

Hjärtsvikt med bevarad eller lätt sänkt systolisk funktion (HFpEF och HFmrEF)

Fastställd augusti 2025 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig t.o.m. augusti 2027.

Huvudbudskap

- ◊ Hjärtsvikt med bevarad systolisk funktion, HFpEF och hjärtsvikt med lätt nedsatt systolisk funktion, HFmrEF, är vanliga tillstånd med nästan lika allvarlig prognos som hjärtsvikt med nedsatt systolisk funktion, HFrEF.
- ◊ Utredning och diagnostik kan vara svår och innefattar mätning av NT-proBNP och ekokardiografi (hjärtultraljud).
- ◊ SGLT2-hämmare är den enda läkemedelsgrupp som har godkänd indikation för behandling av HFpEF och HFmrEF.
- ◊ Symtomlindring med diuretika vid vätskeretention.
- ◊ Behandling av associerade tillstånd, t.ex. hypertoni, njurdysfunktion, ischemisk hjärtsjukdom och förmaksflimmer är viktigt.

Bakgrund

Hjärtsvikt är ett kliniskt syndrom med nedsatt pumpförmåga i vila eller under arbete. Det resulterar i typiska symtom (andfåddhet, trötthet) och/eller kliniska tecken (halsvenstas, lunggrassel, benödem). Ett stort antal patologiska tillstånd kan leda till en relativt likartad bild i hjärtats reaktionsmönster. Hjärtsvikt brukar delas in i olika former utifrån dess systoliska funktion, mätt som ejectionsfraktion (EF) av vänster kammare (se tabell).

En form av hjärtsvikt som blir allt vanligare är den med EF inom normalområdet EF ≥ 50 % (HFpEF). Patientgruppen med HFpEF är äldre, oftare kvinnor och har större förekomst av övervikt och förmaksflimmer jämfört med gruppen HFrEF. Övrig samsjuklighet är vanligt förekommande, såsom hypertoni, diabetes, njursvikt, KOL och sömnapné. Sekundär pulmonell hypertension kan även vara bidragande i symtombilden. Mellan HFrEF och HFpEF ligger en mindre grupp med lätt sänkt EF (41–49 %, HFmrEF).

Symtom och kliniska fynd är i stort sett lika vid de olika typerna av hjärtsvikt. Olika grad av andfåddhet och vätskeretention dominerar.

Stelhet i myokardiet anses vara en huvudsak till HFpEF, vilket medför nedsatt diastolisk funktion, dvs. nedsatt elasticitet av kammaren som leder till försämrad fyllnad. Även subtila grader av nedsatt systolisk funktion förekommer. Ökad stelhet i vänster kammare uppstår vid hypertrofi och ärrbildning (fibros), ofta finns båda faktorerna samtidigt. Sjukdomar med hög grad av hypertrofi och fibros är hypertrof kardiomyopati, hypertoni, aortstenos och tidigare inflammation (myokardit) som läkt ut med kvarvarande fibros. Därtill finns olika inlagringssjukdomar, särskilt amyloidos, som ger bild av HFpEF. En låggradig inflammation

Hjärtsvikt klassificeras idag avseende grad av pumpförmåga i vänster kammare.

HFpEF	Heart Failure with preserved Ejection Fraction – hjärtsvikt med bevarad systolisk funktion, EF ≥ 50 %
HFmrEF	Heart Failure with mildly reduced Ejection Fraction – hjärtsvikt med lätt nedsatt systolisk funktion, EF 41–49 %
HFrEF	Heart Failure with reduced Ejection Fraction – hjärtsvikt med nedsatt systolisk funktion, EF ≤ 40 %
HFimpEF	Heart Failure with improved Ejection Fraction – hjärtsvikt som initialt var HFrEF, men där EF förbättrats till > 40 %

och mikrovaskulär dysfunktion har ansetts vara möjliga kroniska processer vid HFpEF.

