

Primärvårdens uppföljning av patienter med hjärtsvikt

Jan Mårtensson

Antalet personer med diagnosen hjärtsvikt ökar i den industrialiserade världen och i Sverige är hjärtsvikt den vanligaste orsaken till sjukhusinläggning bland personer över 65 år. Flera studier har visat att ca hälften av alla inläggningar troligtvis kunde ha förhindrats, framförallt genom att patienten bättre följer läkemedelsordinationer och råd om livsstil och kost, samt ett ökat samarbete mellan slutenvård och primärvård. I denna artikel ges en beskrivning av den viktiga roll primärvården har vid uppföljning av patienter med hjärtsvikt.

Jan Mårtensson är Universitetslektor och forskningshandledare vid sektionen för Hälsa och Samhälle, Högskolan i Halmstad och Primärvårdens FoU-enhet i Jönköping. Primärvårdens FoU-enhet, Kulturum, 551 85 Jönköping

Antalet personer med diagnosen hjärtsvikt ökar i den industrialiserade världen framförallt beroende på ökad medellivslängd och förbättrad överlevnad efter hjärtinfarkt och högt blodtryck. I Sverige beräknas 2-3% av befolkningen ha hjärtsvikt, men förekomsten ökar kraftigt med stigande ålder och i 75-årsåldern är antalet ca 10% och 2/3 av de patienter med hjärtsvikt som vårdas på sjukhus är 75 år och äldre (Socialstyrelsen, 2004).

Hjärtsvikt är ett syndrom som kännetecknas av en oförmåga hos hjärtat att med normala fyllnadstryck upprätthålla en minutvolym som är tillräcklig för att

tillfredsställa vävnadernas krav på blodförsörjning. Hjärtats pumpfunktion kan skadas på ett flertal sätt. I stort sett alla hjärtsjukdomar kan leda till hjärtsvikt, men det är syrebrist i hjärtats blodkärl och högt blodtryck som är de vanligaste orsakerna, vilka tillsammans står för cirka 75% av all hjärtsvikt i västvärlden. Andra skäl till försämrad pumpförmåga kan vara skador på hjärtats klaffar eller sjukdomar i hjärtats muskulatur (kardiomyopati) (Socialstyrelsen, 2004). Vid jämförelse mellan män och kvinnor så visar det sig att högt blodtryck och diabetes är en större riskfaktor för kvinnor, medan syrebrist i hjärtats blodkärl är en

tema

vanligare orsak till försämrad pumpförmåga hos män (Strömberg & Mårtensson, 2003).

Vanliga symtom på hjärtsvikt är trötthet och andfåddhet vid fysisk ansträngning. Vid ökad grad av hjärtsvikt förekommer dessa symtom även i vila. Andra vanliga symtom är ödemtendens och viktuppgång. Att ställa diagnosen hjärtsvikt hos en äldre patient kan vara svårt eftersom symptomen kan vara svåra att värdera och ofta förekommer flera samtidiga diagnoser. Andfåddhet och trötthet kan också i viss utsträckning vara relaterat till det normala åldrandet (Lernfelt et al. 2001).

I Sverige är hjärtsvikt den vanligaste orsaken till sjukhusinläggningar hos personer över 65 år. Alla återinläggningar kan inte påverkas, men det har visat sig att hälften kan förhindras (Vinson et al. 1990). Bidragande faktorer till de återinläggningar som kan förebyggas är att patienten ej följer läkemedelsordinationer och livsstilsråd, inte söker vård vid de första symtomen på försämring pga att de har dålig kunskap om sitt tillstånd och inte känner igen tecken på försämring, att planering inför utskrivning och uppföljning är bristfällig och att patienten har dåligt socialt stöd (Vinson et al. 1990). Prognosen vid hjärtsvikt liknar den vid ett genomsnitt av cancersjukdomar. Man uppskattar att ca 50% av patienterna överlever 6 år efter diagnos med modern farmakologisk behandling, men det skiftar mycket beroende av hjärtsviktens svårighetsgrad. Vid lindrig hjärtsvikt är dödligheten 5-10% per år, medan den bland patienter med svåra symtom är 40-50% (Socialstyrelsen, 2004).

