

**FoUII-centrum
Skaraborg**

Det sviktande hjärtat

Journalgranskning av
utredning och behandling av hjärtsvikt
2021–2024 vid Närhälsan Götene
vårdcentral

Belma Karahasanovic, ST läkare
i allmänmedicin,
Närhälsan Götene vårdcentral

Rapportnummer 2026:4

Rapport 2026:4

Projektdatabasen FoU i VGR:

<https://www.researchweb.org/is/vgr/project/286654>

Utförd i grundläggande kurs i FoU-metodik
FoUII-centrum primär och nära vård Skaraborg

Handledare:

Kristina Bengtsson Boström

Specialist i allmänmedicin, Adj professor i allmänmedicin,
Göteborgs universitet, FoU primär och nära vård Skaraborg

Sammanfattning

Bakgrund

Hjärtsvikt blir vanligare i Sverige på grund av en åldrande befolkning. I primärvården ställs ofta diagnosen ospecificerad hjärtsvikt, och ultraljudsundersökning saknas ofta innan diagnosen fastställs. Ett personcentrerat sammanhållet vårdförlopp för nydebuterad hjärtsvikt kom 2021 för att förbättra diagnostik och behandling. Syftet med denna studie var att undersöka hur Närhälsan Götene vårdcentral följer rekommendationerna i vårdförloppet.

Metod

Patienter med nydebuterad hjärtsvikt under åren 2021–2024 identifierades och från journalen inhämtades kön, ålder, diagnos, resultat från ultraljud samt läkemedelsbehandling.

Resultat

Åttioen patienter (57–96 år) hade nydiagnostiserad hjärtsvikt, medelåldern var 79,5 år. Hälften (39) kom från annan vårdcentral eller från hjärtmottagningen, resterande (42) utreddes av vårdcentralen. Tolv av dessa fick inte remiss för ultraljud, fler kvinnor än män (7/14 respektive 5/28, $p=0,043$). Av samtliga 81 patienter hade 54 ultraljudsbekräftad hjärtsvikt, av dessa hade sex patienter funktionsspecifik diagnos. Resterande 48 patienter saknade funktionsspecifik diagnos. Tjugosju patienter utan ultraljudsbekräftad hjärtsvikt har fått diagnosen hjärtsvikt utan korrekt utredning eller trots normalt ultraljud. Fler kvinnor hade bevarad ejektionsfraktion medan män hade reducerad ejektionsfraktion, skillnaden var inte signifikant. Fyra patienter med ultraljudsbekräftad hjärtsvikt behandlades av hjärtmottagningen och 50 patienter behandlades av vårdcentralen, 34 (11 kvinnor och 23 män) var välbehandlade och 16 (fem kvinnor och 11 män) var otillräckligt behandlade, ingen skillnad mellan könen, $p=0,94$.

Konklusion

Sextiosex procent av patienterna var utredda med ultraljud. Av dem som behandlades på vårdcentralen var 68 % välbehandlade. Det finns utrymme för bättring i utredning och diagnossättning för optimering av behandlingen hos patienter med hjärtsvikt.

Nyckelord

Ekokardiografi, hjärtsvikt, läkemedelsbehandling, primärvård.

Innehållsförteckning

Bakgrund.....	1
Syfte.....	3
Frågeställningar	4
Metod	4
Studiedesign	4
Urval	4
Datainsamling och analys	5
Etiska överväganden	5
Resultat	6
Diskussion.....	12
Resultatdiskussion	12
Metoddiskussion	14
Slutsats.....	14
Referenslista.....	15

Bakgrund

Hjärtsvikt är vanligt förekommande i Sverige och blir allt vanligare med en växande äldre befolkning. I Sverige är prevalensen 2% bland den vuxna befolkningen och 10% hos personer över 80 år (1). Varje år insjuknar upp emot 40 000 personer i Sverige med hjärtsvikt varav drygt 6 400 personer i Västra Götalandsregionen (2). Patienter med hjärtsvikt har dålig hälsorelaterad livskvalitet, kräver ofta sjukhusvård och dör en för tidig död. Hjärtsvikt är den vanligaste anledningen till sjukhusinläggning i Sverige (2). Även om prognosen förbättrats senaste decennierna är den fortfarande dålig med en ett-årsöverlevnad på 80% och fem-årsöverlevnad på 50% (3,4). En viktig orsak till detta är underbehandling (5).

Patofysiologi

Hjärtsvikt är inte en enskild patologisk diagnos utan ett kliniskt syndrom som beror på en strukturell och/eller funktionell avvikelse i hjärtat som leder till förhöjda tryck i hjärtats rum och/eller otillräcklig hjärtminutvolym i vila eller under ansträngning (5). De vanligaste orsakerna till hjärtsvikt är ischemisk hjärtsjukdom och hypertoni. Andra orsaker är kardiomyopati, klaffel, förmaksflimmer, alkohol eller diabetes (6).

Utredning och diagnos av hjärtsvikt

Hjärtsvikt bör misstänkas vid symtom som andfåddhet, bensvullnad och trötthet och patologiskt EKG. Enligt riktlinjer kontrolleras då NT-proBNP och om detta är förhöjt skall remiss skrivas enligt Personcentrerat sammanhållet vårdförlopp (PSV) för ultraljud av hjärtat (ekokardiografi/UCG) för att bekräfta förekomst av hjärtsvikt (2).

Med UCG kan man mäta den vänstra kammarens ejektionsfraktion (EF, den andel av vänsterkammarens volym som pumpas ut vid varje hjärtslag) och då kan hjärtsvikten delas in i tre undergrupper:

1. HFrEF (heart failure with reduced ejection fraction) innebär nedsatt sammandragningsförmåga i vänster kammare dvs nedsatt systolisk funktion (nedsatt EF, <40%).
2. HFmrEF (heart failure with mildly reduced ejection fraction) med EF 41 - 49%.
3. HFpEF (heart failure with preserved ejection fraction) har EF inom normalområdet >50%, men det finns främst problem med en försvårad fyllnad av vänster kammare. Detta kallas också diastolisk dysfunktion.

Ungefär 50% av patienter med hjärtsvikt har HFrEF, resten har HFmrEF eller HFpEF. HFrEF är vanligare hos män och yngre och HFpEF är vanligare hos kvinnor och äldre. HFrEF har sämst prognos (7).