Den fjärde formen av hjärtsvikt, HFimpEF, omfattar patienter som tidigare haft en typisk HFrEF men som förbättrats och nu har EF över 40 %. Dessa patienter ska alltså betraktas som HFrEF och behandlas därefter. Se [RMR HFrEF](#). Det är således inte aktuellt att minska eller sätta ut hjärtviktsbehandling om EF förbättras. Det är visat att en sådan åtgärd starkt ökar risken för återinsjuknande.

Diagnostik

En inledande värdering av symtom, kliniska fynd och riskfaktorer för hjärtsvikt ska värderas på samma sätt som vid annan hjärtsvikt, se figur nedan. Denna värdering kan göra diagnosen hjärtsvikt mer sannolik, men en klinisk värdering kan aldrig skilja mellan HFrEF, HFmrEF och HFpEF.

EKG

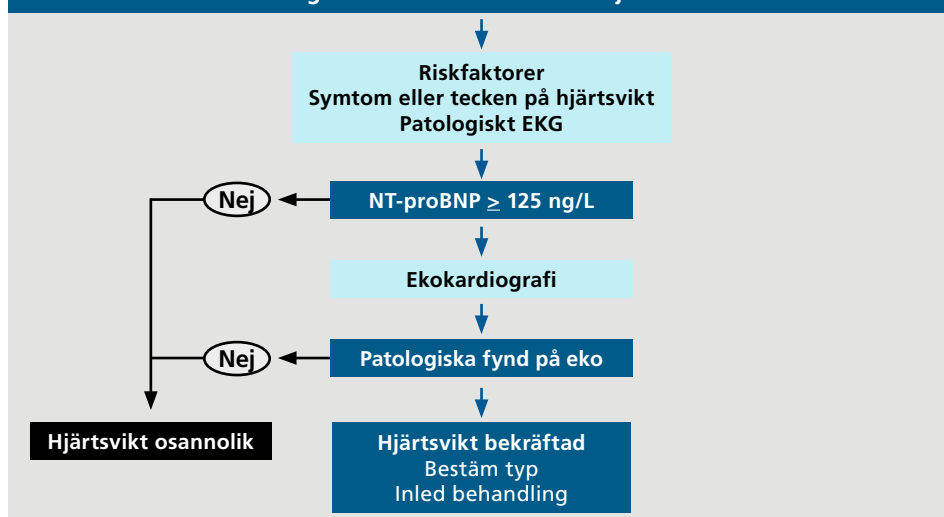
Som regel har en patient med hjärtsvikt sällan ett normalt EKG, men specifika hjärtsviktstecken saknas.

Natriuretiska peptider

Natriuretiska peptider insöndras från celler i hjärtats förmak och kammare som en reaktion på förhöjda fyllnadstryck och uttänjning. Nivåerna av peptiderna (mätt som NT-proBNP) korrelerar väl till grad av hjärtsvikt och prognos. Andra faktorer som ger högre värden är andra hjärtsjukdomar, förmaksflimmer, njursvikt, kvinnligt kön och högre ålder. Obesitas ger å andra sidan lägre värden och kan då vara normala eller falskt låga. Normala värden hos obesa utesluter alltså inte HFpEF. Generellt är värdena av natriuretiska peptider något lägre vid HFpEF jämfört med HFrEF.

Värden under 125 ng/L för NT-proBNP talar starkt emot hjärtsvikt medan höga värden talar för hjärtsvikt. I de flesta fall har patienter med nyupptäckt eller försämrad hjärtsvikt värden på NT-proBNP som överstiger 500–900 ng/L. Medelhöga värden medför att hjärtsvikt är en möjlig diagnos. NT-proBNP kan användas i utredning av oklar dyspné för att i första hand skilja mellan hjärt- och lungorsakad dyspné.