Många patienter med hjärtsvikt kräver upprepade vårdtillfällen på sjukhus under livets sista år. Att ge en god vård i livets slutskede prioriteras högt i svensk sjukvård. Detta är dock inte lika självklart för patienter med hjärtsvikt som för dem med cancerdiagnos där den palliativa vården har utvecklats betydligt mer. De flesta patienter med hjärtsvikt i åldrar över 75 år vårdas på internmedicinska och geriatriska kliniker och/eller sköts till stor del av primärvården.

Primärvårdens roll

Optimal behandling av äldre patienter med hjärtsvikt kräver möjlighet till korrekt diagnostik samt praktiska riktlinjer för hur aktuella behandlingsrekommendationer skall genomföras ute i primärvården. Flera studier har visat att bland de patienter där diagnosen hjärtsvikt satts i primärvården utan objektiva kriterier såsom ultraljud har upp till 50% av diagnoserna varit felaktiga (Remes et al. 1991, Cowie et al. 1999). En av orsakerna till detta kan vara en underskattning hos distriktsläkarna gällande förekomsten av hjärtsvikt. I en europeisk undersökning av distriktsläkarens uppfattning av hjärtsviktsdiagnos och behandling visade det sig att 32% trodde att det var minst tio gånger mindre vanligt förkommande än vad det var. Denna felaktiga uppfattning är intressant eftersom det kan påverka distriktsläkarens misstanke om hjärtsvikt som en tänkbar diagnos. Dessutom visar studien att de flesta patienterna blev diagnostiserade på endast symtom och att det på endast en minoritet gjordes en fortsatt utredning eller remittering (Hobbs et al. 2000).

Trots att läkemedelsgrupperna ACE-

hämmare och betablockad har visat sig både minska dödlighet och sjuklighet samt öka livskvaliteten för patienter med hjärtsvikt, så får färre än 50% av patienterna denna behandling. Bland primärvårdsläkarna visade det sig att den låga förskrivningen berodde på att behandlingsbeslutet dominerades av en överdriven uppfattning om behandlingsrisken snarare än de fördelar behandlingen skulle medföra (Hobbs et al. 2000).

Dessa resultat tydliggör behovet av ett ökat samarbete mellan slutenvården och primärvården för att kunna hantera den ökade efterfrågan av vård för denna patientgrupp i framtiden. I en beskrivning av sjuksköterskeledd hjärtsviktsvård i Sverige från 1998 framkom att bara hälften av sjukhusen hade ett organiserat samarbete med primärvården (Strömberg et al. 2001). Detta samarbete bestod bl.a. av konsultationer och remitteringar från primärvården till sjukhusen, ett gemensamt vårdprogram och scheman för insättning och uppföljning av ACE-hämmare. Andra exempel på samarbete var; regelbundna möten mellan kardiologer och distriktsläkare, hjärtsviktssjuksköterskor och distriktssköterskor; nära kontakt mellan hjärtsviktssköterskan på sjukhus och distriktsläkaren och/eller distriktssköterskan när patienten remitterades tillbaka till primärvården från hjärtkliniken; och koordinerad patientutbildning med syfte att ge samma information. Om uppföljningsprogram skall fungera i primärvården är det också av stor vikt att samarbetet ökar mellan olika professioner inom primärvården och då i synnerhet mellan distriktsläkaren och distriktssköterskan.

Hjärtsviktsmottagningar inom primärvården

Sjuksköterskebaserade mottagningar för uppföljning av patienter med hjärtsvikt har nästan uteslutande designats och styrts från sjukhusen. Dessa program har visat sig reducera sjukhusinläggningar, förbättra funktionsförmågan och minska hälsovårdskostnaderna (Stewart et al. 1998, Blue et al. 2001, Strömberg et al. 2003). Hjärtsviktsmottagningar inom primärvården, styrda av en läkare och/eller sjuksköterska med ett intresse inom området, har potentialen att förbättra vården för patienter med hjärtsvikt på liknande sätt som visats vid uppföljning från sjukhus eller vid andra kroniska tillstånd, såsom diabetes (Hobbs, 2000). Dessa mottagningar bör användas för att utbilda patienterna om deras tillstånd, speciellt vad gäller deras farmakologiska och icke-farmakologiska behandling. Vid Nyby vårdcentral i Uppsala startades 1995 den första hjärtsviktsmottagningen i primärvården för att förbättra omhändertagandet av dessa patienter och försöka minska sjukvårdskostnaderna. (Johansson, 1999) Enligt en undersökning som gjordes hösten 2002, fanns det då ungefär 50 hjärtsviktsmottagningar inom primärvården i hela landet (Primärvårdens Nyheter, 2002).