Ett PSV med nya ICD10 koder för hjärtsvikt introducerades nationellt i Sverige 2021. Vid diagnossättning av hjärtsvikt bör de specifika koderna för HFrEF (I50.1A), HFmrEF (I50.1B) och HFpEF (I50.1C) användas. Detta ger möjlighet att följa upp rekommenderad behandling då den skiljer sig mellan grupperna (6). Hjärtsvikt inom primärvården diagnostiseras ofta som ospecificerad hjärtsvikt utan UCG och flera svenska studier visar att många patienter inte utreds adekvat (6).

I en svensk studie från 2009 framkommer att inom primärvården har endast 29% av patienterna fått diagnos enbart på grund av symtom. UCG utfördes hos 31% av patienterna, dvs att 69% fick diagnos utan UCG (7). Nyare studie från 2019 visar på liknande resultat där 36% fått UCG innan diagnos (4).

Behandling av hjärtsvikt

Tidig diagnos och snabb insättning av behandling leder till både minskade sjukhusinläggningar och för tidig död (8). Sedan 2021 finns ett nationellt PSV vid nydebuterad hjärtsvikt med mål att UCG och insättning samt upptitrering av rekommenderad medicinering utförs på alla patienter med nydebuterad hjärtsvikt utan onödig väntetid om inte kontraindikationer föreligger (9).

Enligt regionala medicinska riktlinjer (RMR) med stöd av europeiska riktlinjer från 2021 ska fyra läkemedelsklasser sättas in hos patienter med HFrEF (2,5,10). Det finns stark evidens att detta minskar hjärtsviktssymtom, sjukhusinläggningar och för tidig död (11–14).

Dessa läkemedelsklasser är:

1. ACE-hämmare/angiotensinreceptorblockerare, ARB (ATC-kod Co9) alternativt ARNI (en kombination av ARB och neprilysinhämmare) (ATC-kod Co9DX04)
2. Betablockerare (ATC-kod Co7AB)
3. Mineralkortikoidreceptorantagonister (MRA) (ATC-kod Co3DA)
4. SGLT2-hämmare (ATC-kod A10BK).

Man rekommenderar att alla fyra läkemedelsklasser sätts in under kort tid hos patienter med HFrEF, helst under det första vårdtillfälle på sjukhus och upptitrering till måldos eller den högsta dos som patienten tolererar är genomförd inom 6 veckor. Behandling med fyra läkemedelsklasser i lägre dos har bättre effekt än höga doser av endast två eller tre (5).

Om patienten har kvarstående hjärtsviktssymtom trots förstahandsbehandling bör ny remiss skrivas till hjärtspecialist för ställningstagande till behandling med sviktpacemaker (5).

Järnbrist är vanligt vid hjärtsvikt och patienter med hjärtsvikt ska screenas i samband med rutinkontroller. Vid järnbrist rekommenderas järn intravenöst. Detta gäller även vid normalt Hb, Hb <150 g/L eller ferritin <100 µg/ml eller ferritin <300 och transferrinmättnad <20% (10). Intravenös järnbehandling förbättrar livskvaliteten samt minskar behovet av sjukhusvård vid HFrEF och HFmrEF (15).

Sedan europeiska riktlinjer skrevs 2021 har det kommit ny evidens om att SGLT 2-hämmare har effekt oavsett EF och minskar risken för återinläggning på sjukhus vid HFpEF och HFmrEF samt minskar dessutom risken för kardiovaskulär död vid HFrEF, men däremot inte total mortalitet (16,17). De europeiska riktlinjerna uppdaterades 2023 (18) och det finns sedan dess även nationella och regionala riktlinjer för behandling med SGLT2-hämmare vid hjärtsvikt oavsett EF, dvs även vid HFmrEF och HFpEF.

Vid HFmrEF kan övrig läkemedelsbehandling övervägas speciellt om annan samsjuklighet finns som indicerar sådan behandling. Det finns dock svagare dokumentation för denna behandling vid HFmrEF. (10) Övrig sviktbehandling saknar evidens vid HFpEF (19). Diuretika ska användas som symtomlindrande vid vätskeretention oavsett EF (20).

På Närhälsan Götene vårdcentral finns en hög andel äldre. Vårdcentralen har ingen hjärtsviktsmottagning och alla patienter med hjärtsvikt har inte regelbunden uppföljning om de inte har annan kronisk sjukdom där de följs med årskontroller. Det är därför viktigt att med denna studie belysa om patienterna utreds adekvat innan de får diagnos och om de får rekommenderad behandling för en bättre hälsorelaterad livskvalitet, minskning av inläggningar på sjukhus och risk för en för tidig död.

Syfte

Syftet var att undersöka om patienter som får sin första hjärtsviktsdiagnos under 2021–2024 på Närhälsan Götene vårdcentral utreds och behandlas enligt de aktuella medicinska riktlinjerna.

Frågeställningar

Hur många patienter på Närhälsan Götene vårdcentral har fått sin första diagnos hjärtsvikt I50 under perioden mellan 2021 och 2024?

Hur stor andel av diagnostiserade patienter har utretts med ultraljud?

Hur stor andel hade HFpEF, HFmrEF och HFrfEF och specifik ICD-10 diagnos?

I vilken utsträckning fick patienterna rekommenderad läkemedelsbehandling enligt Västra Götalandsregionens rekommendationer?

A: Antal läkemedel: fyra vid HFrfEF och 1 (SGLT2-hämmare) vid HFmrEF och HFpEF.

B: Rekommenderad dos

C: Orsak till avvikelse från rekommendationer

D: Intravenös järnbehandling vid konstaterad järnbrist på vårdcentralen.

Metod

Studiedesign

Studien är en observationsstudie med granskning av journaler vid Närhälsan Götene vårdcentral.

Urval

Närhälsan Götene vårdcentral hade ca 10 300 listade patienter under tiden för studien och är den enda vårdcentralen i kommunen med ca 13 000 invånare. Med hjälp av utdataverktyget Medrave M4 (Medrave Software AB) inhämtades data från alla patienter ≥ 40 år som fått diagnos hjärtsvikt, I50 enligt ICD10, för första gången i datajournalen, AsynjaVisph (AsynjaVisph 21.16 CompuGroup Medical Sweden AB), under åren 2021 till 2024.

