

Hjärtsviktsbehandling av multisjuka äldre

FALLBESKRIVNING BELYSER SVÅRIGHETERNA MED RIKTLINJER FÖR ENSKILDA SJUKDOMAR INOM PRIMÄRVÅRDEN

Gunilla, 90 år, var inskriven i hemsjukvården då hon på grund av synnedsättning behövde hjälp med tablettdelning och vård av bensår. Hon hade hypertoni, lipidrubbingar, artros och osteoporos. I mars sökte hon till vårdcentralen med sin dotter då hon blivit förvirrad (Figur 1). Från att tidigare ha klarat sig själv hemma hade hon nu svårigheter att använda nycklar, hitta föremål samt äta och dricka. Enligt dottern hade förändringen uppträtt plötsligt 6 veckor tidigare, och symtomen hade successivt förvärrats. Gunilla hade inga tidigare symtom på eller ärftlighet för demenssjukdom. Det framkom att hon i januari vårdades in-

Katharina Schmidt-Mende, med dr, docent och specialist i allmänmedicin, Akademiskt primärvårdscentrum; Karolinska institutet
 ● katharina.schmidt-mende@ki.se

Karin Modig, med dr, docent i epidemiologi, enheten för epidemiologi, Institutet för miljömedicin, Karolinska institutet

»Amlodipin 10 mg sattes ut, då det främst används mot hypertoni, och metoprolol halverades på grund av hypoton effekt och hög dos.«

nelligande på grund av dyspné. Man upptäckte då förmaksflimmer och konstaterade nydebuterad hjärtsvikt, som bedömdes sekundär till snabbt förmaksflimmer. Ingen ekokardiografi gjordes. 5 nya läkemedel sattes in, inklusive betablockerare och digoxin på grund av takykardi (Figur 1).

HUVUDBUDSKAP

- En 90-årig kvinna med hjärtsvikt, förmaksflimmer och annan samsjuklighet fick hjärtsviktsbehandling enligt gällande riktlinjer. Hon utvecklade konfusion, hypotoni och njursvikt samt oförmåga att ta hand om sig själv, vilket krävde slutenvårdsbehandling.
- Efter att läkemedel satts ut och doser justerats återgick hälsotillståndet till det normala.
- Fallet väcker frågor om hur väl gällande behandlingsriktlinjer för hjärtsvikt passar för multisjuka äldre primärvårdspatienter, eftersom patientgruppen sällan ingår i randomiserade kontrollerade studier.
- Allmänläkares erfarenhet i vården av multisjuka äldre hjärtsviktpatienter behöver beaktas vid utveckling av behandlingsriktlinjer.

Vid besök på vårdcentralen dagen därpå var blodtrycket vid sittande 98/57 mm Hg och efter 5 minuter 108/60 mm Hg, med regelbunden puls (Figur 1); hon hade inga benödem och vägde 60 kg. Hon ansågs lindrigt skör (5 av 9 poäng på Clinical frailty scale) [1], men bedömdes av läkaren ha en lägre biologisk ålder (80 år). Hon var inte orienterad till dag, månad eller år; psykisk status var i övrigt utan anmärkning. Blodprov visade dock att patientens njurfunktion hade försämrats jämfört med när hon var inneliggande för 2 månader sedan; den relativa njurfunktionen (uppskattad glomerulär filtrationshastighet, eGFR) hade sjunkit från 48 till 31 ml/min. Ett klocktest, som används vid screening för kognitiv påverkan, genomfördes och bedömdes patologiskt [2] (Figur 2a). Gunilla hade 1 av 4 poäng, vilket indikerar behov av fortsatt utredning [2].

Dock beslutades att ingen fortsatt kognitiv utredning skulle göras i dagsläget, då det misstänktes att förvirringen kunde bero på hypotoni som en följd av fullskalig hjärtsviktsbehandling utan anpassning till patientens ålder, njurfunktion och skörhet. Flera läkemedel sattes ut och doser justerades (Figur 1). Amlodipin 10 mg sattes ut, då det främst används mot hypertoni, och metoprolol halverades på grund av hypoton effekt och hög dos. Kandesartan och digoxin minskades på grund av nedsatt njurfunktion samt risk för konfusion vid överdosering av digoxin. Spironolakton bedömdes vara viktigt i hjärtsviktsbehandlingen. En vecka efter besöket på vårdcentralen blev dock hem-situationen ohållbar, och Gunilla behövde läggas in akut på geriatrisk avdelning. Blodtrycket var då 88/49 mm Hg. Läkemedelsbehandlingen ändrades ej under slutenvården.