Effekter av sjuksköterskeledd intervention

I en studie vars syfte var att fastställa effekter av en sjuksköterskeledd intervention för patienter med hjärtsvikt i primärvården gällande hälsorelaterad livskvalitet och depression inkluderades 153 patienter (78 i interventionsgruppen,

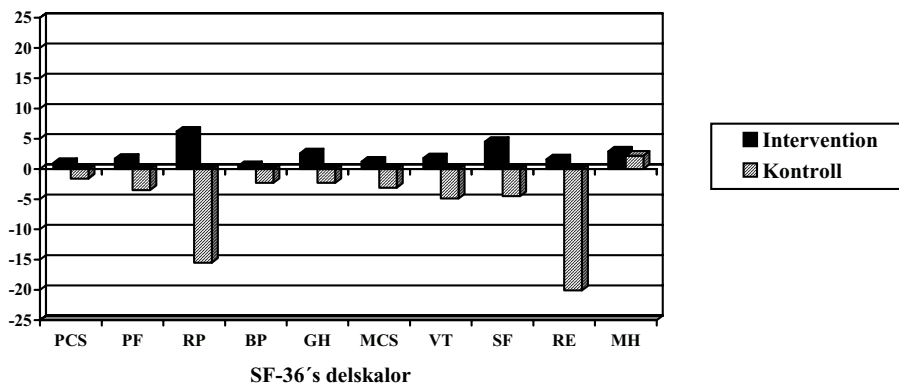
tema

54% män, medelålder på 79 år och 59% klassificerades att ha medelsvår-svår grad av hjärtsvikt) (Mårtensson et al. 2004). Rekrytering av patienter skedde via genomgång av diagnosregister inom primärvården i två städer i mellersta Sverige. Studien involverade åtta vårdcentraler, fyra i kontrollgruppen och fyra i interventionsgruppen, vilka fördelades via slumpmässigt urval. Den första delen i interventionen var att utbilda alla distriktssköterskor och distriktsläkare vid de fyra vårdcentraler som ingick i interventionen. Denna utbildning fördelades på tre tillfällen och inriktades mot fysiologi/patofysiologi, utredning, farmakologisk behandling samt egenvård gällande livsstilsförändringar och symtommonitorering. En distriktssköterska vid respektive interventionsvårdcentral gav sedan patienter och anhöriga information muntligt, skriftligt, och via CD-ROM i hemmet. Här ingick råd om farmakologisk och icke-farmakologisk

behandling, samt om lämpliga egenvårdsåtgärder. Dessutom hade distriktssköterskan telefonkontakt med patienterna en gång i månaden under ett år. Studien utvärderades via frågeformulär före, samt tre och tolv månader efter informationen. Kontrollgruppen erhöll sedvanlig vård.

Som framgår av figur 1 och 2 visade det sig att patienter med hjärtsvikt upplevde ett bättre välbefinnande av att följas upp i hemmet via specialutbildade distriktssköterskor eftersom de bibehöll sina mentala, fysiska, och sociala förmågor i högre grad jämfört med patienter i kontrollgruppen efter 3 och 12 månaders uppföljning. Orsaken till att interventionsgruppen endast bibehöll och inte förbättrade sitt välbefinnande var troligtvis att detta var den hittills första studie där screening av patienter i primärvården använts och där patienterna följts från ett relativt stabilt läge. Tidigare studier har följt patienten från

Fig 1. Resultat från SF-36 Hälsoenkät gällande skillnad i medelvärde mellan baseline och 3 månader hos intervention och kontrollgrupp (positiv utveckling = bättre hälsa)



PCS = Fysisk skala, PF = Fysisk funktion, RP = Fysisk roll, BP = Kroppssmärta, GH = Generell hälsa, MCS = Mental skala, VT = Vitalitet, SF = Social funktion, RE = Emotionell roll, MH = Mental hälsa

det att de legat inlagda pga hjärtsviktsbesvär och en tid framåt och därmed fått en större "spridning" i hur patienterna upplevt sitt välbefinnande. Insikten om detta fanns redan vid upplägget av studien men denna design valdes eftersom tanken var att den skulle vara anpassad efter primärvården och inte efter slutenvården.

Som framgår av figur 3 så minskade antalet patienter med måttlig till svår depression under uppföljningstiden i interventionsgruppen, medan det inte skedde någon förändring i kontrollgruppen, men denna skillnad var inte tillräckligt stor för att vara statistiskt signifikant.