Samtliga inkluderades vid kartläggning av utredning. Vid kartläggning av behandling exkluderades patienter som var avlidna eller behandlades vid hjärtmottagningen på Skaraborgs sjukhus i Lidköping.

Datainsamling och analys

De inkluderade patientjournalerna granskades och följande data inhämtades:

Utredning:

Utredning på vårdcentralen (antal).

Utredning på annan vårdcentral och hade fått diagnos hjärtsvikt (antal)

Utredning startad eller gjord på akutmottagning och med journalkopia till vårdcentralen med hjärtsviktsdiagnos (antal).

Utredda och remitterade från hjärtmottagningen (antal)

Utredda med UCG (totalt antal).

Resultat efter av UCG: HFpEF, HFmrEF, HFfrEF, normalt ultraljud, hjärtmottagningen har inte bedömt behov av ultraljud trots remiss, uppgift saknas om ultraljud är utfört (antal).

Andel patienter med ICD-diagnos: I501, I500, I509, I501A, I501B, I501C och I501x.

Behandling:

Behandlande enhet: (vårdcentralen eller hjärtmottagningen).

HFpEF och HFmrEF: SGLT2-hämmare (ja/nej).

HFfrEF: fyra läkemedelsklasser (ja/nej).

Järnbehandling i.v. (ja/nej).

Noterad orsak till avvikelser från rekommenderad behandling (kontraindikation, biverkning, bristande uppföljning, regelbunden uppföljning men ingen optimering av hjärtsviktsbehandling, hjärtmottagningen rekommenderar behandling som inte följs, sviktpacemaker/hjärtmottagningen bedömer behandling i lägre dos och färre läkemedelsklasser)

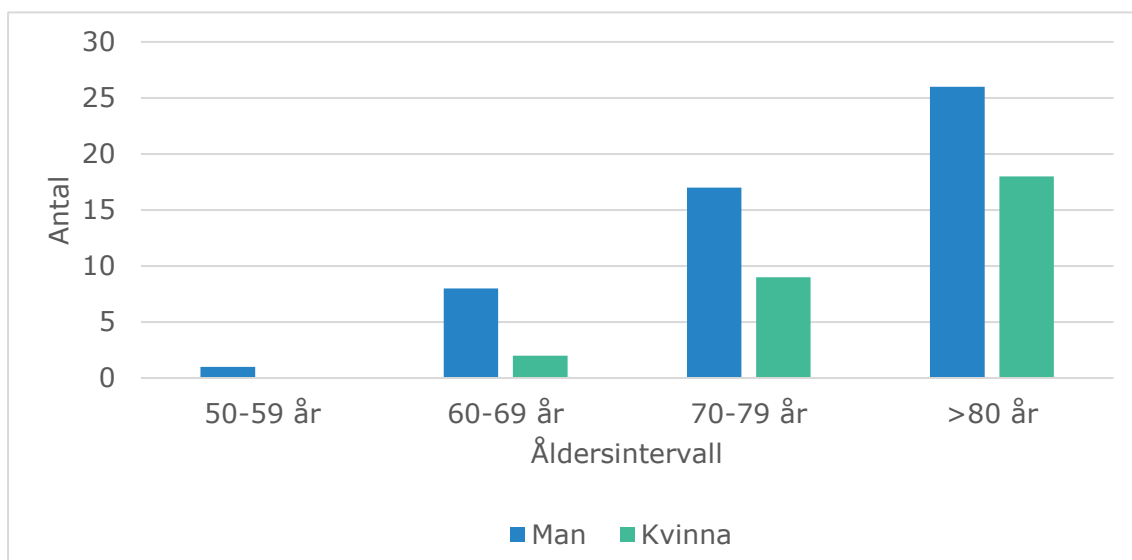
Data kodades med siffror och fördes in i Excel (Microsoft Corporation) för vidare analys. Vid statistiska analyser skillnader mellan grupper (antal eller procent) användes Chi2-test och signifikansnivån sattes till $p < 0,05$.

Etiska överväganden

Patientjournalerna granskades efter godkännande av verksamhetschefen på vårdcentralen. Etikansökan krävdes inte eftersom det är ett kvalitetsprojekt med verksamhetsuppföljning. Anonymitet och sekretess säkerställdes genom att varje patient fick ett kodnummer (pseudonymisering) och kodnyckeln förvarades inlåst intill projektet var klart och godkänt för specialistbevis i allmänmedicin.

Resultat

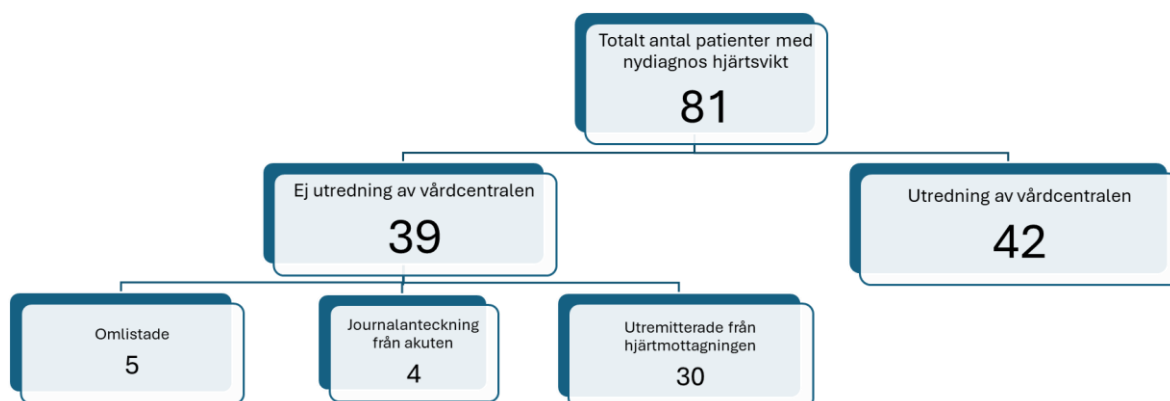
Under tidsperioden 2021 till 2024 hade 81 patienter (52 män och 29 kvinnor) varav två avlidna kvinnor (85 respektive 96 år vid dödsfallet) fått sin diagnos hjärtsvikt I50 registrerad i journalen. Medelåldern för patienterna var 79,5 år (57–96 år). Fördelning av patienterna i åldersintervall ses i figur 1.



