

Låt hjärtat orka längre - nationell utvärdering av vården vid hjärtsvikt

2024

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

ISBN: 978-91-7555-639-0

Artikelnummer: 2024-11-9307

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, november 2024

Förord

Socialstyrelsen har genomfört en nationell utvärdering av vården vid hjärtsvikt. Utgångspunkten har varit de förbättringsområden som framkom i Socialstyrelsens tidigare utvärdering av hjärtsjukvården. Utvärderingen vänder sig till beslutsfattare och verksamhetsledningar på olika nivåer inom regionerna och på nationell nivå, men den kan även vara till nytta för andra aktörer, såsom berörda yrkesgrupper, patienter, allmänheten och medier. Projektledare för utvärderingen har varit Anastasia Simi som tillsammans med Annika Johansson Ensjö och Staffan Khan har utgjort projektets arbetsgrupp. Externa experter har varit Laila Hübbert, Charlotta Ljungman, David Sparv och Hans Thulesius. Ansvarig enhetschef har varit Maria State.

Björn Eriksson

Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	5
Inledning	9
Metod.....	10
Vad är hjärtsvikt?.....	13
Uppföljning av vården är en del i kvalitetsförbättring	16
Dödlighet och sjukhusvård vid hjärtsvikt kan minska med optimerad behandling	21
Diagnostik med ekokardiografi	27
Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt	30
Fysisk träning inom hjärtrehabilitering	37
ICD- och CRT-behandling vid avancerad hjärtsvikt är fortfarande underutnyttjad.....	40
Uppföljning vid hjärtsvikt.....	43
Regionernas insatser för att förbättra vården vid hjärtsvikt....	52
Avslutande diskussion	56
Förkortningar	58
Projektorganisation.....	59
Referenser.....	61

Sammanfattning

Cirka 200 000 personer i Sverige har hjärtsvikt och tillståndet förekommer oftare i de högre åldrarna. För många patienter är det svårt att utföra aktiviteter i det dagliga livet och dödligheten liksom behovet av sjukhusvård är hög. Tillståndet är behandlingsbart men är ofta underbehandlat.

Denna utvärdering utgår från förbättringsområden som framkommit i tidigare utvärdering av hjärtsjukvården. Eftersom det saknas uppdaterade nationella riktlinjer från Socialstyrelsen tar utvärderingen hänsyn till såväl europeiska riktlinjer för hjärtsvikt som av kunskapsstyrningsorganisationen framtagna kliniska kunskapsstöd inom området, och analyserar hur dessa bidragit till vårdens utveckling.

Utifrån analyserade indikatorer har vi identifierat flera förbättringsområden. Hälso- och sjukvården behöver:

- öka tillgången till ekokardiografi
- behandla med samtliga rekommenderade läkemedel från start
- följa upp behandlingarnas resultat
- öka tillgången till hjärtsviktsmottagning
- erbjuda behandling med CRT och ICD till samtliga som har behov
- öka tillgången till hjärtrehabilitering
- skapa bättre förutsättningar för uppföljning genom ökad användning av nya diagnoskoder för vänstersidig hjärtsvikt.

Figur 1. Förbättringsområden för vården vid hjärtsvikt.

Hjärtsvikt har ett dynamiskt sjukdomsförlopp. Insättande av evidensbaserad behandling med fyra läkemedelsklasser i ett tidigt skede liksom uppföljning av behandlingens resultat med förnyad diagnostik behöver öka för att möjliggöra bedömning om andra linjens behandling samt förebygga undvikbara inläggningar på sjukhus, ökande sjuklighet och död.



Behov av vägledning är stort

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård inom området hjärtsvikt är till stor del inaktuella. Ett revideringsarbete påbörjades år 2021 men avbröts 2022 eftersom det pågick andra initiativ parallellt.

Resultaten från utvärderingen visar att behovet av uppdaterade nationella riktlinjer inom området hjärtsvikt fortfarande är stort och att befintliga kliniska kunskapsstöd ännu inte tycks ha bidragit till förbättring. Det kan bero på både brister i implementering men också på att det saknas vägledning och prioriteringsstöd till beslutsfattare. Det är angeläget att regionerna arbetar för att implementera och utvärdera den uppdaterade versionen av det nationella vårdförloppet för hjärtsvikt som utkom i juni 2024. Nationella riktlinjer och vårdförlopp har olika syften. Båda behövs och de behöver dessutom vara synkroniserade med varandra för att stödja utvecklingen framåt, för att patienter med hjärtsvikt ska få rätt vård i rätt tid.