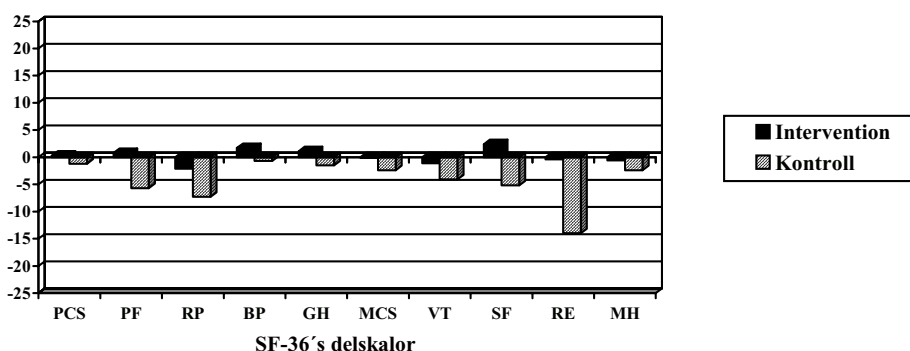
Eftersom en del av effekterna mellan grupperna i studien inte kvarstod efter 12 månader så bör det ifrågasättas om regelbunden telefonuppföljning är lämpligt eller om det är mer lämpligt att individualisera uppföljningen efter patientens behov. Begränsningar i studien var att bortfallet var större i

interventionsgruppen och att det trots matchning av vårdcentralerna innan den slumpmässiga fördelningen visade sig att interventionsgruppen tenderade till att uppvisa sämre resultat vid baseline, vilket påverkar tillförlitligheten av resultatet. Den kliniska betydelsen av denna studie är att den presenterar ett fördelaktigt uppföljningsprogram för patienter med hjärtsvikt i primärvården, men det behövs fortsatt forskning för att visa hur man ska följa upp dessa patienter på lång sikt.

Uppföljning i Jönköpings primärvårdsområde

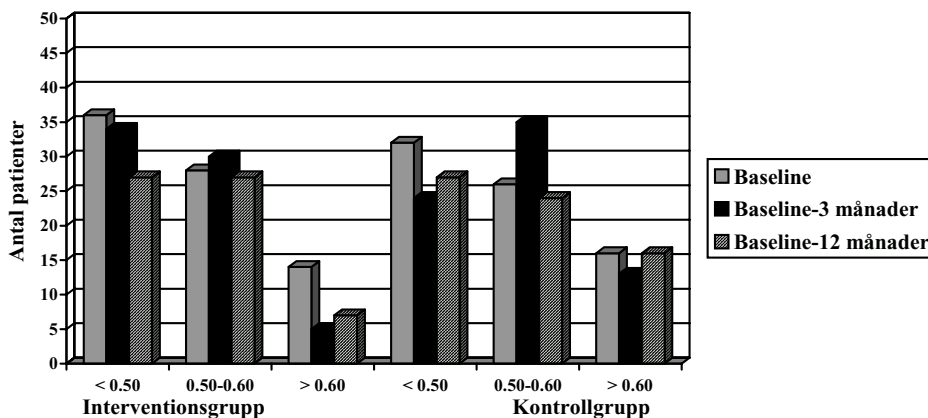
Med syfte att förbättra diagnostiken och behandlingen av patienter med hjärtsvikt, samt förbättra samverkan mellan sjukhus, primärvård och kommunal vård, har det i Jönköpings sjukvårdsområde sedan år 2000 avsatts medel motsvarande en veckotimme per 1000 invånare för en hjärtsköterska på vårdcentralerna

Fig 2. Resultat från SF-36 Hälsoenkät gällande skillnad i medelvärde mellan baseline och 12 månader hos intervention och kontrollgrupp (positiv utveckling = bättre hälsa)



PCS = Fysisk skala, PF = Fysisk funktion, RP = Fysisk roll, BP = Kroppssmärta, GH = Generell hälsa, MCS = Mental skala, VT = Vitalitet, SF = Social funktion, RE = Emotionell roll, MH = Mental hälsa

Fig 3. Resultat från Zung depressionsskala hos intervention och kontrollgrupp vid baseline och efter 3 och 12 månader



Ingen depression = < 0.50; Mild depression = 0.50 – 0.60; Måttlig/svår depression = > 0.60