Figur 1. Fördelning av män och kvinnor med nydebuterad hjärtsvikt i olika åldersintervall vid Närhälsan Götene vårdcentral 2021–2024.

Utredning

Av 81 patienter hade 39 patienter fått diagnosen registrerad i journalen efter att de initialt fått utredning/behandling vid annan vårdcentral, akutmottagningen eller blivit utremitterade från hjärtmottagningen på Skaraborgs sjukhus i Lidköping. Det var 42 patienter (28 män och 14 kvinnor) som fått utredning initierad av vår vårdcentral, figur 2.



Figur 2. Fördelning av patienter på Närhälsan Götene vårdcentral med ny diagnos hjärtsvikt under 2021–2024 beroende på var utredning initierades.

Av de 42 som fått utredning av vårdcentralen har 12 patienter, dvs 28%, inte fått remiss för UCG innan diagnosen hjärtsvikt registrerades, större andel kvinnor än män (7 av 14 respektive 5 av 28, $p=0,043$). Medelåldern för patienter som inte fick remiss för UCG var 82,3 år (74–90 år) och de som fått UCG 77,6 år (57–91 år).

Den vanligaste anledningen till att remiss inte skrevs för UCG var att diagnosen sattes vid symtom på andfåddhet och/eller bensvullnad och bedömdes som hjärtsvikt och vätskedrivande förskrevs vid behov utan att svar på NTproBNP inväntades (som för fem patienter utföll normalt). Hos två patienter var NTproBNP högt utan symtom på hjärtsvikt, diagnos registrerades i alla fall. Hos en patient med symtom planerades provtagning av NTproBNP och remiss för UCG men det blev inte utfört. Hos en annan patient visade lungröntgen hjärtförstoring utan att vidare utredning gjordes och en hade symtom och högt NTproBNP men ingen remiss skrevs. Hos två patienter med symtom kontrollerades inte NTproBNP, men vätskedrivande behandling förskrevs, en bodde på äldreboende.

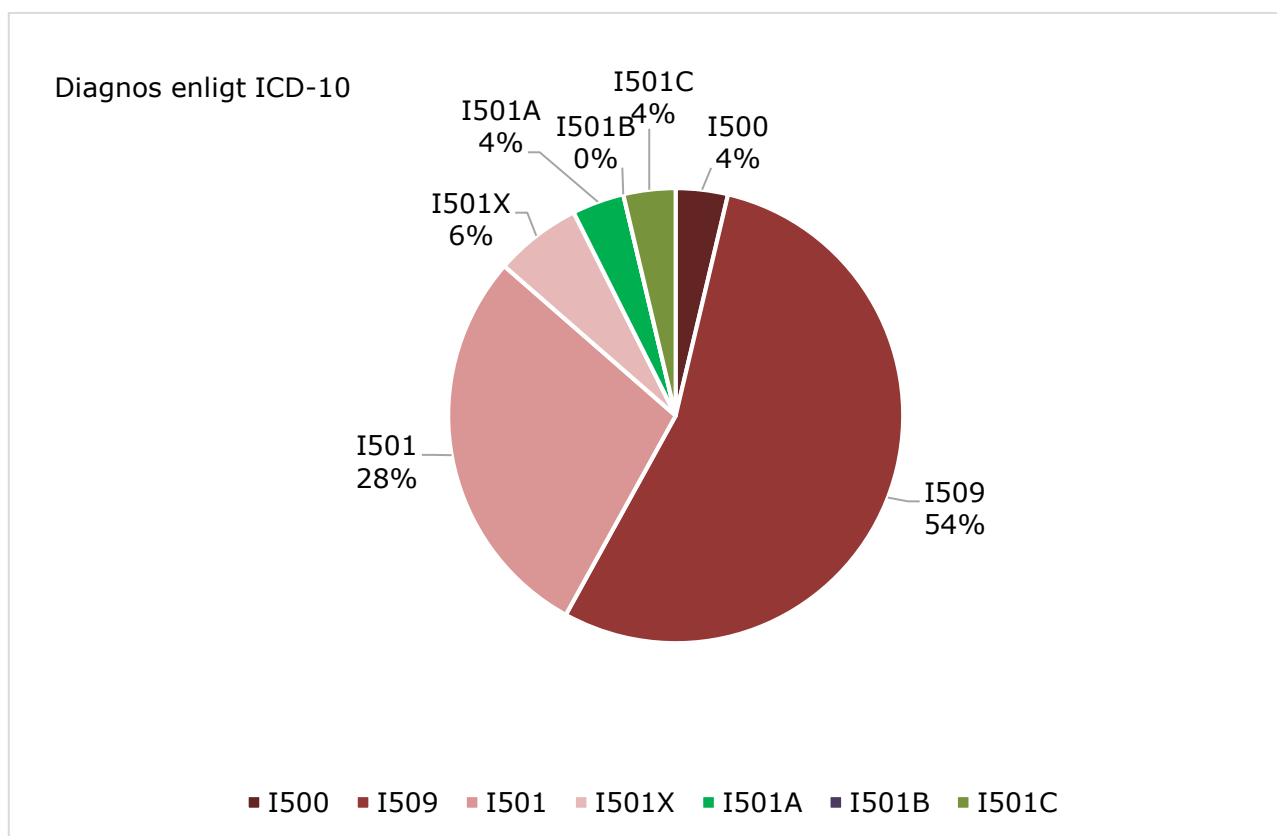
Av tabell 1 framgår fördelningen av de 81 patienter som fått diagnos hjärtsvikt. Blå rutor visar antal med rätt diagnos. I den framgår hur många som hade gjort UCG av hjärtat och det framgick vilken typ av hjärtsvikt som förelåg utifrån EF. Åtta patienter hade normal hjärtfunktion, men hade fått diagnosen hjärtsvikt på vårdcentralen (markerade med grönt i tabellen). Vid två tillfällen hade remiss skrivits för UCG men hjärtmottagningen bedömde att det höga NTproBNP berodde på förmaksflimmer, diagnosen hjärtsvikt hade ändå registrerats. Av tabellen framgår att 27 patienter som fick diagnos hjärtsvikt inte hade gjort UCG (markerade med orange i tabellen).

