

Behandling av hjärtsvikt i Sverige: framsteg men inte framme

VÄXANDE BEHANDLINGSARSENAL STÄLLER KRAV PÅ IMPLEMENTERING

En av fyra personer utvecklar hjärtsvikt under sin livstid, och prevalensen förväntas öka i takt med att befolkningen åldras. Hjärtsvikt är en ledande orsak till oplanerade sjukhusinläggningar bland vuxna och förknippad med en mortalitet jämförbar med cancersjukdomar. Kombinerad behandling med betablockerare, renin-angiotensinsystemhämmare (RAS-hämmare)/angiotensinreceptor-neprilysinhämmare (ARN-hämmare), mineralkortikoidantagonist (MRA) och natriumglukos-kotransportör 2-hämmare (SGLT2-hämmare) minskar mortaliteten med upp till 61 procent och rekommenderas idag för alla patienter

»Registerdata från Sverige, USA, Asien och övriga Europa har upprepat belyst stora diskrepanser mellan riktlinjer och praxis ...«

ter med hjärtsvikt med nedsatt vänsterkammarfunktion (HFrEF) [1]. Därutöver har en betydande andel av patienterna indikation för riktade behandlingar som hjärtsviktspace-maker, implanterbar defibrillator, sinusknutehämmaren ivabradin eller intravenöst järn. För patienter med avancerad hjärtsvikt är det också av stor vikt att överväga avancerade behandlingar som mekanisk hjärtpump eller hjärttransplantation. Framstegen är inte heller begränsade till HFrEF. Patienter med lätt nedsatt ejektionsfraktion (41-49 procent) gynnas av många av de läkemedel som används vid HFrEF, och patienter med bevarad ejektionsfraktion (≥50 procent) av SGLT2-hämmare och det nya icke-steroida MRA-läkemedlet finerenon. Denna växande verktygslåda vid behandling av hjärtsvikt är en stor framgång, men medför också nya utmaningar för sjukvården att implementera de insatser som kan och bör erbjudas patienterna.

Större andel – men långt ifrån alla – får rätt behandling

Det sägs ofta att »kliniska prövningar visar vad vi borde göra och register vad vi faktiskt gör«. Registerdata från Sverige, USA, Asien och övriga Europa har upprepat belyst stora diskrepanser mellan riktlinjer och praxis [2]. RAS-hämmare och betablockerare används i hög utsträckning, men endast 13-40 procent får läkemedlen i den måldos som använts i kliniska pröv-

Felix Lindberg, med dr, AT-läkare, Karolinska universitetssjukhuset Solna

Charlotta Ljungman, docent, överläkare, hjärtkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
● charlotta.ljungman@vgregion.se

Camilla Hage, docent, universitetssjuk-sköterska, kardiolog-kliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Solna

Lena Olsson, sjuk-sköterska, hjärtmot-tagningen, Hallands sjukhus Varberg

Anna Forssell, hjärtsjuk-sköterska, medicinmottagningen, Lasarettet i Enköping

Åsa Jonsson, med dr, sjuk-sköterska, medicinkliniken, Läns-sjukhuset Ryhov, Jönköping

Lina Benson, statistiker, Karolinska institutet, Solna

Gianluigi Savarese, docent, bitr överläkare, hjärtkliniken, Södersjukhuset, Stockholm

Lars H Lund, professor, överläkare, hjärtkliniken, Karolinska universitetssjukhuset Solna

ningar. MRA har visat sig svårt att implementera brett och används bara av 33-68 procent av patienter med HFrEF. Svenska siffror ligger i de övre delarna av dessa intervall. Underanvändningen överstiger vad som kan förväntas med tanke på faktiska kontraindikationer som hyperkalemi och/eller njursvikt. Tidigare rekommenderades en stegvis insättning av hjärtsviktsläkemedel i den ordning som reflekterade publikationsdatum för de randomiserade studierna snarare än biologiska resonemang eller evidens. Detta förfarande var tidskrävande och bidrog sannolikt till underanvändning. I dag rekommenderas i stället ett parallellt tillvägagångssätt där alla fyra läkemedelsklasserna erbjuds samtliga patienter med HFrEF [1].

