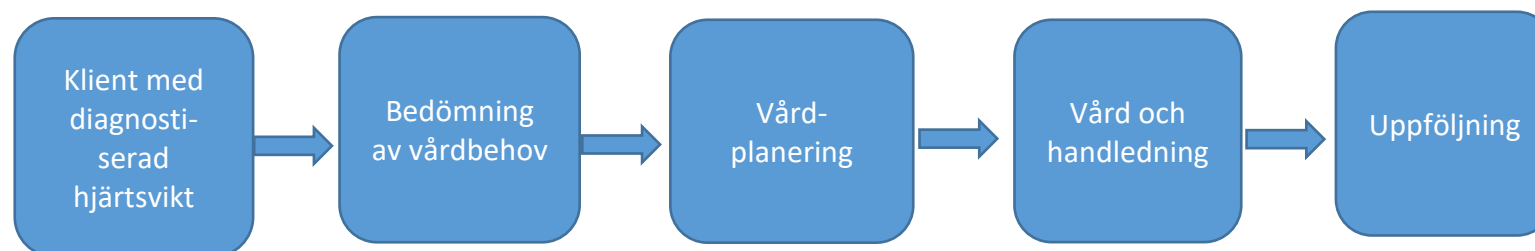


Processens namn	Processens mål	Processägare	Processens användare	Uppgjort/ uppdaterat av:	Godkänt:
Den vuxna hjärtsviktpatientens servicekedja	Främja hjärtsviktpatientens hälsa och egenvård	Camilla Kautiainen	Personal inom Social- och Hälsovårdsverket	Carita Nyman och Camilla Kautiainen 5.12.2019	Kenth Vikström överläkare inre med., kardiolog 19.8.2020



Process steg	Vad görs här	Vem gör/Ansvarig	Mätare och målnivå	Utvärdering	Anvisningar
Klient med diagnostiserad hjärtsvikt	1. Remiss från specialsjukvården 2. Patienten tar själv kontakt, kontakt från avdelning eller HVC läkare	1. Specialsjukvård/ inremed.pkl. 2. Primärvården- hjärtskötare, allmänläkare	1. Hjärtultraljud, Thx rtg, blodprov , kliniskbedömning Systolisk hjärtsvikt med EF <30% 2. Thx rtg, blodprov, kliniskbedömning övriga hjärtsvikt patienter	1. Kallas på besök inom 2-3 veckor till hjärtskötare. Till kardiolog x1/ år 2. Kallas på besök inom 2-4 veckor i akuta skedet, senare x 2/ år, till allmän läkare vid behov	Käypähoito
Bedömning av vårdbehov 1. Specialsjukvården 2. Primärvården	1. Efter mottagande av remiss görs en bedömning om hur uppföljningen påbörjas: -specialsjukvård -primärvård Görs upp vårdplan Teammöte Näringscreening status 2. Uppföljning patienten kallas. Görs upp vårdplan. Teammöte	1. Kardiolog, hjärtskötare, allmänmedicinsk läkare Fastställa vårdansvar 2. Hjärtskötare, allmänmedicinläkare, Diabetesskötare vid behov Fastställa vårdansvar	1. Helhets- bedömning 2. Helhets- bedömning	Regelbunden kontakt på mottagning eller per telefon Regelbunden blodprovs uppföljning	1. Systolisk hjärtsvikt med EF <35% 2. Övriga hjärtsvikt patienter

	Vid regelbunden diabetesuppföljning görs gemensam vårdplan Näringscreening status				
Vård och handledning	Medicinsk- och klinisk bedömning Hjärtsviktinfo, Egenvård	Hjärtskötare Läkare på inremedicinska polikliniken och läkare på HVC Kostrådgivare på basen av näringscreening	Rätt medicinering. Öka patientens sjukdomsinsikt. Egenvård: vikt, vätskebegränsning, dosjustering av diuretika, motion, kostrådgivning	Labvärden ok? Uppnått livsstilsmålen? K.Vikström ansvarar för specialsjukvåren Remitterande läkare har medicinskt vårdansvar	Käypähoito Hälsobyn.fi Att leva med hjärtsvikt - brochyr Näringsmätare, -screeningsverktyg
Uppföljning 1.Specialsjukvård 2.Primärvård	Enligt vårdplan Uppdatering av vårdplan	Hjärtskötare, allmän medicin läkare, kardiolog, eventuellt diabetesskötare,	Gemensam vårdplanering Konsultation, utan remiss inom teamet	1.Första året 3-4 kontroller (+ eventuellt telefontider). Efter detta kontroll om 3-6 månader sen 1-2 gånger/ år. Svår systolisk hjärtsvikt läkarkontroll x1/ år 2. Kontroller 3-4 gånger/ år, vid stabil hjärtsvikt 2 gånger/ år, läkarkontroll vid behov	1. Lab rutinprov: Pvk, K, Na, krea, BNP Järnstatus x1/ år vid systolisk hjärtsvikt Hjärtecho 2. Lab rutinprov: Pvk, K, na, krea, BNP Järnstatus x1/ år vid systolisk hjärtsvikt

Processens basuppgifter

Processägare	Camilla Kautiainen
Processbeskrivningen uppgjord av	Hjärtskötare: Carita Nyman, Camilla Kautiainen Överläkare, kardiolog Kenth Vikström
Datum för godkännande och godkännare	19.8.2020 Kenth Vikström
Processens målgrupp	Hjärtsviktpatienten
Processens samarbetspartner	Andra sjukhus, Social- och Hälsovårds organisationer, provata aktörer, tredje sektorn
Förutsättningar för fungerande process	Uppdateringen av kunnsade, tillräckliga personalresurser
Mätare och nyckeltal	
Utveckling och uppdatering av processen	Processen utvärderas och uppdateras v.b. med åtminstone 3 års mellanrum
Kontaktytor till andra processer	Diabetespatient
Version nummer	Version 1 godkänt 19.08.2020