Tabell 1. Patienter (n=81) som fått hjärtsvikt registrerad på Närhälsan Götene vårdcentral under åren 2021–2024. Plats för utredning och resultat av ultraljudsundersökning (UCG).

	Vårdcentralen Götene	Omlistade från annan vårdcentral	Utremitterade från hjärtmottagning	Journalanteckning från sjukhuset
HFpEF	10	2	6	1
HFmrEF	6	-	4	-
HFrEF	5	2	16	2
Normalt UCG	5	-	3	-
Ingen remiss för UCG	12	-	-	-
Remiss för UCG nekad	2	-	-	-
Uppgift om UCG saknas	2	1	1	1
Totalt	42	5	30	4

Diagnostisering

Diagnosen hjärtsvikt var ospecifik hos 92% av de 81 patienterna som ingick i studien, figur 3. De diagnosspecifika koderna I50.1A, I50.1B och I50.1C förekom endast hos 6 av 81 patienter vilket motsvarar 8% och är markerade i grönt, figur 3.



Figur 3. Fördelning av diagnoskoder vid diagnostisering av hjärtsvikt I50 på Närhälsan Götene vårdcentral.

I50.0: Högerhjärtsvikt

I50.9: Hjärtinsufficiens, ospecificerad

I50.1: Vänsterhjärtsvikt

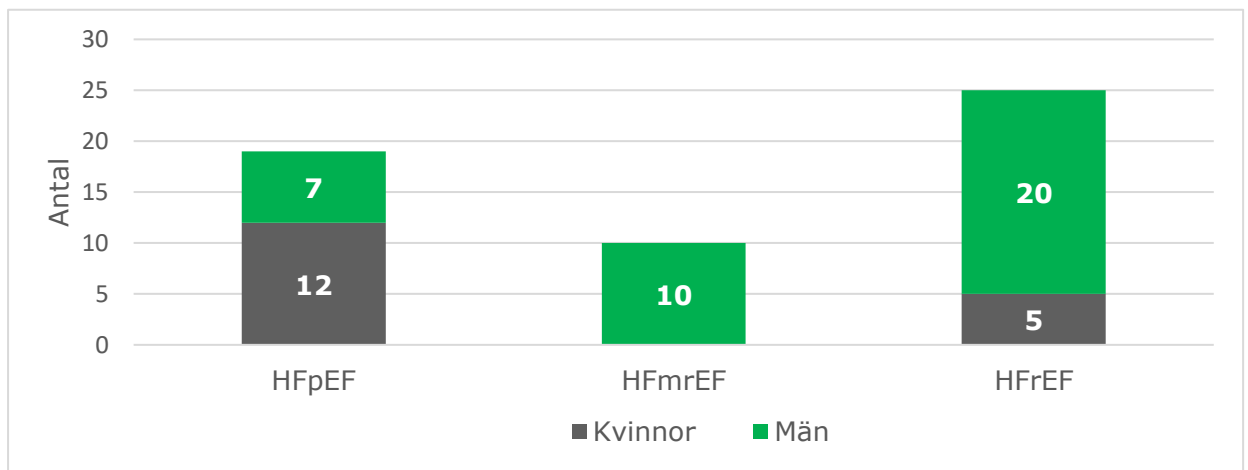
I50.1X: Vänsterhjärtsvikt, ospecificerad

I50.1A: Vänsterhjärtsvikt med nedsatt EF (HFrEF)

I50.1B: Vänsterhjärtsvikt med lätt nedsatt EF (HFmrEF)

I50.1C: Hjärtsvikt med bevarad EF (HFpEF)

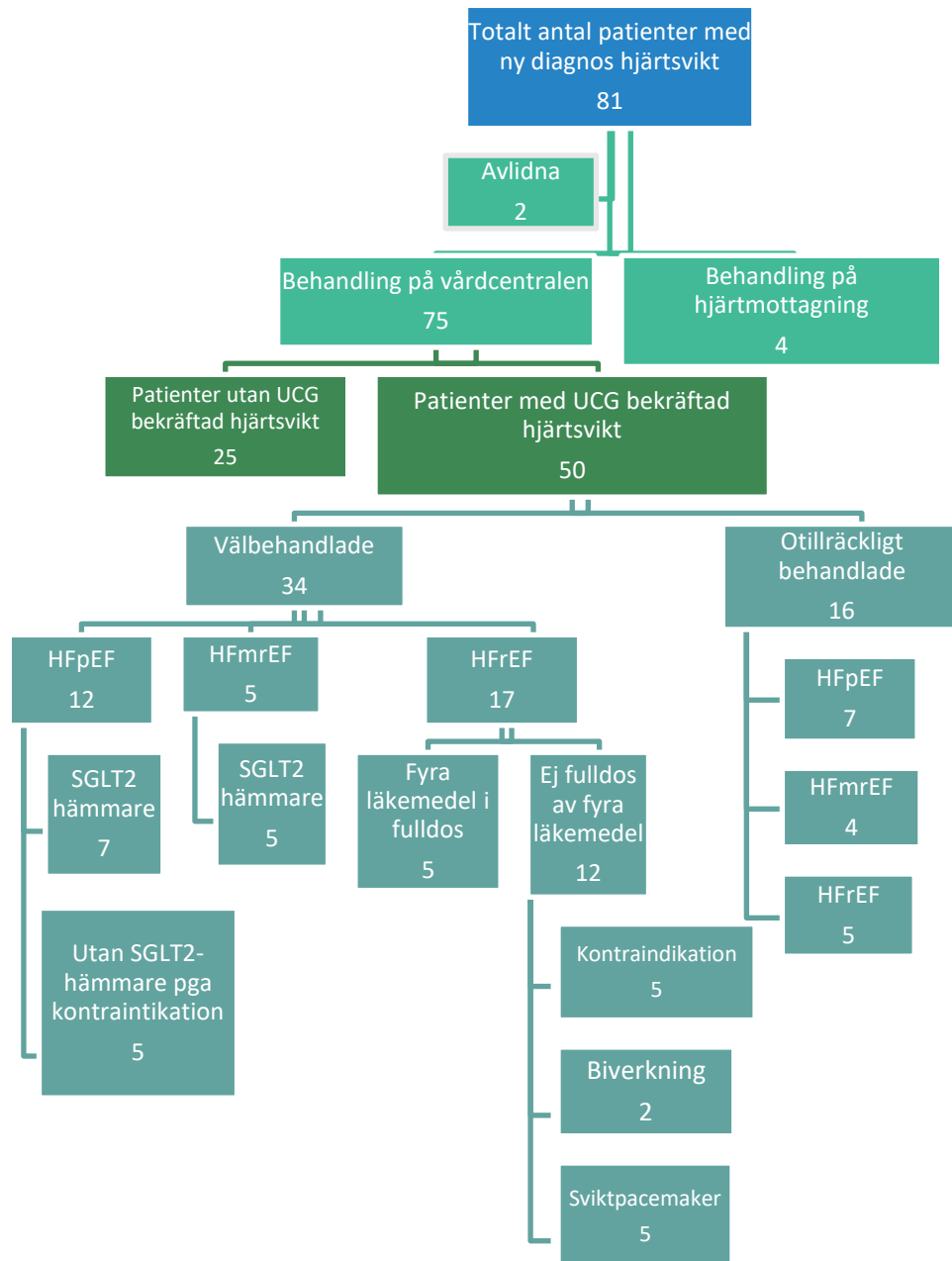
Vid journalgenomgång hade 54 av 81 patienter UCG-bekräftad hjärtsvikt. Fördelningen män och kvinnor framgår i figur 4. HFpEF tycks vara vanligare hos kvinnor och HFmrEF och HFrEF hos män, dock ej signifikant $p=0,092$. Drygt hälften av patienterna har HFrEF och drygt hälften har HFmrEF och HFpEF.