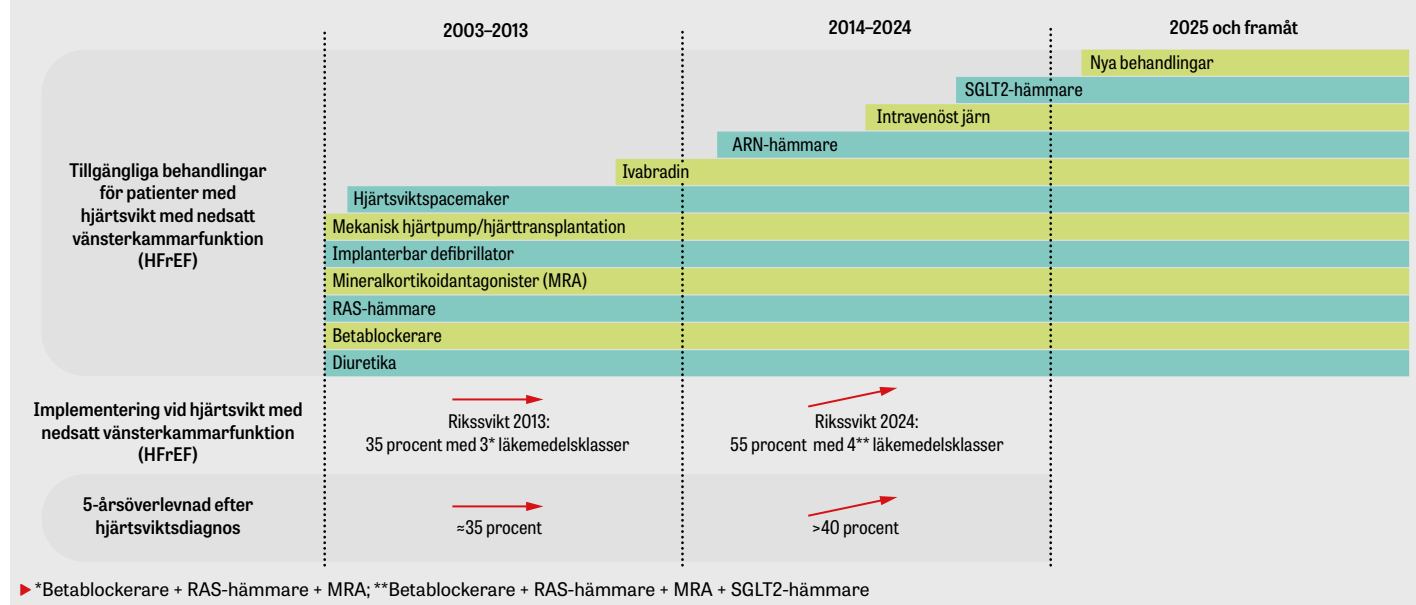
Hur kan sjukvården förbättra behandlingen?

Med en växande behandlingsarsenal ställs allt större krav på kunskap, resurser och nya angreppssätt för att tillgängliggöra evidensbaserad behandling för fler. Forskning som syftar till att identifiera hur innovationer effektivt kan införas i praktiken samlas under begreppet implementeringsvetenskap.

Kunskaps- och beslutsstöd. Ett flertal enkätstudier har identifierat luckor i kunskapen om diagnostik och behandlingar av hjärtsvikt bland behandlande läkare i Sverige [3, 4]. En enkätstudie fann att färre än 1 av 3 läkare hade acceptabel kunskap om indikationerna för hjärtsviktspace-maker och färre än 1 av 6 om implanterbar defibrillator [3]. Specialisering inom kardiologi, jämförd med internmedicin eller allmänmedicin, var associerad med bättre kännedom, men även bland kardiologer hade bara 61 procent acceptabel kunskap om indikationer för implanterbar defibrillator. Internationella studier som undersökt effekten av olika besluts- och kunskapsstöd för att förbättra hjärtsviktsbehandling har sammantaget visat att så k »nudging» eller påminnelser i journalsystemet kan leda till förbättringar, medan kunskapsseminarier och återkopplingsmekanismer varit ineffektiva [2]. Patienter med

