

FÖRSLAG PÅ ORGANISATION AV HJÄRTSVIKTSMOTTAGNING

Hjärtsviktsmottagning

Strukturerat omhändertagande på hjärtsviktsmottagning minskar sjuklighet och förlänger överlevnaden. Detta kräver en organisation med hjärtsviktsmottagning i primärvården och på specialistmottagning. Arbetet på hjärtsviktsmottagningen bedrivs av hjärtviktsansvarig sjuksköterska. På enheten ska det också finnas **hjärtviktsansvarig läkare. Fast vårdkontakt ska utses.**

Utredande läkare

- Ansvarar för diagnostik och behandling
- Remitterar patienten till hjärtsviktsmottagning
- Remitterar patienten till sjukgymnast. Remissen ska innehålla uppgifter om funktionsklass (NYHA), övrig sjuklighet och eventuella begränsningar för träning
- Erbjuder antalet besök utifrån patientens behov. Eftersträvansvärt är att stabila patienter erbjuds ett läkarbesök årligen hos PAL. Patienten ska kallas till besöket
- Ansvarar för att brytpunktssamtal genomförs med patient och ev. närstående

Ansvarig läkare vid hjärtsviktsmottagningen

- Fungerar som konsult i frågor rörande utredning och behandling
- Deltar i gemensamma hjärtviktsronder för ansvarig läkare och hjärtsviktssjuksköterska
- Ansvara för delegering till hjärtsviktssjuksköterska för ACE- hämmare, betablockad, diuretika och ARB-preparat

Hjärtsviktssjuksköterska

Sjuksköterska med vidareutbildning inom hjärtsvikt eller likvärdiga kunskaper.

Hjärtsviktssjuksköterskan har ett övergripande ansvar för hjärtsviktsmottagningens verksamhet. Sjuksköterskan kontrollerar vid besöken att diagnosen är verifierad. Patientens status utvärderas, eventuella symtom registreras och den medicinska behandlingen kontrolleras. Särskilt noga beaktas eventuella tecken på försämring. Det är eftersträvansvärt att hjärtsviktspatienter får en årsuppföljning.

Följande patienter/arbetsuppgifter är aktuella:

- Tidig uppföljning av patienter som krävt sjukhusvård p g a nydebuterad eller försämrad hjärtsvikt
- Fortsatt uppföljning av patienter som bedömts av läkare vid mottagningsbesök
- Tät uppföljning av patienter med svår hjärtsvikt som inte har hemsjukvård eller specialiserad palliativ vård
- Vara konsult till hemsjukvården och specialiserade palliativa teamet gällande patienter med svår hjärtsvikt
- Erbjud patienterna individuellt antal besök, dock minst ett besök årligen för de patienter som inte har behov av att gå på årskontroll hos läkare
- Ansvara för omvårdnad, uppföljning av laboratorieprover och läkemedelstitrering till planerad måldos eller till högsta tolerabla dos enligt riktlinjer och individuell delegering i samråd med ansvarig läkare
- Ge individualiserad information och utbildning till patienter och närstående
- Ge råd och stöd till patient att bedriva egenvård, anpassa livsstil och fysisk aktivitet, flexibel diuretikabehandling och symtommonitorering
- Telefonrådgivning
- Redogöra för och diskutera patienter med ansvarig läkare vid regelbundna ronder och tillsammans med läkare och patient upprätta vårdplan för patienten
- Sammankalla till vårdplanering för de patienter som har behov av hemsjukvård/palliativ vård
- I patientens journal dokumentera vårdplan, mottagningsbesök samt planerad uppföljning
- Vara patientens fasta vårdkontakt eller vara länk till patientens fasta vårdkontakt
- Hålla sig uppdaterad gällande rådande och nya riktlinjer
- Bedriva förbättringsarbete/utvecklingsarbete och utbildning av andra personalkategorier
- Delta i lokala nätverksmöten två gånger årligen
- Ansvara för registrering i Rikssvikt på enheten
- Uppföljning sker enligt checklista

Tydliga riktlinjer ska finnas på varje enhet för hjärtsviktssjuksköterskan om när läkare ska kontaktas.