Öka tillgången till ekokardiografi

Alla med misstänkt hjärtsvikt behöver undersökas med ekokardiografi för att få rätt diagnos. Det är en förutsättning för att få rätt behandling. För att nå detta mål behöver tillgången till ekokardiografi öka avsevärt. Remittering till ekokardiografi behöver också öka, särskilt inom primärvården. Vårdgivare som utför ekokardiografiundersökningar behöver kontinuerligt följa upp väntetider.

Behandla med samtliga rekommenderade läkemedel från start

Vid nydebuterad hjärtsvikt och nedsatt vänsterkammarfunktion rekommenderas samtidig behandling med fyra läkemedelsklasser¹ som första behandling. Användningen av fyra läkemedelsklasser efter ny diagnos ligger fortsatt på en avsevärt lägre nivå än önskvärt och behöver ökas. Ålder i sig utgör inte kontraindikation till behandlingen. Därför bör alla patienter initialt erbjudas behandling med fyra läkemedelsklasser. Insatt behandling behöver följas upp och optimeras så snart som möjligt.

¹ angiotensinkonverterande enzymhämmare (ACEh), eller angiotensinreceptorneprilysin-hämmare (ARNI) (eller angiotensinreceptorblockerare (ARB) vid biverkan av ACEh/ARNI), beta-receptorblockerare (BB), mineralokortikoidreceptorantagonist (MRA), och natriumglukosamtransportör 2-hämmare (SGLT2h).

Följa upp behandlingarnas resultat

Hjärtsvikt har ett dynamiskt sjukdomsförlopp. Insättande av evidensbaserad behandling i ett tidigt skede liksom uppföljning av behandlingens resultat med förnyad diagnostik behöver öka för att förebygga undvikbara inläggningar på sjukhus och död. Uppföljande ekokardiografi är viktigt för att identifiera de patienter som trots optimerad första linjens behandling har behov av implantation av hjärtpacemaker eller hjärttransplantation.

Öka tillgången till hjärtsviktsmottagning

Hjärtsviktsvården präglas av resursbrist och brister i kompetensförsörjningen, vilket påverkar tillgången till vård och vårdkvaliteten på landets hjärtsviktsmottagningar. Det råder även kunskapsbrister och en otydlighet när det gäller betydelsen av vårdnivån vid handläggning av hjärtsvikt: specialiserad vård kontra primärvård. I samband med att en omställning till en mer nära vård står i fokus i flera regioner behövs en tydligare definition av hjärtsviktsmottagning i primärvård eller annan form av hjärtsviktsmottagning inom ramen för nära vård (ej sjukhusanknuten). En eventuell förflyttning av denna ofta svårt sjuka patientgrupp till en mer nära vård kommer att ställa höga krav på resursfördelning, kompetensutveckling, tydliga definitioner och tydlig vägledning till beslutsfattare.

Erbjuda behandling med CRT och ICD till samtliga som har behov

Implantation av sviktpacemaker (CRT) och defibrillator (ICD) varierar stort i landet, vilket tyder på att dessa behandlingar underutnyttjas i många regioner. En orsak kan vara bristande tillgång till ekokardiografi.

Öka tillgången till hjärtrehabilitering

Hälso- och sjukvården behöver avsätta resurser så att patienter med nydiagnostiserad hjärtsvikt bedöms av fysioterapeut med kompetens inom hjärtrehabilitering inom 90 dagar från diagnos. En förutsättning för att åstadkomma detta är en omfördelning av resurser från andra delar av hjärtsjukvården.

Bättre användning av nya diagnoskoder ger bättre förutsättningar för uppföljning

Användningen av nya specifika diagnoskoder, som särskiljer de olika typerna av hjärtsvikt utifrån vänsterkammarmfunktion, ger möjlighet att för första gången följa upp rekommenderade behandlingar i aktuell patientpopulation. Registreringsgraden av dessa diagnoskoder i patientregistret har ökat de senaste åren men det finns fortfarande betydande regionala skillnader. Det påverkar resultaten och försvårar jämförelser mellan regioner. Regionerna behöver skapa bättre förutsättningar för att kunna följa vården vid hjärtsvikt genom att

- öka användningen av diagnoskoderna som specificerar typ av hjärtsvikt, framför allt inom primärvården.
- öka registreringsgraden till det nationella kvalitetsregistret RiksSvikt.