Figur 4. Olika typer av hjärtsvikt fördelat på kön vid Närhälsan Götene vårdcentral 2021–2024.

Behandling

Närhälsan Götene vårdcentral behandlade 50 patienter med UCG-bekräftad hjärtsvikt och hjärtmottagningen behandlade 4 patienter, figur 5. Övriga 27, varav 2 avlidna, hade inte UCG bekräftad diagnos och därför gick det inte att bedöma om behandlingen var indicerad för dessa patienter.



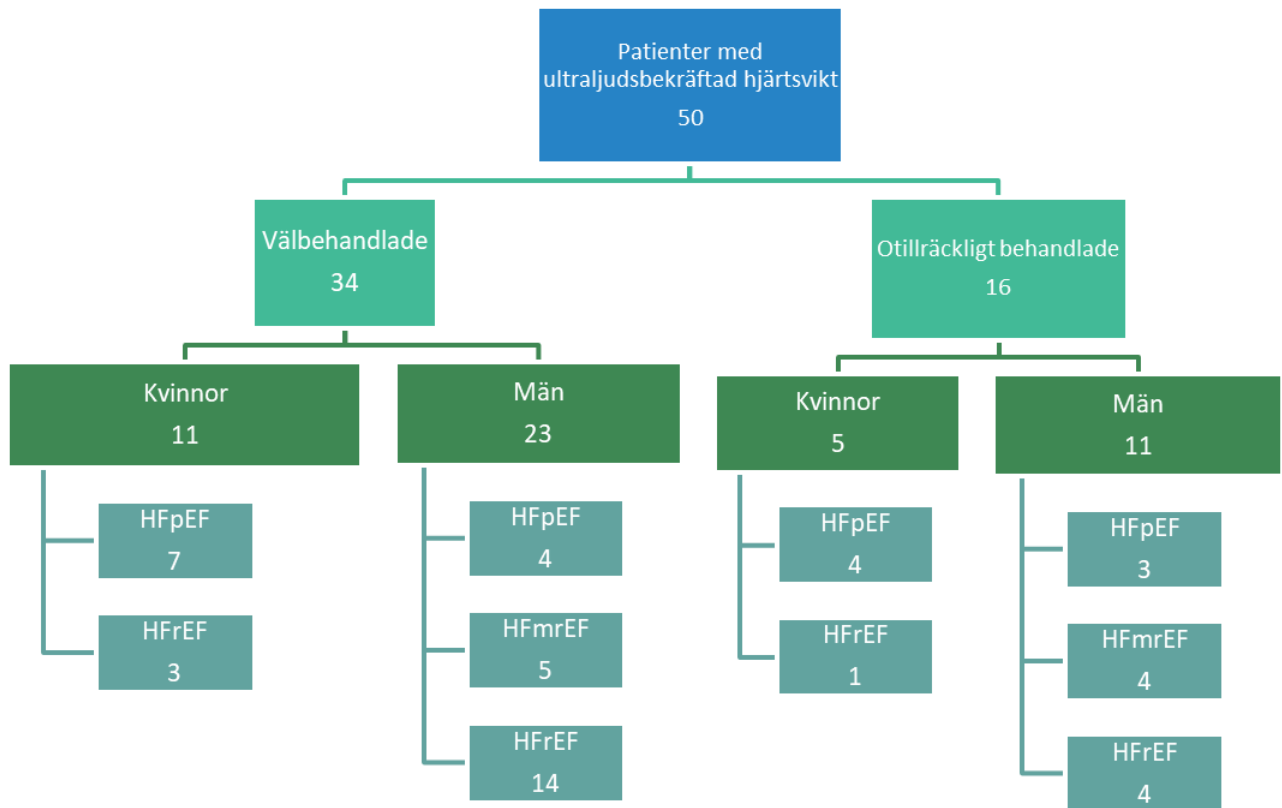
Figur 5. Översikt över hur många patienter med ny diagnos hjärtsvikt och vilken typ av hjärtsvikt behandlades på vårdcentralen respektive hjärtmottagningen samt antal välbehandlade och otillräckligt behandlade på vårdcentralen och vilken typ av hjärtsvikt de har.

På Närhälsan Götene vårdcentral behandlades 19 patienter med HFpEF, 9 patienter med HFmrEF och 22 patienter med HFrEF.

Av dessa bedömdes 17 ha behandling i fulldos: 5 patienter med HFrEF hade samtliga fyra läkemedel i fulldos och 5 patienter med HFmrEF och 7 patienter med HFpEF hade SGLT2-hämmare.