I maj konstaterade dottern att mamman var »som vanligt igen« och klarade sig väl själv hemma. Klocktestet bedömdes nu som normalt, 4 av 4 poäng (Figur 2b). Blodtrycket var normalt, och Gunilla hade varken dyspné eller benödem.

DISKUSSION

Multisjuka Gunilla diagnostiserades med förmaksflimmer och hjärtsvikt och fick läkemedel enligt gällande riktlinjer för hjärtsviktsbehandling [3]. Detta ledde till övergående konfusion, som på ett påfallande sätt visades i ett patologiskt klocktest, samt lågt blodtryck och njursvikt. Som en direkt följd av detta klarade hon sig inte längre hemma, behövde hjälp av anhöriga och hemtjänst samt fick uppsöka akutmottagningen och läggas in flera dagar på geriatrisk avdel-

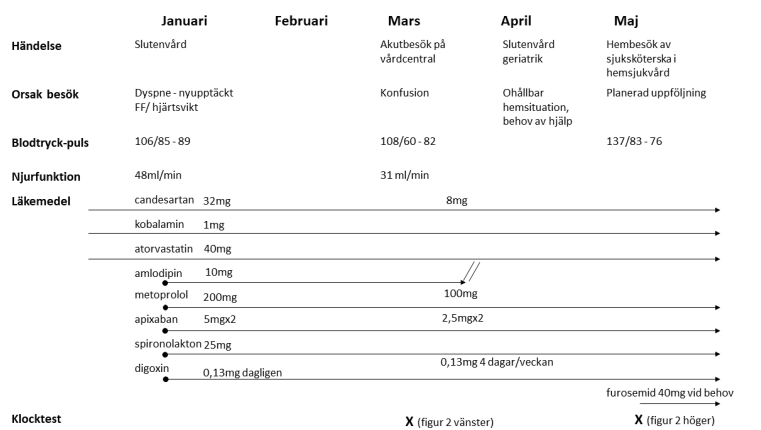
ning. Efter att läkemedel satts ut och doser justerats blev Gunilla bättre och klocktestet normaliserades.

Nyligen har man visat att dödligheten i hjärtsvikt i Sverige har minskat sedan år 2000 och konkluderar att detta delvis beror på ökad följsamhet till hjärtsviktsbehandling enligt riktlinjer [4], och enligt Socialstyrelsen finns utrymme att optimera förskrivningen ytterligare [5]. En möjlig förklaring till suboptimal behandling skulle kunna vara att allmänläkare är rädda för biverkningar hos multisjuka äldre hjärtsviktpatienter [6]. Biverkningar är ett vanligt och väl beskrivet problem i patientgruppen [7, 8], som belyses i fallet med Gunilla. Till de vanligaste allvarliga biverkningarna hör yrsel/hypotoni, försämrad njurfunktion och förvirring [7]. Gunilla drabbades av samtliga. En möjlig farmakologisk förklaring till hennes övergående konfusion är att hon redan från början hade en kraftig perifer vasodilatation (maximaldos av angiotensin II-receptorantagonisten kandesartan, som

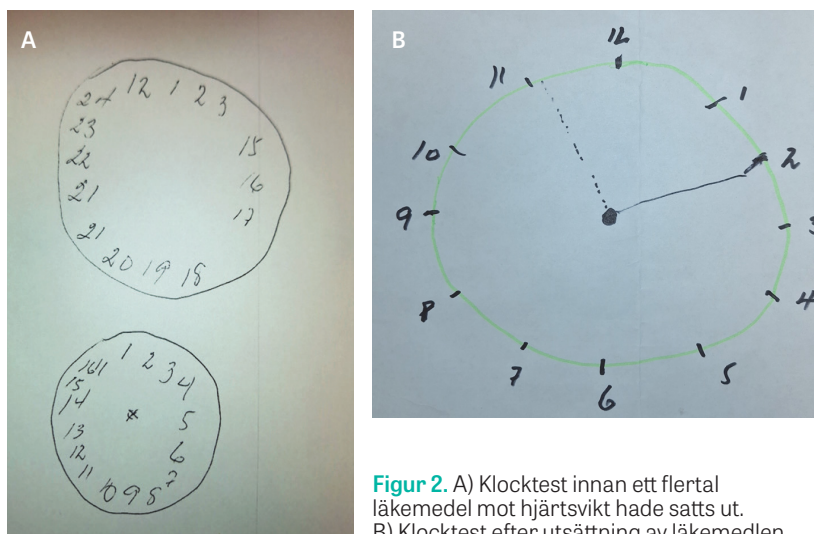
»Att sätta ut läkemedel hos patienter som Gunilla är minst lika viktigt som att sätta in dem ...«