Diagnostik vid misstanke om hjärtsvikt



Ekokardiografi

En ekokardiografisk undersökning (hjärtultraljud) är nödvändig för att fastställa diagnosen. Efter- som HFpEF förutsätter EF inom normalområdet krävs andra mätningar för att komma fram till rätt diagnos. Där ingår värdering av vänsterkammars hypertrofi, vänster förmaksförstoring, ökat lungartärtryck och diastolisk dysfunktion. Vid remiss till ekokardiografi bör denna märkas med "PSV nyupptäckt hjärtsvikt", för snabbare handläggning. Se [RMR PSV hjärtsvikt](#).

SCORE-system

Med hjälp av ekokardiografiska mätvärden och nivå av biomarkören NT-proBNP kan sannolikheten för HFpEF uppskattas. Ett score-system kan därvid användas ([HFA-PEFF](#)), vilket ger låg, intermediär eller hög sannolikhet för diagnosen. Ju större avvikelser i de gjorda mätningarna, desto högre sannolikhet för att patienten har HFpEF. Vid inkonklusiva fynd kan man gå vidare med non-invasivt stresstest eller hjärtkateterisering.

Ett annat score-system har tagits fram av kardiologföreningar i USA, ([H₂FPEF](#)). Denna skala använder sig mer av kliniska riskfaktorer för att uppskatta sannolikheten för att HFpEF föreligger. Här ingår hög ålder, obesitas, hypertoni, förmaksflimmer, lungartärtryck och diastolisk dysfunktion.

Behandling

SGLT2-hämmare

SGLT2-hämmare har som första läkemedelsgrupp visat prognostisk effekt hos patienter med HFpEF och HFmrEF.

SGLT2-hämmare rekommenderas vid HFpEF och HFmrEF. Doseringen är samma som vid behandling av HFrEF, 10 mg x1 utan titrering för både dapagliflozin (Forxiga), eGFR > 25 mL/min, och empagliflozin (Jardiance), eGFR > 20 mL/min. SGLT2-hämmare främjar utsöndring av glukos i urinen och ger osmotisk diures och natriures. Troligen finns det andra metabola effekter av betydelse vilka är ofullständigt kända för närvarande. Det finns en ökad risk för genitala infektioner samt en liten risk för normoglykemisk ketoacidosis. Det senare kan uppstå vid annan allvarlig sjukdom, särskilt vid fasta och risk för dehydrering. Patienterna ska därför informeras om denna risk och instrueras att tillfälligt sätta ut behandlingen om sådana tillstånd skulle inträffa. Detsamma gäller inför planerade större kirurgiska ingrepp. SGLT2-hämmare är kontraindicerat vid diabetes typ 1.

Övrig behandling

När det gäller övrig behandling vid HFpEF och HFmrEF saknas stark evidens. Vid båda formerna behövs vanligen symtomlindrande behandling med diuretika, på samma sätt som vid HFrEF. Det rekommenderas även att man behandlar riskfaktorer som högt blodtryck, övervikt, diabetes, nedsatt njurfunktion, förmaksflimmer, KOL och sömnapné så väl som möjligt. Dessa tillstånd kan vara orsaken till hjärtsvikten eller vara starkt bidragande. Sekundär pulmonell hypertension med högerkammarpåverkan kan också vara bidragande i symtombilden. Flera av

Behandlingsrekommendationer

Kronisk hjärtsvikt med lätt nedsatt systolisk vänsterkammarsfunktion (HFmrEF)

Diuretika vid tecken eller symtom på övervätskning Elkonvertering av förmaksflimmer	Börja med							Hälsosamma levnadsvanor och bästa behandling av underliggande sjukdom Intravenös järn vid järnbrist
	SGLT2-hämmare							
	Lägg i första hand till							
	Ischemisk hjärtsjukdom	Uttalad stas	Nedsatt njurfunktion	Hypotension	Hypertension	Flimmer (normofrekvent)	Hög frekvens (oavsett rytm)	
	BB	MRA	ACEh*		MRA		BB	
	Vid fortsatt symtomatisk hjärtsvikt eller behandlingskrävande samsjuklighet – lägg i andra hand till:							
	Ytterligare något eller några av de läkemedel som rekommenderas vid HFrEF							
	Övriga åtgärder att överväga vid fortsatt symtomatisk hjärtsvikt							
	CRT-P (vid breda QRS), klaffintervention, flimmerablation, revaskularisering							
	Hjärttransplantation, hjärtpump							