HUVUDBUDSKAP

- En växande behandlingsarsenal vid hjärtsvikt innebär bättre prognos vid hjärtsvikt men också utmaningar vad gäller implementering.
- Nyckelfaktorer för fortsatt förbättring av behandling och utfall vid hjärtsvikt innefattar beslutsstöd, tillgång till hjärtsviktsjuk-sköterskor och specialistvård samt nya metoder som registerbaserad screening.

FIGUR 1. Behandlingsalternativ, implementering och överlevnad vid hjärtsvikt de senaste 20 åren och framåt

hjärtsvikt följs i hög utsträckning i primärvården, men hjärtsvikt utgör samtidigt en liten del av allmänläkarens verksamhet. Det är därför naturligt att läkare i primärvården besitter mindre detaljerad kunskap om specifika behandlingsindikationer vid hjärtsvikt. Detta gäller i synnerhet riktade och avancerade behandlingar. Därför bör beslutsstöd för sådana insatser fokusera på att identifiera remissbehov snarare än behandlingsval. Ett antal regioner har också upprättat

»Ett antal regioner har också upprättat digitala ronder som ett sätt för specialiserad vård att erbjuda kardiologstöd till primärvården.«

digitala ronder som ett sätt för specialiserad vård att erbjuda kardiologstöd till primärvården.

Resurstillgång: hjärtsviktssjuksköterskor, specialistvård och ekokardiografi. Hjärtsvikt är en progressiv och dynamisk sjukdom, och vikten av tidig diagnos och strukturerad uppföljning är stor. Det är centralt att tidigt identifiera sjukdomen och påbörja behandling, eftersom toleransen för läkemedlen ofta blir sämre i takt med att sjukdomen progredierar. Ekokardiografi är avgörande för diagnos och korrekt behandling vid hjärtsvikt. Trots detta varierar tillgången till ekokardiografi mellan landets regioner, vilket Socialstyrelsen belyste och identifierade som ett hinder för evidensbaserad hjärtsviktsbehandling i sin rapport från 2024 [5]. Flera av de effektiva behandlingarna kräver också uppföljning av njurfunktion, elektrolyter,

puls och blodtryck. Det är också vanligt att patienter utvecklar nya behandlingsindikationer under sjukdomens förlopp, vilket är viktigt att upptäcka. Trots detta följs många patienter huvudsakligen på vårdcentraler, där det är svårt att tillhandahålla tillräckligt strukturerad uppföljning, särskilt då de flesta vårdcentraler saknar sjuksköterskor med specialiserad kompetens i hjärtsvikt. Kontrasten mot uppföljningsapparaten efter hjärtinfarkt är tydlig: tät och strukturerad uppföljning på sjukhus hos dedikerade sjuksköterskor och specialistläkare har sannolikt bidragit till att Sverige har en hjärtinfarktvård i världsklass, både vad gäller kvalitetsindikatorer och utfall. Den internationella randomiserade studien Strong-HF testade en mer »hjärtinfarktslik« uppföljning efter hjärtsviktsinläggning, med tidig och snabb optimering av läkemedelsbehandling kombinerad med tät uppföljning [6]. Patienterna som randomiserades till interventionen uppnådde markant högre användning av hjärtsviktsläkemedel och hade 34 procent lägre risk för återinläggning för hjärtsvikt eller död inom 180 dagar [6]. I Region Stockholm genomfördes år 2014–2017 4D-projektet som innefattade resurstillskott och ökad tillgång till specialiserad uppföljning och hjärtsviktsjuksköterskor. I samband med 4D-projektet observerades ökad implementering av hjärtsviktsbehandlingar och minskade inläggningar för hjärtsvikt i regionen [7].