relaxerar glatt muskulatur), som ökade efter tillägg av maximaldos amlodipin. Insättning av betablockerare i maximaldos sänkte systemblodtrycket ytterligare. Allt bidrog till minskat blodflöde till hjärnan. Gunillas konfusion hade antagligen kunnat förebyggas genom att låta bli att följa behandlingsriktlinjerna för hjärtsvikt i sin helhet. Eftersom biverkningar är så pass vanliga behöver de övervägas vid alla medicinska konsultationer. I denna patientgrupp måste varje symtom beaktas som en potentiell biverkan tills motsatsen är bevisad. Detta kräver både tid, engagemang och mod av läkare, oftast på vårdcentral.

Att sätta ut läkemedel hos patienter som Gunilla är minst lika viktigt som att sätta in dem [9], särskilt i en tid när allt fler äldre överlever sjukdomar. Men även detta är en utmaning för allmänläkare. En anledning är dels att ansvaret för utsättningen är oklart [10], dels att det råder osäkerhet kring riskerna med utsättning [11]. Att förskriva enligt riktlinjer upplevs sannolikt som både enklare och säkrare. I detta sammanhang är det viktigt att påpeka att multisjuka äldre personer ofta systematiskt utesluts från randomiserade läkemedelsstudier, vilket innebär att evidens för behandlingseffekten av många läkemedel saknas i denna patientgrupp – bland annat på grund av samsjuklighet och samtidig behandling med flera andra läkemedel [12]. Gunilla är en sådan patient med många sjukdomar och läkemedel. Hon är dock en typisk primärvårdspatient. Prevalensen av multisjuklighet, definierad som 2 eller fler sjukdomar [13], är så hög som 80 procent bland personer över 80 år i Region Stockholm. Gunilla hade sannolikt exkluderats ur en randomiserad studie av effekten av hjärtsviktsläkemedel. Enligt en Cochrane-översikt är evidensen för läkemedels-



Figur 1. Händelser, hälsostatus, njurfunktion och läkemedelsbehandling för Gunilla, 90 år, mellan januari och maj.



Figur 2. A) Klocktest innan ett flertal läkemedel mot hjärtsvikt hade satts ut. B) Klocktest efter utsättning av läkemedlen.

effekter osäker vid samtidig njursvikt, vilket förelåg hos Gunilla och är vanligt bland äldre med hjärtsvikt [14]. De europeiska riktlinjerna för hjärtsviktsbehandling [3] baseras således på randomiserade studier som inkluderar ett selekterat patientmaterial. Deras användbarhet för patienter som Gunilla behöver därför ifrågasättas. Med detta i åtanke öppnas även möjligheter för att minska polyfarmaci och dess negativa konsekvenser [8, 15].

Värt att notera är att Gunilla fick biverkningar av »vanliga» läkemedel som förskrivs till många äldre personer: blodtrycksmediciner och, i mindre utsträckning, digoxin. Den vetenskapliga litteraturen om olämpliga läkemedel har dock i decennier dominerats av läkemedel med en tydlig riskprofil, såsom antikolinergika eller bensodiazepiner [16]. Det är givetvis en svår balansgång att bedöma risk och nytta med läkemedelsbehandlingar, särskilt när varje läkemedel har visat sig ha god effekt vid varje enskild sjukdom.