(inkluderar även sekundärprevention av hjärt- kärlsjukdomar). Dessa sjuksköterskor har tillsammans med en distriktsläkare per vårdcentral specialutbildats när det gäller hjärtsvikt, dels vid uppstarten och sedan via återkommande utbildnings/informationsträffar. Samverkan sker såväl ute på vårdcentralerna (ffa hjärtsjuksköterska-distriktsläkare), som mellan sjukhus-primärvård (ffa hjärtsviktssjuksköterska-hjärtsjuksköterska) och mellan primärvård-kommun. När distriktsläkaren finner det lämpligt remitteras patienten till hjärtsjuksköterskan för fortsatt uppföljning. Information om patienter ineliggande på medicinkliniken rapporteras över via epikris till hjärtsjuksköterskan i samband med utskrivning, som komplement till den epikris som skickas till patientansvarig läkare på vårdcentralen.

Patientansvarig läkare har det medicinska ansvaret (verifiera diagnos, opti-

mal behandling, allmänmedicinskt omhändertagande) och hjärtsjuksköterskan har omvårdnadsansvaret (optimal egenvård, förbättrad följsamhet till behandling, upptitrering av mediciner, samt täta uppföljningar).

Det övergripande målet med införande av hjärtsjuksköterskor har varit att möjliggöra att patienten och hans/hennes anhöriga blir mer delaktiga i behandlingen genom att:

- utgå ifrån de problem som patienten/anhöriga upplever och fokusera uppföljningen på det
- lära patienten/anhöriga känna igen försämringstecken för att snabbt kunna förändra medicinering eller söka hjälp i tid
- erbjuda kvalificerat omhändertagande i primärvård

Vid en genomgång ett år efter uppstarten konstaterades att verksamheten fått en trög start och något behövde

göras för att få mer patienter till hjärtsjuksköterskorna. Åtgärder som vidtogs var bl.a att informera personalen om hjärtsjuksköterskeresursen på de avdelningar på sjukhuset som omhändertog merparten av patienterna och lämna en lista där det framgick vem som var hjärtsjuksköterska på respektive vårdcentral samt fax- och telefonnummer. Som komplement till den epikris som skickas till patientansvarig läkare vid utskrivning av patienter som varit inlagda p.g.a. ökade besvär av sin hjärtsvikt skickades även en epikris till hjärtsjuksköterskan. En logglista över uppföljningen fördes sedan under ett halvår för att följa effekterna av gjorda insatser (Figur 4).

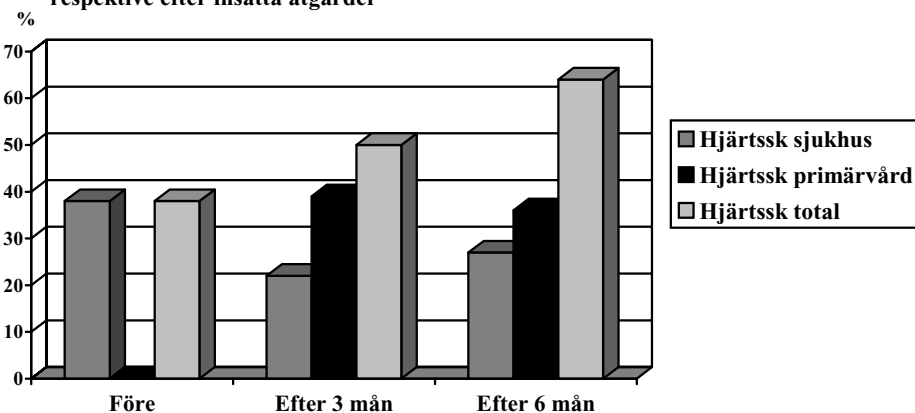
Av figur 4 framgår tydligt att gjorda insatser på sjukhuset hade betydande effekt på hur många patienter som fick uppföljning via hjärtsjuksköterska. Det visar också på behovet av samarbete mellan primärvård och slutenvård för att få igång denna typ av verksamhet samt att effektivisera uppföljningen. Av figur

4 kan man också utläsa att det var 22% av patienterna som vid tremånadersmätningen blev remitterade till uppföljning via både hjärtsjuksköterska på sjukhus och i primärvård, medan ingen blev det vid mätningen efter sex månader. Detta innebär inte att patienterna endast följdes upp av endera parten, men att den första kontakten styrdes åt ett håll.