Register. Sjukdomsspecifika nationella kvalitetsregister har som huvudsakligt syfte att möjliggöra kvalitetsuppföljning för anslutna kliniker, men bidrar också med implementeringsvetenskapliga insikter. Det svenska kvalitetsregistret för hjärtsvikt, Rikssvikt, har belyst behandlingar med särskilt bristande implementering (såsom MRA och hjärtsviktspace-maker) samt identifierat underliggande faktorer som potentiellt kan utgöra mål för riktade satsningar (exempelvis bristande tillgång till specialistuppföljning och skill-

nader i implementering baserade på kön, socioekonomi och/eller region).

Screening. I Sverige utgör data från kvalitetsregister, administrativa register och journalsystem en möjlighet att införa skalbar »screening« för att förbättra såväl diagnostik som behandling. En studie från Storbritannien använde diagnos- och behandlingskoder för att identifiera patienter i primärvården med potentiellt odiagnostiserad eller underbehandlad hjärtsvikt. Identifierade patienter bjöds in till en dedikerad kardiologmottagning, vilket resulterade i 47 procents ökning av hjärtsviktsdiagnoser. Av de inbjudna patienterna klassades 62 procent som kandidater för hjärtsviktspace-maker eller implanterbar defibrillator, och under uppföljningen ökade andelen klassade som »optimalt behandlade« från 49 procent till 85 procent [8]. I Sverige användes systematisk journalbaserad screening framgångsrikt för att introducera SGLT2-hämmare för HFrEF i Umeå [9]. En pågående studie (Reboot-HFrEF) undersöker om Rikssvikt kan användas effektivt för att screena för underbehandling av HFrEF. Den pågående internationella studien Symphony-HF (NCT05919342) undersöker en riktad strategi för hjärtsviktsscreening hos patienter med hög risk genom mätning av NT-proBNP och AI-baserad tolkning av ekokardiografi.

Tillbakablick och framtid

För åtta år sedan visade en internationellt uppmärksam studie från Rikssvikt att knappt någon förbättring hade skett i användningen av evidensbaserade behandlingar för patienter med HFrEF mellan åren 2003 och 2012 [10]. Under denna period sågs heller ingen förbättring i prognosen för patienter med HFrEF [10]. Nya data från Rikssvikt visar att trenden i Sverige nu har börjat gå i rätt riktning. Användningen av betablockerare, RAS-hämmare och MRA har tydligt förbättrats sedan 2012 [11]. De nya SGLT2-hämmarna har införts mycket snabbt och erhöles år 2024 redan av 80 procent av patienterna med kronisk (≥ 6 månader sedan diagnos) HFrEF i Rikssvikt [11]. Detta visar att snabb implementering av nya hjärtsviktsläkemedel är möjlig och kontrasterar mot den betydligt långsammare implementeringen av ARN-hämmare som länge enbart kunde förskrivas inom specialiserad vård i kardiologi. Parallellt med dessa behandlingsframsteg har hjärtsviktsmortaliteten på befolkningsnivå i Sverige nu börjat minska, med omkring 4 procent årlig minskning i åldersjusterad hjärtsviktsmor-

talitet mellan 2011 och 2022 [12]. Samtidigt finns fortsatt stor förbättringspotential. År 2024 behandlades ungefär 52 procent av patienter med kronisk HFrEF i Rikssvikt med alla fyra grundläggande läkemedelsklasser [11], och femårsdödligheten var 58 procent för patienter som erhöles incident hjärtsviktsdiagnos 2018 med uppföljning till 2023 [12]. Det bör slutligen betonas att det verkliga förbättringsutrymmet sannolikt

»Rikssvikt kan med fördel användas som en checklista för vad patienter med hjärtsvikt ska erbjudas i form av läkemedelsbehandling, behandling med hjärtsviktspace-maker/defibrillator, fysisk träning och egenvård.«