Inledning

Socialstyrelsen följer upp, analyserar, utvärderar och rapporterar om läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Socialstyrelsen arbetar för en god och jämlik vård för alla. Det betyder rätt vård, i rätt tid, på rätt nivå utifrån individens förutsättningar och vårdbehov. Vi styr, stödjer, följer upp och analyserar hälso- och sjukvården och tandvården för att bidra till en god och jämlik vård på lika villkor för alla.

Den här rapporten utvärderar vården vid hjärtsvikt. Rapportens utgångspunkt är de förbättringsområden som framkom i Socialstyrelsens tidigare utvärdering av hjärtsjukvården 2015 [1]. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård [2] har inte uppdaterats sedan 2018 och delvis är inaktuella. Ett revideringsarbete påbörjades år 2021 men avbröts 2022 eftersom det pågick andra initiativ parallellt och det fanns risk för oreda och otydlighet. Därför tar utvärderingen hänsyn till flera och mer nyligen uppdaterade kunskapsstöd, bl.a. europeiska riktlinjer för hjärtsvikt från 2021 (2021 European Society of Cardiology (ESC) Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure [3]) samt det av kunskapsstyrningsorganisationen framtagna nationella personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet inom området hjärtsvikt [4]. Vägledningsbehov som lyftes under arbetet med nationella riktlinjer 2021–2022 har också beaktats i utvärderingen. Inom ramen för utvärderingen har myndigheten reviderat tidigare indikatorer och tagit fram nya indikatorer för uppföljning av vården vid hjärtsvikt.

Syfte och avgränsning

Rapporten är en utvärdering av regionernas strukturer, processer och resultat när det gäller vård vid hjärtsvikt. Syftet med utvärderingen är att följa hälso- och sjukvårdens utveckling utifrån de förbättringsområden som framkom i tidigare utvärdering av hjärtsjukvården utifrån de nationella riktlinjerna (2015). Utvärderingen tar även hänsyn till andra kunskapsstöd och hur dessa har bidragit till utvecklingen. Vi har även bjudit in Nationellt programområde (NPO) hjärt- och kärlsjukdomar samt Riksförbundet HjärtLung för information och dialog. Utvärderingen avses som stöd i hälso- och sjukvårdens fortsatta förbättringsarbetet för en mer kunskapsbaserad och jämlik vård.

Metod

Utvärderingens utgångspunkt har varit de indikatorer som Socialstyrelsen har tagit fram i samband med utvärderingen. Datasamlingen omfattade även enkätundersökningar till verksamheter inom specialiserad vård och primärvård samt till regionledningar.

Indikatorer

Socialstyrelsen har i samband med utvärderingen tagit fram nya indikatorer för uppföljning av vården vid hjärtsvikt. Indikatorer på området hjärtsvikt som funnits med i tidigare version av nationella riktlinjer för hjärtsjukvård har reviderats. Revideringen har skett utifrån vårdens utveckling med bl.a. nyttillkomna läkemedel, och ESC-riktlinjernas senaste rekommendationer vad gäller läkemedelsbehandling vid akut och kronisk hjärtsvikt.

Merparten av indikatorerna baseras på de nya diagnoskoderna som särskiljer de olika typerna av hjärtsvikt utifrån mätningen av vänsterkammarmfunktion. Eftersom dessa specifika diagnoskoder började gälla 2021 baseras resultaten för vissa av indikatorerna på ett begränsat underlag (diskuteras i avsnitt ”Uppföljning av vården är en del i kvalitetsförbättring”). En förteckning på indikatorerna presenteras i tabell 1. De fullständiga indikatorbeskrivningarna finns i indikatorrapporten [5].

Tabell 1. Indikatorer – vård vid hjärtsvikt

Förteckning över indikatorer för uppföljning av vården vid hjärtsvikt.

