighet • Längd, vikt
ÅTERREMISS/UPPFÖLJNING	Efter lyckad elkonvertering och symtomfrihet – till primärvården. 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.
PARAMEDICIN	Gäller inget särskilt.
SJUKSKRIVNING	Rekommendationer gällande bedömning av arbetsförmåga • 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. Deltidssjukskrivning ska eftersträvas i första hand.
REMISSUPPGIFTER VID ÅTERREMISS TILL PRIMÄRVÅRDEN	Skriftliga remisser – Se rutin *Remisshantering i Landstinget Sörmland. God klinisk praxis.* • 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 PRIMÄRVÅRDEN	Skriftliga remisser – Se rutin *Remisshantering i Landstinget Sörmland. God klinisk praxis*
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	• Symtom (yrsel/svimning) • Funktionsbegränsning • Bakomliggande hjärtsjukdom • Aktuell medicinering
PARAMEDICIN	Gäller inget särskilt.
REMISSUPPGIFTER VID ÅTERREMISS TILL PRIMÄRVÅRDEN	Skriftliga remisser – Se rutin *Remisshantering i Landstinget Sörmland. God klinisk praxis*
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 arytmi. 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 PRIMÄRVÅRDEN	Skriftliga remisser – Se rutin *Remisshantering i Landstinget Sörmland. God klinisk praxis*
Hjärtfel/klaffel	**Aortastenos**
SKÖTS AV	Misstanke om aortastenos, lindrig till måttlig aortastenos utan symtom – primärvård (förslagsvis kardiologkonsultation vid måttlig aortastenos)

	Symtomgivande aortastenos (angina, ansträngningsrelaterad synkope, ansträngningsrelaterad yrsel, andfåddhet) – medicinklinik. Icke symtomgivande, tät aortastenos – medicinklinik
UTREDNING/BEHANDLING FÖRE REMISS	Remiss till Ekokardiografi vid misstanke om aortastenos. Hos äldre äldre (> 80 år) framför allt med co-morbiditet kan man överväga följa upp patienten kliniskt, remiss först vid symtom. Samråd gärna med kardiolog vid osäkerhet.
REMISSUPPGIFTER	EKG Beskrivning av blåsljud (lokalisation, karaktär, utstrålning) Beskrivning av symtom (bröstsmärta, yrsel/svimning vid fysisk ansträngning, sviktsymtom) Vid misstanke om symtomgivande tät aortastenos – akut remiss till kardiolog
ÅTERREMISS/UPPFÖLJNING	Lindrig aortastenos – klinisk bedömning samt ekokardiografi vart annat år Måttlig aortastenos – klinisk bedömning och ekokardiografi minst årligen (gäller möjliga interventionsfall) Viktigt kontrollfall! Tät aortastenos – 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	Organiserad individanpassad fysisk träning bör erbjudas alla klaffopererade Bedömning av sjukhusansluten fysioterapeut gällande fysisk funktion och lämpligt träningsprogram. Patienter med behov av kuratorskontakt, på grund av hjärtproblem, träffar kurator på sjukhuset.
OMVÅRDNAD	Minst ett besök till hjärtsjuksköterska efter operation
SJUKSKRIVNING	Kardiolog/internmedicin
REMISSUPPGIFTER VID ÅTERREMISS TILL PRIMÄRVÅRDEN FÖR OPERERAD PATIENT	Skriftliga remisser – Se rutin *Remisshantering i Landstinget Sörmland. God klinisk praxis* Förlopp Operation Behandling (beskrivning av typ av klaff) Ev. komplikationer Läkemedel/planering inför framtid Resultat av postoperativ ekokardiografi Synpunkter på uppföljningsintervall

Hjärtfel/klaffel	Aortainsufficiens
SKÖTS AV	Primärvård – Vid misstanke om aortainsufficiens, lindrig till måttlig aortainsufficiens utan symtom Medicinklinik – • Asymtomatisk patient med uttalad aortainsufficiens • Symtomatisk patient med aortainsufficiens
UTREDNING/BEHANDLING FÖRE REMISS	Remiss till ekokardiografi vid misstanke om aortainsufficiens. Hos äldre äldre (> 80 år) framför allt med co-morbiditet kan man överväga följa upp patienten kliniskt, remiss först vid symtom. Samråd gärna med kardiolog vid osäkerhet.
REMISSUPPGIFTER	• EKG • Blodtryck • Beskrivning av blåsljud (lokalisation, karaktär, utstrålning) • Beskrivning av symtom
ÅTERREMISS/UPPFÖLJNING	• 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	Organiserad individanpassad fysisk träning bör erbjudas alla klaffopererade. Bedömning av sjukhusansluten fysioterapeut gällande fysisk funktion och lämpligt träningsprogram. Patienter med behov av kuratorskontakt, på grund av hjärtproblem, träffar kurator på sjukhuset.
OMVÅRDNAD	Minst ett besök till hjärtsjuksköterska.
SJUKSKRIVNING	Kardiolog/internmedicin.
REMISSUPPGIFTER VID ÅTERREMISS TILL PRIMÄRVÅRDEN	Skriftliga remisser – Se rutin *Remisshantering i Landstinget Sörmland. God klinisk praxis* • Förlopp • Operation • Behandling (beskrivning av typ av klaff) • Ev. komplikationer • Läkemedel/planering inför framtid