Erfarenheter från verksamheten

En utvärdering av verksamheten har gjorts i ett senare skede via intervjuer av sju ansvariga distriktsläkare och tio hjärtsjuksköterskor i primärvården. Den kvalitativa utvärderingen gjordes i form av semistrukturerade intervjuer med en Critical Incident Technique (CIT) ansats (Flanagan, 1954) dvs. syftet var att kartlägga händelser, positiva och/eller negativa, som haft stor betydelse för utvecklingen och resultatet av de nya vårdriktlinjerna. Frågorna belyste såväl negativa som positiva händelser relaterat till hjärtsjuksköterskans roll i patient-/anhöriguppföljningen, effekt av utbild-

Fig 4. Andel patienter uppföljda av hjärtsjuksköterskor före respektive efter insatta åtgärder



tema

ning, tillräcklig kunskap och avsatt tid, stöd från kollegor och samverkan mellan slutenvård och öppenvård samt mellan hjärtsjuksköterska och annan personal. Analysen av intervjuerna resulterade i fyra kategorier; vårdriktlinjerna påverkar vården; vårdriktlinjerna påverkar tryggheten; verksamheten påverkas av samverkan och verksamheten påverkas av stöd.

Vårdriktlinjerna påverkar vården

I denna kategori framkom händelser där de nya vårdriktlinjerna påverkat vården positivt. Vården blev *mer tillgänglig* för patient och anhöriga eftersom patienten visste vem han/hon kunde vända sig till och de behövde inte stå i telefonkö eller förklara för någon okänd varför de inte mådde väl. Den *icke farmakologiska behandlingen* ansågs vara det mest centrala i sjuksköterskans arbete. Hjärtsjuksköterskan uppfattade att det blev ett bättre patientomhändertagande eftersom man även insett vikten av det psykologiska omhändertagandet. Hjärtsjuksköterskan förvånades ofta över den okunskap som patienten hade över sitt tillstånd och lade stor vikt vid information om symptom och behandling och vad patienten själv kunde göra. Detta innebar att patientmedverkan blev mer omfattande. Även den *farmakologiska behandlingen* ansågs ha förbättrats. Patienterna kunde oftare vårdas hemma och erhålla en mer adekvat medicinering. Vårdriktlinjerna gav också förutsättningar för mer avancerade initiativ än tidigare, samt *uppföljning av svårare fall* såsom avancerad hjärtsvikt, vård i livets slutskede och biverkningar av mediciner. När *anhöriga involverades* och fick samma informa-

tion som patienterna var det lättare för dem att konsultera sjuksköterskan för råd och/eller bekräftelse på att allt var som det skulle. En sådan kommunikation uppfattades kunna leda till minskat antal återinläggningar och en större trygghet för både patient och anhöriga. Vårdriktlinjerna innebar en *ökad medvetenhet* på vårdcentralen om vikten av att patienten hade rätt diagnos, och att de blev kartlagda för att kunna erbjuda en god uppföljning.

Vårdriktlinjerna påverkar tryggheten

Vårdriktlinjerna upplevdes ha en lugnande effekt på både patienter och anhöriga. Anhöriga kände trygghet i de nya vårdriktlinjerna och den information som de fick och det var viktigt att de hade namn på någon att kontakta. Att hjärtsjuksköterskan gav anhöriga information innebar en ökad förståelse för tillståndet och hon var en förmedlande länk som en del anhöriga även kontaktade efter det att patienten avlidit. Den trygghet som patienten kände var framförallt beroende av att hjärtsjuksköterskan tog sig tid och att patienten kände sig omhändertagen, exempelvis när sjuksköterskan ringde upp patienten vid hemkomst från sjukhus eller bara för att höra hur det var. En ökad egenvårdskunskap innebar också en ökad känsla av trygghet hos patienterna.

Verksamheten påverkas av samverkan

Verksamheten påverkade samverkan med såväl patient och anhörig, slutenvården, som mellan hjärtsjuksköterska/läkare och hjärtsjuksköterska/annan vårdpersonal. Det som lyftes fram mest

i denna kategori var *samverkan mellan hjärtsjuksköterska och läkare*. Mestadels beskrevs detta samarbete fungera bra och det ansågs vara nödvändigt för att verksamheten skulle fungera. Det var viktigt att det fanns annan läkare att konsultera om patientansvarig läkare inte var på plats och att det var godkänt och förankrat bland läkarna på vårdcentralen. Hjärtsjuksköterskan märkte tydligt av att några få läkare inte var så positiva till verksamheten utan hellre höll kvar patienterna själva. Det faktum att läkarna ibland glömde bort att det fanns en hjärtsjuksköterska eller upplevde att det var svårt att få tiden att räcka till innebar att sjuksköterskan upplevde ett otillräckligt stöd. Det fanns också en medvetenhet bland flera av läkarna att de borde hjälpt hjärtsjuksköterskorna mer i dess verksamhet.