Att det krävs erfarenhet och kunskap av både kardiologer och allmänläkare i vården av äldre hjärtsviktpatienter har slagits fast i riktlinjerna [3]. En svensk studie som använder Rikssvikt som datakälla visar att en tredjedel av äldre patienter med hjärtsvikt

enbart följs upp i primärvården [17]. Förmodligen är andelen ännu högre i verkligheten, då studien inte hade tillgång till primärvårdsdata i deras helhet. Våra egna data från primärvården i Region Stockholm visar att varannan hjärtsviktpatient över 60 år inte har träffat en kardiolog på minst 5 år och att läkemedlen i huvudsak förskrivs av allmänläkaren [18]. Med detta i åtanke är det anmärkningsvärt att det inte finns en enda allmänläkare bland de 29 författarna till de europeiska riktlinjerna för hjärtsviktsbehandling [3]. Man

kan även fundera kring att primärvårdens kvalitet följs upp genom att mäta hur väl enstaka sjukdomar behandlas, när verkligheten för de flesta allmänläkare handlar om att balansera behandling av flera sjukdomar samtidigt. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2025;122:25014

REFERENSER

1. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005;173(5):489-95.
2. Mendez MF, Ala T, Underwood KL. Development of scoring criteria for the clock drawing task in Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc*. 1992;40(11):1095-9.
3. 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. Erratum: 2021;42(48):4901.
4. 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.
5. Underlag för en utvecklad nationell demensstrategi. En strategi för lindrig kognitiv störning och demenssjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024. Artikelnr 2024-2-8957.
6. Smeets M, Van Roy S, Aertgeerts B, et al. Improving care for heart failure patients in primary care, GPs' perceptions: a qualitative evidence synthesis. *BMJ Open*. 2016;6(11):e013459.
7. Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, et al. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. *N Engl J Med*. 2011;365(21):2002-12.
8. Mannheimer S, Bergqvist M, Bastholm-Rahmner P, et al. Experiences of patients receiving home care and living with polypharmacy: a qualitative interview study. *BJGP Open*. 2022;6(2):BJG-PO.2021.0181.
9. Veronese N, Gallo U, Boccardi V, et al. Efficacy of deprescribing on health outcomes: an umbrella review of systematic reviews with meta-analysis of randomized controlled trials. *Ageing Res Rev*. 2024;95:102237.
10. Bastholm Rahmner P, Gustafsson LL, Holmström I, et al. Whose job is it anyway? Swedish general practitioners' perception of their responsibility for the patient's drug list. *Ann Fam Med*. 2010;8(1):40-6.
11. Wallis KA, Andrews A, Henderson M. Swimming against the tide: primary care physicians' views on deprescribing in everyday practice. *Ann Fam Med*. 2017;15(4):341-6.
12. He J, Morales DR, Guthrie B. Exclusion rates in randomized controlled trials of treatments for physical conditions: a systematic review. *Trials*. 2020;21(1):228.
13. Forslund T, Carlsson AC, Ljunggren G, et al. Patterns of multimorbidity and pharmacotherapy: a total population cross-sectional study. *Fam Pract*. 2021;38(2):132-40.
14. Lunney M, Ruospo M, Natale P, et al. Pharmacological interventions for heart failure in people with chronic kidney disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;2(2):CD012466.
15. Skou ST, Mair FS, Fortin M, et al. Multimorbidity. *Nat Rev Dis Primers*. 2022;8(1):48.
16. O'Connor MN, Gallagher P, O'Mahony D. Inappropriate prescribing: criteria, detection and prevention. *Drugs Aging*. 2012;29(6):437-52.
17. Lindberg F, Lund LH, Benson L, et al. Patient profile and outcomes associated with follow-up in specialty vs. primary care in heart failure. *ESC Heart Fail*. 2022;9(2):822-33.
18. Chen E, Ding M, Szummer K, et al. Older heart failure patients in primary versus cardiology care - a register based study. *Br J Gen Pract*. Epub 8 Jul 2025. doi: 10.3399/BJGP.2025.0044.

SUMMARY

Heart failure in older people with multimorbidity

This primary care case study describes a 90-year old woman with heart failure (HF), atrial fibrillation and other comorbidities. The use of multiple drugs prescribed in accordance with HF guidelines resulted in transient confusion, renal failure and hypotension leading to dependency in daily life and an unplanned hospitalisation. Cognitive impairment was confirmed through a pathological result on the »clock drawing test« normalizing after discontinuation or dose reduction of several drugs. Single disease guidelines have limited evidence in older adults with multimorbidity who are systematically excluded from randomized controlled trials, and serious adverse events are common. This underscores the necessity of closely monitoring side effects and deviating from guidelines when clinically appropriate. General practitioners should actively contribute to the development of treatment guidelines to better address the complexities of care for older adults with multimorbidity.