Nr.	Namn	Datakälla
Hv1	Tid till ekokardiografi	Enkät
Hv2	Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt med nedsatt vänsterkammarmfunktion (HFrEF)	Läkemedelsregistret och patientregistret ¹
Hv3	Behandling med SGLT2-hämmare vid vänstersidig hjärtsvikt	Läkemedelsregistret och patientregistret
Hv4	Fysisk träning inom hjärtrehabilitering – sjukhus	RiksSvikt ²
Hv5	Uppföljning vid multidisciplinär hjärtsviktsmottagning	Enkät
Hv6	CRT-behandling vid hjärtsvikt	ICD och pacemakerregistret och patientregistret
Hv7	ICD-behandling vid hjärtsvikt	ICD och pacemakerregistret och patientregistret

Nr.	Namn	Datakälla
Hv8	Behandling med ARNI vid hjärtsvikt med nedsatt vänsterkammarmfunktion (HFrEF)	Läkemedelsregistret och patientregistret
Hv9	Dödlighet och återinskrivning efter vård för hjärtsvikt	Patientregistret och dödsorsaksregistret
Hv10	Sjukhusinläggningar vid hjärtsvikt	Patientregistret och dödsorsaksregistret

¹Kompletteras med indikator i primärvårdskvalitet (PVQ Hj02) för primärvård ²Kompletteras med enkät till specialiserad vård och primärvård

Datakällor

I utvärderingen har uppgifter hämtats från flera olika datakällor.

Socialstyrelsens register

- Patientregistret
- Läkemedelsregistret
- Dödsorsaksregistret

➔ Läs mer om registren på Socialstyrelsens webbplats
www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/

Nationella kvalitetsregister

- RiksSvikt, nationellt hjärtsviktsregister
- Svenska ICD- och Pacemakerregistret

➔ Läs mer om kvalitetsregistren på www.kvalitetsregister.se.

Primärvårdskvalitet och regionernas patientadministrativa system

Primärvårdskvalitet är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården som omfattar indikatorer för uppföljning (indikatorbeskrivningar finns i Kvalitetsindikatorkatalogen [6]). Primärvårdskvalitet är inte ett kvalitetsregister. Data för indikatorerna i Primärvårdskvalitet samlas inte in nationellt utan finns enbart tillgängliga för varje enskild vårdgivare. Därför har Socialstyrelsen använt en privat aktör som sammanställer data för primärvårdskvalitetsindikatorer på uppdrag av regionerna. I denna plattform (Medrave) är ca 1 100 vårdcentraler/hälsocentraler i 18 regioner anslutna. Socialstyrelsen har, efter regionernas godkännande, hämtat ut aggregerade uppgifter på regionnivå från Medrave. Sjutton regioner har godkänt uttaget.

Tre regioner som har egen lösning för primärvårdskvalitetsindikatorerna har skickat dessa data direkt till Socialstyrelsen och en region har skickat kompletterade uppgifter för offentliga vårdgivare eftersom bara privata vårdgivare i regionen använde Medrave.

Enkäter

Socialstyrelsen har inom ramen för utvärderingen genomfört fyra enkätundersökningar. Mottagare för enkäterna och svarsfrekvens redovisas i tabell 2. Enkätfrågorna återges i bilaga 1.

Tabell 2. Enkätundersökningar

Mottagare	Antal i utskicket	Antal svar	Svarsfrekvens
Verksamheter som utför ekokardiografiundersökningar (sjukhus och privata ¹)	76	38	50 %
Specialiserade hjärtsviktsmottagningar på sjukhus ²	69	33	48 %
Vårdcentraler/hälsocentraler (urval)	742	324	44 %
Regionledningar	21	17 ³	81 %

¹kartläggning föregått av var ekokardiografi utförs i varje region ²adresslistan utgick från de sjukhus som är anslutna i RiksSvikt. ³Region Östergötland, Region Västra Götaland, Region Värmland och Region Dalarna har inte svarat på enkäten.

Redovisning av resultat

I rapporten presenteras data för riket och på region- eller verksamhetsnivå där det är aktuellt. Redovisning på regionnivå, om inte annat anges, utgår från personens hemort. Indikatorer redovisas enbart för riket i de fall datakvalitet bedömdes otillräcklig för regionala jämförelser.

Vad är hjärtsvikt?