Det var övervägande positiva beskrivningar om hur vårdriktlinjerna påverkat *samverkan med slutenvården*. Ett bättre samarbete med hjärtsviktmottagningen, nya utredningsrutiner och att veta vem som ska kontaktas och känna att sjukhuset backar upp utan att bestämma upplevdes positivt. Andra viktiga områden var att kunna konsultera och hospitera, och att meddelanden gick både till hjärtsjuksköterskan och läkaren vid utskrivning. En brist i samverkan tog sig uttryck i att man förväntat sig mer kontakt från klinikens sida vid utskrivning, att epikriser ibland var sena och att det var otydliga gränser gällande vilka patienter som skulle följas upp i primärvård respektive inom slutenvården.

Hjärtsjuksköterskan *avlastade annan personal* genom att patientsamtal och förfrågningar kopplades till henne,

genom att läkaren kunde hålla kvar patienter längre eftersom uppföljningen kändes tryggare, samt genom att ha huvudansvaret för information/utbildning till patienter och anhöriga och genom att vara konsult för distriktssköterskorna i hemsjukvården. Det fanns också en klar uppfattning att läkarna omöjligt skulle kunna hantera uppföljningen på ett adekvat sätt eftersom de inte skulle kunna avsätta tillräckligt med tid.

Annan verksamhet påverkades genom det faktum att vårdcentralen nu tog ansvar för sjukare patienter med hjärtsvikt och att hjärtsjuksköterskan hade frågor, vilket var önskvärt men också innebar merarbete. På vissa vårdcentraler uttrycktes en uppfattning av att annan verksamhet blivit lidande, framförallt vid uppstarten av verksamheten, eftersom hjärtsjuksköterskans tid togs från annan verksamhet. Delvis berodde detta på att man inte utnyttjat de öronmärkta pengar som fanns för att köpa loss tid.

Verksamheten påverkas av stöd

Det var viktigt för hjärtsjuksköterskan att känna stöd för verksamheten. Detta fick hon via personligt stöd från kollegor och verksamhetsansvarig, samt via den grund- och kontinuerliga utbildning som följde med verksamheten. Det var också viktigt att få avsatt, schemalagd tid för verksamheten. Några av hjärtsjuksköterskorna beskrev att verksamheten prioriterades lågt och att det inte avsattes tillräckligt med tid.

Tiden som avsatts för verksamheten skilde sig mycket mellan vårdcentralerna (trots att fördelningen av medel var lika). De flesta uttryckte att de hade bra balans mellan arbete och tid och att

tema

de kunde anpassa tiden efter de behov som uppstod och det var viktigt att den avsatta tiden var schemalagd för att det skulle fungera. De som försökte lägga in patientbesök utspjutt under veckan hade svårare att få ihop det och det var lätt att tiden åts upp av annan aktivitet. De flesta beskrev att *verksamhetschefen* hade en positiv inställning och respekt för verksamheten. Detta visade sig genom tillräckligt avsatt tid och omstuvning av schemat och att hjärtsjuksköterskan hade fria händer att forma mottagningen. Det beskrivs som en mycket viktig del att *projektansvariga understödde* verksamheten via en basutbildning som följdes av kontinuerliga utbildningsträffar och nätverksbildning och att man fick riktlinjer att jobba utifrån. Några upplevde att *verksamheten hade nedprioriterats* eftersom inte tillräckligt med tid avsattes, att inga riktlinjer upprättats, att verksamheten inte blivit rutin och att remittering av patienter ofta glömdes bort.