*ARB vid besvärlig rethosta av ACEh

ACEh = ACE-hämmare, ARB = Angiotensin-Receptor-Blockerare, BB = Beta-blockerare, MRA = Mineralkortikoid-Receptor

Evidensläget för gruppen i mellanzonen är i stort identiskt med HFpEF, beroende på att studier av HFpEF oftast har inkluderat patienter med EF > 40 %. Det har dock ansetts att indikationen för konventionella sviktläkemedel är något högre, inklusive intravenös järnbehandling.

Kronisk hjärtsvikt med bevarad systolisk vänsterkammarsfunktion (HFpEF)

Elkonvertering av förmaksflimmer	Börja med		Hälsosamma levnadsvanor och bästa behandling av underliggande sjukdom
	Diuretika vid tecken eller symtom på övervätskning	SGLT2-hämmare	
	Övriga åtgärder som kan vara eller bli aktuella:		
	ACEh/ARB, BB och MRA kan övervägas vid behandlingskrävande samsjuklighet		
	Klaffintervention, flimmerablation, revaskularisering		
Hjärttransplantation, hjärtpump			
Gröna fält	Rekommenderas		
Gula fält	Kan ges eller övervägas som behandling i andra hand		

dessa tillstånd behandlas med ACE-hämmare, betablockerare och MRA. Det finns inget som antyder att detta skulle vara ogynnsamt för patientgruppen.

Hjärtrehabilitering med individuellt anpassad och övervakad fysisk träning är värdefull för alla patienter med hjärtsvikt, även om större studier inom gruppen med HFpEF och HFmrEF saknas. Flera mindre studier har dock visat att träning ger bättre arbetsförmåga och ökad livskvalitet även för denna grupp.

Intravenös järnbehandling har också starkast evidens vid HFrEF, men även här är det rimligt att påvisad järnbrist bör behandlas och eventuellt utredas. I de båda figurerna ovan visas behandlingsrekommendationer för HFmrEF respektive HFpEF.

Specialformer som hjärtamyloidosis, hypertrof kardiomyopati, pulmonell hypertension och högersidig hjärtsvikt är vanligen skäl för specialistkonsultation.

Uppföljning

Behovet av långsiktigt och livslångt omhändertagande är samma som vid HFrEF. Den långsiktiga prognosen är generellt dålig, även om den är något bättre jämfört med HFrEF. Att monitorera grad av vätskeretention och att administrera adekvat dos av diuretika är sannolikt av stort

värde. Man bör också ha i åtanke att vissa patienter kan försämrats i sin hjärtfunktion och då passera in i gruppen HFrEF, vilket medför ett allvarigare tillstånd, men också en större arsenal av behandlingsalternativ. En klinisk försämring utan annan uppenbar förklaring kan därför motivera en ny bedömning av NTproBNP eller undersökning med ekokardiografi för att bedöma eventuell försämring av EF. Se även [RMR PSV hjärtsvikt](#).

FÖR TERAPIGRUPP HJÄRTA-KÄRL

Per Ola Enander

– ordförande, överläkare, NU-sjukvården

Bert Andersson

– huvudförfattare, överläkare, Kardiologi, SU

Referenser

- [Nätverket för Sveriges Läkemedelskommittéer \(LOK\), nationella riktlinjer för läkemedelbehandling vid kronisk hjärtsvikt 2025](#)
- Kittleson MM, et al. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.03.393>
- McDonagh TA, et al. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>
- McDonagh, TA, et al. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37622666/>
- Pieske, B, et al. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31504452/>

Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Hjärta-kärl

Annika Johansson, annika.v.johansson@vgregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.