Hjärtsvikt (hjärtinsufficiens) är inte en enskild diagnos utan ett kliniskt syndrom som består av symtom såsom trötthet, andfåddhet och sänkt fysisk förmåga. Symtomen förekommer ofta tillsammans med kliniska tecken på ökat fyllnadstryck i hjärtrummen såsom förhöjt halsvenstryck, buksvullnad och vätskeansamling i lungor och underben. Orsaken är en strukturell eller funktionell rubbning i hjärtat som resulterat i förhöjda tryck i hjärtrummen eller minskad förmåga att pumpa ut så mycket blod som kroppen behöver. Tillståndet är behandlingsbart men är ofta underbehandlat.

För att sätta diagnosen hjärtsvikt behövs en funktionell undersökning av hjärtat som ekokardiografi, magnetkameraundersökning eller myokardscintigrafi. Oftast utförs ekokardiografi.

Vänstersidig hjärtsvikt är den mest utforskade typen av hjärtsvikt och här finns tydliga riktlinjer för behandling. Vänstersidig hjärtsvikt innebär att vänster kammare, som pumpar ut blod ut i kroppspulsådern är påverkad. Hjärtsvikt kan delas upp i olika så kallade fenotyper utifrån en mätning av hjärtats vänsterkammarmarkfunktion. Detta görs med ekokardiografi, en ultraljud- och dopplerundersökning som kan mäta hur stor del (procent) av vänsterkammarens blodvolym som pumpas ut i kroppspulsådern under ett hjärtslag (ejektionsfraktion, EF (procent)). Om även symtom och kliniska fynd (figur 2) finns så kan hjärtsvikt klassificeras enligt följande:

- hjärtsvikt med nedsatt vänsterkammarmarkfunktion (HF_rEF²), om EF är ≤ 40 procent
- hjärtsvikt med lätt nedsatt vänsterkammarmarkfunktion (HF_{mr}EF³), om EF är mellan 41 och 49 procent
- hjärtsvikt med bevarad vänsterkammarmarkfunktion (HF_pEF⁴), om EF är ≥ 50 procent, under förutsättning att symtom och kliniska fynd talar för hjärtsvikt.

De olika typerna av hjärtsvikt (framöver benämnda HF_rEF, HF_{mr}EF och HF_pEF) skiljer sig avseende evidensgrad för behandling.

Hjärtsvikt kan debutera akut (akut hjärtsvikt) men kan också ha ett mer långsamt fortskridande förlopp (kronisk hjärtsvikt) med akuta inslag (akutisering). I den senare delen av sjukdomsförloppet leder hjärtsvikt till att hjärtats pumpfunktion avtar avsevärt där den sista behandlingsformen blir transplantation alternativt hjärtpump. Många kardiovaskulära sjukdomar kan resultera i hjärtsvikt och samsjuklighet är vanligt. Det finns också skillnader mellan kvinnor och män i både förekomst av diagnos, ålder vid insjuknande

² Heart Failure with reduced Ejection Fraction

³ Heart Failure with mildly reduced Ejection Fraction

⁴ Heart Failure with preserved Ejection Fraction

och även typ av hjärtsvikt. Hjärtsvikt liksom andra hjärt- och kärlsjukdomar är vanligare hos män. Män tycks också insjukna i tidigare ålder och oftare drabbas av nedsatt vänsterkammerfunktion.

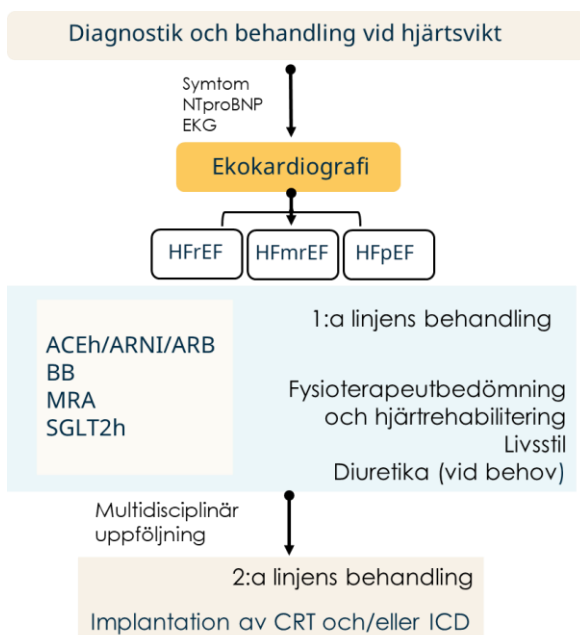
Behandling vid hjärtsvikt

Personer som har hjärtsvikt löper stor risk för förtida död. Behandling vid hjärtsvikt syftar till att minska symtom och förlänga livet. En optimal behandling minskar även risken för inläggning på sjukhus p.g.a. försämrad hjärtfunktion, och ökar chansen till en bra hälsorelaterad livskvalitet.