Kliniska implikationer

Har man tankar på att starta upp en hjärtsviktsmottagning i primärvården är det av stor vikt att först ta en grundlig diskussion med företrädare för det lokala sjukhuset. Finns redan en väl fungerande hjärtsviktsmottagning som kan ta emot alla hjärtsviktspatienter i området bör detta påverka beslutet. Det kan vara mycket svårt för hjärtsviktsmottagningen på sjukhuset att täcka in hela behovet och då är det viktigt att komma överens om utredningsgången och vem som gör vad, så att det blir en väl fungerande vårdkedja. Vårdcentralen kan börja med att ta reda på hur många patienter med hjärtsvikt som finns i upptagningsom-

rådet, hur många av dem som följs via sjukhuset för att få en bild över behovet och hur mycket tid som kan bli aktuell att avsätta. Det rör sig ofta om en halv till en dag i veckan. Det är också viktigt att följa upp och utvärdera sin verksamhet och gärna göra det vetenskapligt så att spridningen och tilltron till resultaten blir bättre. Som framgår av de utvärderingar som beskrivits i denna artikel så är det viktigt att hjärtsjuksköterskan i primärvården har ett gott samarbete med distriktsläkarna och slutenvården. En förutsättning för att verksamheten skall överleva är också att kollegor och verksamhetsansvariga inte motarbetar utan istället stöttar och uppmuntrar för att på så sätt ge hjärtsjuksköterskan det utrymme och den energi som krävs för att driva det hela framåt. I gengäld kan detta resultera i bättre utredning och uppföljning, både farmakologisk- och icke-farmakologisk, samt bidra till en bättre livssituation för både patient och anhöriga.

Summary

Dedicated and well-educated nurses in primary health care have the potential to improve the care for patients with heart failure. This article presents a favourable follow-up programme for elderly patients with heart failure in primary health care.

Referenser

Blue L., Strong E., McMurray JJV., Davie AP., McDonagh TA., Murdoch DR., Petrie MC., Connolly E., Norrie J., Round CE., Ford I., Morrison CE. (2001) Randomised controlled trial of specialist nurse interven-

- tion in heart failure. *British Medical Journal* 323, 715-18.
- Cowie MR, Wood DA, Coats AJ, Thompson SG., Poole-Wilson PA., Suresh V., Sutton GC. (1999) Incidence and aetiology of heart failure. *European Heart Journal* 20, 421-28.
- Flanagan JC. (1954) The critical incident technique. *Psychological Bulletin* 51, 327-58.
- Hobbs FDR. (2000) Heart failure in general practice. *British Medical Journal* 320, 626-29.
- Hobbs FDR., Jones MI., Allan TF., Wilson S., Tobias R. European survey of primary care physician perceptions on heart failure diagnosis and management (Euro-HF) (2000). *European Heart Journal* 21, 1877-87.
- Johansson G. (1999) Hjärtsviktsmottagning inom primärvården – erfarenheter från Nyby vårdcentral i Uppsala. *Hässle Information* 2, 21-25.
- Lernfelt B., Dahlström U., Ahlin N-G., Berg CH., Cline C., Johansson G., Mårtensson J., Ohlsson Å. (2001) Hjärtsvikt hos äldre. *Nordisk Geriatrik* 4, 30-36.
- Mårtensson J., Strömberg A., Dahlström U., Karlsson J-E., Fridlund B. (2004) Patients with heart failure in primary health care: effects of a nurse-led intervention on health-related quality of life and depression. *The European Journal of Heart Failure* (In press, available online via ScienceDirect).
- Primärvårdens Nyheter (2002) Hjärtsviktsmottagningar i primärvård allt vanligare. Nr 13.
- Remes J., Miettinen H., Reunanen A., Pyorala K. (1991) Validity of clinical diagnosis of heart failure in primary health care. *European Heart Journal* 12, 315-21.
- Socialstyrelsen (2004) Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård 2004 – Det medicinska faktadokumentet. Bergslagens Grafiska AB, Lindesberg.
- Stewart S., Pearson S., Horowitz J. (1998) Effects of a home-based intervention among patients with congestive heart failure discharged from acute hospital care. *Archives of Internal Medicine* 158, 1067-72.
- Strömberg A. & Mårtensson J. (2003) Gender differences in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2, 7-18.
- Strömberg A., Mårtensson J., Fridlund B., Dahlström U. (2001) Nurse-led heart failure clinics in Sweden. *European Journal of Heart Failure* 3, 139-144.
- Strömberg A., Mårtensson J., Fridlund B., Levin L-Å., Karlsson J-E., Dahlström U. (2003) Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure. Results from a prospective, randomised study. *European Heart Journal* 24, 1014-23.
- Vinson JM., Rich MW., Sperry JC., Shah AS., McNamara T. (1990) Early re-admission of elderly patients with congestive heart failure. *Journal of American Geriatrics Society* 38, 1290-95.