	• Resultat av postoperativ ekokardiografi • Synpunkter på uppföljnings intervall
Hjärtfel/klaffel	**Mitralisinsufficiens**
SKÖTS AV	Primärvård – Lindrig mitralisinsufficiens Asymtomatisk patient med måttlig mitralisinsufficiens och normal vänsterkammarfunktion Medicinklinik – • Asymtomatisk patient med uttalad mitralisinsufficiens (gäller möjliga interventionsfall) • Symtomatisk patient med mitralisinsufficiens
UTREDNING/BEHANDLING FÖRE REMISS	Remiss till ekokardiografi vid misstanke om mitralisinsufficiens Hos äldre äldre (> 80 år) framför allt med co-morbiditet kan man överväga följa upp patienten kliniskt, remiss först vid symtom. Samråd gärna med kardiolog vid osäkerhet.
REMISSUPPGIFTER	• Ekokardiografi • EKG • Beskrivning av blåsljud (lokalisation, karaktär, utstrålning) • Beskrivning av symtom
ÅTERREMISS/UPPFÖLJNING	Lindrig mitralisinsufficiens – kontroll enbart vid klaffpatologi hos yngre patient. Måttlig mitralisinsufficiens utan symtom och med normal vänsterkammarfunktion – primärvård årligen samt ekokardiografi varje till vartannat år. Måttlig mitralisinsufficiens med symtom och/eller nedsatt vänsterkammarfunktion – följs av kardiologen Komplicerad patient med mekanisk klaffprotes och patient med biologisk klaff kontrolleras av kardiolog. Okomplicerad patient med mekanisk klaffprotes kontrolleras inom primärvården. Komplicerad patient med klaffplastik – kardiolog En förutsättning för att följa patienter med hjärteko är att patienten framgent kan bli aktuell för intervention
PARAMEDICIN	Organiserad individanpassad fysisk träning bör erbjudas alla klaffopererade Bedömning av sjukhusansluten fysioterapeut gällande fysisk funktion och lämpligt träningsprogram
OMVÅRDNAD	Minst ett besök till hjärtsjuksköterska
SJUKSKRIVNING	Kardiolog/internmedicin

REMISSUPPGIFTER VID ÅTERREMISS TILL PRIMÄRVÅRDEN	Skriftliga remisser –Se rutin *Remisshantering i Landstinget Sörmland. God klinisk praxis* • Förlopp • Operation • Behandling (beskrivning av typ av klaff) • Ev. komplikationer • Läkemedel/planering inför framtid • Resultat av postoperativ ekokardiografi • Synpunkter på uppföljnings intervall
Hjärtfel/klaffel	**Övriga klaffel (mitralisstenos, tricuspidalisinsuff med hemodynamisk betydelse)**
SKÖTS AV	Medicinkliniken
Hjärtfel/klaffel	**Endokardit**
SKÖTS AV	Medicinkliniken/Infektionskliniken
Hjärtfel/klaffel	**Hypertrofisk kardiomyopati**
SKÖTS AV	Medicinkliniken
Medfödda hjärtfel	
SKÖTS AV	Medicinkliniken
PARAMEDICIN	Poliklinisk fysisk träning och råd om egenvård ges på sjukhusen.
Aortaascendens dilatation-aneurysm	Aortaascendens dilatation-aneurysm bör remitteras till medicinklinik för initial bedömning under förutsättning att pat kan vara aktuell för operativ åtgärd. Av remissen bör framgå om hereditet för aortasjukdom finns hos förstagradssläktingar samt ev förekomst av bindvävssjukdom som exv Marfans syndrom , Ehler-Danlos syndrom m fl. Efter initial bedömning av medicinkliniken kan därefter återremittering till primärvård ske under förutsättning att dilatationen inte överskrider 45 mm och att det framgår rekommenderade kontrollintervall