Ytterligare 17 patienter bedömdes vara välbehandlade trots att de inte hade behandling i fulldos enligt RMR eftersom de hade kontraindikation, fick biverkningar eller hade fått hjärtsviktpacemaker. Fyra patienter med HFpEF hade kontraindikation svår njursvikt, dvs GFR <25 % som utgör kontraindikationen för SGLT2-hämmare. Svår njursvikt är också kontraindikationen som föreligger hos fem av patienterna med HFrEF som därför inte hade MRA och SGLT2-hämmare, RAAS-hämmare (Renin–Angiotensin–Aldosteron–Systemet) som blivit insatt från start och dessa sattes ut då njursvikten progredierat. Biverkning som anledning till att patienten inte hade fyra läkemedel i fulldos vid HFrEF var i ett fall lågt blodtryck (MRA utsatt) och i ett fall trötthet (betablockad utsatt). Båda patienterna hade övriga tre läkemedel. Övriga 16 patienter var otillräckligt behandlade och hade inte behandling enligt RMR på grund av brister från vårdcentralens sida då rekommendationer från hjärtmottagningen inte följts, patienterna fick inte optimerad läkemedelsbehandling trots regelbunden uppföljning eller i vissa fall hade de bristande uppföljning.

Det var 11 kvinnor och 23 män som var välbehandlade och 5 kvinnor och 11 män var otillräckligt behandlade, figur 6. Det finns i detta avseende ingen signifikant skillnad mellan män och kvinnor, $p=0,94$.



Figur 6. Fördelning män och kvinnor med hjärtsvikt avseende behandling på Närhälsan Götene vårdcentral.

Vid journalgranskning hittades endast en patient som fått intravenös järnbehandling. Detta skedde vid en diabetesårskontroll där patienten påtalat trötthet och provtagning visade järnbristanemi.

Diskussion

Resultatdiskussion

Denna journalstudie på Närhälsan Götene vårdcentral visade att förekomsten av hjärtsvikt var 2% jämfört med 1,5% i Västra Götalandsregionen (21) vilket tyder på att bortfallet av patienter var lågt i studien. Fler män än kvinnor hade fått diagnosen hjärtsvikt under denna period.

Det fanns en signifikant könsskillnad vid utredning av hjärtsvikt men däremot ingen skillnad vid behandling. Mer än 50% av patienterna var

över 80 år vilket stämmer med tidigare studier (1) att denna sjukdom är betydligt vanligare hos äldre befolkning.

Av de 81 patienter som fått sin första diagnos hjärtsvikt under 2021–2024 var det 54 patienter med UCG-bekräftad hjärtsviktsdiagnos, åtta patienter hade normalt UCG och för övriga patienter var det svårt att säkert uttala sig om de hade hjärtsvikt eller inte. Drygt en tredjedel av patienterna som utreddes på vårdcentralen där hjärtsvikt misstänktes fick remiss för UCG, vilket stämmer överens med andra studier gjorda i primärvården i Sverige (4). Trots att det finns PSV för hjärtsvikt sedan 2021 som betonar vikten av adekvat diagnostik får en stor del patienterna fortfarande diagnos utan UCG. Diagnosen under studieperioden var fortfarande i hög utsträckning I50.9 Hjärtsvikt, ospecificerad och endast 8% hade funktionspecifik hjärtsviktsdiagnos. Tyvärr var även ett stort antal patienter utremitterade från hjärtmottagningen med ospecifik diagnoskod även om EF-fynd vid UCG tydligt framkom i remissen. Dessa kan dock få funktionsdiagnos på grundval av UCG-fynden.

Det var inte möjligt att i Medrave M4 (Medrave Software AB) hitta patienterna som faktiskt hade hjärtsvikt då diagnoserna inte var kodade korrekt och i journaltexten har inte heller alltid EF-värden registrerats. Det innebar att journalgenomgång behövdes för att hitta resultatet i dokumenten från hjärtmottagningen. Det finns därför förbättringspotential att dels sätta specifika diagnoskoder för EF och registrera UCG resultatet som ett mätvärde i journalen till exempel i laboratorielistan för att öka förutsättningen att patienten får adekvat behandling.

Denna studie visade att hjärtsvikt med bevarad EF (HFpEF) var numerärt vanligare bland kvinnor jämfört med män, vilket stämmer överens med europeiska data (5). Även om det fanns en skillnad mellan könen var den inte signifikant, sannolikt beroende på att det var för få patienter i studien.

Även om Närhälsan Götene vårdcentral saknade hjärtsviktsmottagning och inte hade regelbunden uppföljning av patienter med hjärtsvikt så hade ändå en stor andel (68%) av patienterna med UCG-bekräftad hjärtsvikt tillfredsställande behandling. Endast 16 patienter hade inte optimerad behandling. Enligt Primärvårdskvalitet har 56% av patienterna med HFpEF i riket minst 3 av 4 läkemedelsklasser.

Det saknas regelbunden uppföljning och det har oftast inte tagits hänsyn till hjärtsvikten när patienterna kommit för kontroll av andra tillstånd som hypertoni, diabetes eller förmaksflimmer. I och med denna studie har vi fångat upp patienter som inte har optimal behandling och kan åtgärda detta. Dessutom kan vi diskutera om patienterna med hjärtsvikt skall ingå i en mottagning motsvarande med eller gemensamt med den hypertoni- och diabetesmottagning som redan är etablerad på vårdcentralen.

Endast en patient hade fått intravenös järnbehandling. I studien eftersöktes provtagning för järnnivåer och järnbehandling, men detta fanns inte med som rutin när patienterna kom på kontroll.

Metoddiskussion

I denna studie inkluderades patienter som fått diagnos från 2021 och fram tills studien påbörjades i januari 2025. Detta för att utvärdera hur väl patienter utreds och behandlas efter att vi fick ett vårdförlopp (PSV hjärtsvikt), nya behandlingsriktlinjer och nya diagnoskoder. Svagheter med studien är att samtliga patienter med hjärtsvikt på vårdcentralen inte är inkluderade, totalt fanns det 172 patienter varav 54 avlidna. Det fanns också ett bortfall av patienter som listat om sig innan studien påbörjades, men har fått sin första diagnos under perioden, totalt 28 patienter. En annan svaghet är att vi inte kontrollerat blodvärdet dvs. hur många som hade Hb under 150 g/L och kunde varit aktuella för intravenös järnbehandling, utan fokus har varit på kontroller av järnprover (järn och ferritin).