är större än siffrorna från Rikssvikt visar. Täckningsgraden i Rikssvikt har ökat, men patienter i registret utgör fortfarande bara cirka hälften av den bredare hjärtsviktspopulationen i Sverige och är i huvudsak representativa för kardiologisk specialistvård. Rikssvikt kan med fördel användas som en checklista för vad patienter med hjärtsvikt ska erbjudas i form av läkemedelsbehandling, behandling med hjärtsviktspace-maker/defibrillator, fysisk träning och egenvård. Med dataintegration som nu används från journalsystem direkt in till registret både i specialiserad vård och i primärvård sänks också tröskeln i form av tid för inmatning av data. Detta bör på sikt bidra till en ökad kvalitet på hjärtsviktsvården i Sverige. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Charlotta Ljungman har erhållit ersättning för föreläsningar från Astra Zeneca, Pharmacosmos, Novartis, Pfizer och Boehringer Ingelheim. Camilla Hage har erhållit ersättning för föreläsningar/konsultuppdrag från Astra Zeneca, Novartis, Bayer och Anacardio. Lars H Lunds institution har erhållit ersättning för forskning, konsultuppdrag och/eller föreläsningar från Alleviant, Astra Zeneca, Bayer, Biopetetics, Boehringer Ingelheim, Novartis, Owkin och Pharmacosmos. Lars Lund äger aktier i Anacardio.

Citera som: Läkartidningen. 2025;122:25032

Läs mer!

Engelsk
sammanfattning på
Läkartidningen.se

REFERENSER

- McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-726.
- Savarese G, Lindberg F, Cannata A, et al. How to tackle therapeutic inertia in heart failure with reduced ejection fraction. A scientific statement of the Heart Failure Association of the ESC. Eur J Heart Fail. 2024;26(6):1278-97.
- Hübinette C, Lund LH, Gadler F, et al. Awareness of indications for device therapy among a broad range of physicians: a survey study. Europace. 2014;16(11):1580-6.
- Ferrannini G, Biber ME, Abdi S, et al. The management of heart failure in Sweden – the physician's perspective: a survey. Front Cardiovasc Med. 2024;11:1385281.
- Låt hjärtat orka längre – nationell utvärdering av vården vid hjärtsvikt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024. Artikelnr 2024-11-9307.
- Mebazaa A, Davison B, Chioncel O, et al. Safety, tolerability and efficacy of up-titration of guideline-directed medical therapies for acute heart failure (STRONG-HF): a multinational, open-label, randomised, trial. Lancet. 2022;400(10367):1938-52.
- Matan D, Löfström U, Corovic Cabrera C, et al. Reorganization of heart failure management and improved outcome – the 4D HF Project. Scand Cardiovasc J. 2021;55(1):1-8.
- Kahn M, Grayson AD, Chaggar PS, et al. Primary care heart failure service identifies a missed cohort of heart failure patients with reduced ejection fraction. Eur Heart J. 2022;43(5):405-12.
- Norberg H, Andersson T, Håkansson E, et al. Assessment of a systematic approach for implementing novel medications in clinical practice: an observational study with dapagliflozin. Eur J Clin Pharmacol. 2024;80(9):1363-71.
- Thorvaldsen T, Benson L, Dahlström U, et al. Use of evidence-based therapy and survival in heart failure in Sweden 2003-2012. Eur J Heart Fail. 2016;18(5):503-11.
- Swedeheart. Årsrapport 2024. SwedeHF appendix. <https://www.ucr.uu.se/rikssvikt/om-rikssvikt/arsrapporter>
- Lindberg F, Benson L, Dahlström U, et al. Trends in heart failure mortality in Sweden between 1997 and 2022. Eur J Heart Fail. 2025;27(2):366-76.

SUMMARY

Treatment of heart failure in Sweden: progress but not there yet

A growing number of pharmacological and device-based therapies are available to improve well-being and prognosis for patients with heart failure. The increasing complexity of the treatment algorithm also makes implementation of optimal therapy challenging for the healthcare system and the physician. Recent years have seen increasing implementation of heart failure therapies in Sweden, but there is still meaningful room for improvement. Key factors to enable continued progress include knowledge dissemination and clinical decision-support systems that might include alerts and/or »nudging« in the electronic health record system, increased resources to improve the access to heart failure nurses and specialist cardiology care, heart failure registries, and digital/registry-based screening for missed diagnoses or treatment of heart failure.