Slutsats

Slutsatsen är att en stor andel patienter har fått adekvat utredning och behandling, men det finns förbättringspotential för att i fortsättningen utreda alla patienter enligt PSV för korrekt omhändertagande. I framtiden hoppas vi på möjligheten att ha en hjärtsviktsmottagning för bättre uppföljning och optimering av behandling för bättre livskvalité och prognos för våra patienter.

Referenslista

1. Zarrinkoub R, Wettermark B, Wandell P *et al.* The epidemiology of heart failure, based on data for 2.1 million inhabitants in Sweden. *Eur J Heart Fail.* 2013;15:995-1002.
2. Hjärtsvikt - Personcentrerat och Sammanhållet Vårdförlopp - Nydebuterad Dokument-ID: SSN12865-780821730-218 Version: 2.0. 2023-10-18 URL: <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/ssn12865-780821730-218/surrogate/Hj%C3%A4rtsvikt%20-%20Personcentrerat%20och%20Sammanh%C3%A5llet%20V%C3%A5rdf%C3%B6rlopp%20-%20Nydebuterad.pdf> [Åtkomst 2025-05-01]
3. Lindberg F, Benson L, Dahlström U, Lund LH, Savarese G. Trends in heart failure mortality in Sweden between 1997 and 2022. *Eur J Heart Fail.* 2025;27(2):366-376.
4. Lindmark K, Boman K, Olofsson M *et al.* Epidemiology of heart failure and trends in diagnostic work-up: a retrospective, population-based cohort study in Sweden. *Clin Epidemiol.* 2019;11:231-244. Published 2019 Mar 22.
5. McDonagh TA, Metra M, Adamo M *et al.* 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal.* 2021;42:3599-726.
6. Låt hjärtat orka längre - nationell utvärdering av vården vid hjärtsvikt. Artikelnummer: 2024-11-9307 Publicerad: www.socialstyrelsen.se, november 2024. URL: <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/90a743d8df4e42deba4372bec93770c8/2024-11-9307.pdf> [Åtkomst 2025-05-01]
7. Dahlstrom U, Hakansson J, Swedberg K, Waldenstrom A. Adequacy of diagnosis and treatment of chronic heart failure in primary health care in Sweden. *Eur J Heart Fail.* 2009;11(1):92-98.
8. 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):1938-1952.
9. Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Hjärtsvikt – nydebuterad. Nationellt system för kunskapsstyrning. Hälso- och sjukvård Sveriges regioner i samverkan 2021-02-24. URL:

https://d2flujgsl7escs.cloudfront.net/external/210224_V%C3%A5r%20df%C3%B6rlopp_hj%C3%A4rtsvikt_public.pdf

10. REGIONAL MEDICINSK RIKTLINJE – L ÄKEMEDEL Hjärtsvikt med nedsatt systolisk funktion (HFrEF och HFmrEF) Västra Götalandsregionen. Januari 2024. URL: [https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/ssn11800-2140136717-713/surrogate/Hj%c3%a4rtsvikt%20med%20nedsatt%20systolisk%20funktion%20\(HFrEF%20och%20HFmrEF\).pdf](https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/ssn11800-2140136717-713/surrogate/Hj%c3%a4rtsvikt%20med%20nedsatt%20systolisk%20funktion%20(HFrEF%20och%20HFmrEF).pdf)
[Åtkomst 2025-05-01]
11. McMurray JJV, Solomon SD, Inzucchi SE *et al.* Dapagliflozin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction. *N Engl J Med.* 2019;381(21):1995-2008.
12. Packer M, Anker SD, Butler J *et al.* Cardiovascular and Renal Outcomes with Empagliflozin in Heart Failure. *N Engl J Med.* 2020;383(15):1413-1424.
13. Zannad F, Ferreira JP, Pocock SJ *et al.* SGLT2 inhibitors in patients with heart failure with reduced ejection fraction: a meta-analysis of the EMPEROR-Reduced and DAPA-HF trials. *Lancet.* 2020 Sep 19;396(10254):819-829
14. Tromp J, Ouwkerk W, van Veldhuisen DJ *et al.* A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Pharmacological Treatment of Heart Failure With Reduced Ejection Fraction. *JACC Heart Fail.* 2022;10(2):73-84.
15. Salah HM, Savarese G, Rosano GMC, Ambrosy AP, Mentz RJ, Fudim M. Intravenous iron infusion in patients with heart failure: a systematic review and study-level meta-analysis. *ESC Heart Fail.* 2023;10(2):1473-1480.
16. Solomon SD, McMurray JJV, Claggett B *et al.* Dapagliflozin in Heart Failure with Mildly Reduced or Preserved Ejection Fraction. *N Engl J Med.* 2022;387(12):1089-1098.
17. Anker SD, Butler J, Filippatos G *et al.* Empagliflozin in Heart Failure with a Preserved Ejection Fraction. *N Engl J Med.* 2021;385(16):1451-1461.
18. McDonagh TA, Metra M, Adamo M *et al.* 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2023;44(37):3627-3639.

19. Chen J, Jiang C, Guo M *et al.* Effects of SGLT2 inhibitors on cardiac function and health status in chronic heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Cardiovasc Diabetol.* 2024;23(1):2. Published 2024 Jan 3.
20. Regional medicinsk riktlinje – Läkemedel - Hjärtsvikt med bevarad systolisk funktion (HFpEF) Fastställd juni 2023. URL: [https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/ssn11800-2140136717-443/native/Hja%cc%88rtsvikt%20med%20bevarad%20systolisk%20funktion%20\(HFpEF\).pdf](https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/ssn11800-2140136717-443/native/Hja%cc%88rtsvikt%20med%20bevarad%20systolisk%20funktion%20(HFpEF).pdf) [Åtkomst 2025-05-01]
21. Primärvårdskvalitet, Västra Götalandsregionen. URL: <https://medrave.vgregion.se/> [Åtkomst 2025-03-01]



FoUII primär och nära vård Skaraborg
Regionens hus
Stationsgatan 3
541 30 Skövde

Hemsida: www.vgregion.se/fou-skaraborg