Rekommendationer för första linjens behandling (läkemedel) och andra linjens behandling (implantation av sviktpacemaker (CRT) eller defibrillator (ICD) i europeiska riktlinjer har högre evidensgrad för HFrEF men kan också vara till nytta för patienter med HFmrEF. Samtliga personer med hjärtsvikt oavsett typ har nytta av bedömning av fysioterapeut (rekommenderas 60–90 dagar efter diagnos) och fysisk träning inom hjärtrehabilitering. Uppföljning vid hjärtsviktsmottagning ökar chanserna till optimal behandling och därmed fler levnadsår [3, 7] (figur 2).

Figur 2. Diagnostik och behandling vid hjärtsvikt.

En sammanfattning av rekommendationerna i europeiska riktlinjer samt nationella vårdförlopp för nydebuterad och kronisk hjärtsvikt. Vid misstanke om hjärtsvikt utifrån kliniska symtom, NTproBNP värde och fynd vid elektrokardiogramundersökning (EKG) skickas remiss till undersökning med ekokardiografi. Ekokardiografi fynd avgör typ av hjärtsvikt (HFrEF, HFmrEF eller HFpEF). Samtidig läkemedelsbehandling med fyra läkemedelsklasser (ACEh/ARNI/ARB och BB och MRA och SGLT2h) rekommenderas för hjärtsvikt med HFrEF men kan vara till nytta även för övriga typer av vänstersidig hjärtsvikt. Hjärtrehabilitering och diuretika vid behov ingår i första linjens behandling. Vid försämring trots läkemedelsbehandling kan implantation av hjärtpacemaker eller liknande (CRT och/eller ICD) vara aktuell (andra linjens behandling).



Första linjens behandling

Enligt europeiska riktlinjer från 2021 bör personer med hjärtsvikt och nedsatt vänsterkammarmfunktion (HF_{rEF}) från första början behandlas med fyra läkemedelsklasser samtidigt:

1. angiotensinkonverterande enzyminhämmare (ACEh), eller angiotensinreceptorneprilysininhämmare (ARNI) (eller angiotensinreceptorblockerare (ARB) vid biverkan av ACEh/ARNI)
2. beta-receptorblockerare (BB),
3. mineralkortikoidreceptorantagonist (MRA),
4. natriumglukosamtransportör 2-hämmare (SGLT2h)

Behandlingen ska inledas med startdos som så snabbt som möjligt justeras upp till underhållsdos, det vill säga måldos eller den högsta dos som patienten tolererar. Enligt vetenskaplig evidens har samtidig behandling med fyra läkemedel i lägre dos bättre effekt än höga doser i dubbel- eller trippelterapi, vilket rekommenderades tidigare. Behandlingen kan kombineras med vätskedrivande läkemedel (diuretika) vid behov.

Andra linjens behandling

Hjärtsviktspatienter med hög risk för allvarlig hjärtrytmrubbning eller som tidigare har drabbats av livshotande hjärtrytmrubbning kan behandlas med en implanterbar defibrillator (ICD⁵) som förebyggande behandling. ICD-behandling ges främst vid hjärtsvikt när patienten trots optimerad läkemedelsbehandling har nedsatt vänsterkammarmfunktion med EF \leq 35 procent och symtom (NYHA klass II-III⁶). Om det även föreligger ett vänstersidigt grenblock är patienten aktuell för implantation av sviktpacemaker (CRT⁷). I vissa fall enbart CRT, i andra i kombination med ICD (CRT-D⁸). CRT gör att hjärtats höger och vänster kammare aktiveras på ett sådant sätt att hjärtats pumpförmåga optimeras. För patienter aktuella för behandlingen kan en CRT och CRT-D leda till förbättrad livskvalitet och förlängt liv.

⁵ Implantable Cardioverter-Defibrillator

⁶ New York Heart Association functional classification based on severity of symptoms and physical activity (classes I-IV with increasing severity)

⁷ Cardiac Resynchronization Therapy

⁸ Cardiac Resynchronization Therapy with Defibrillator

Uppföljning av vården är en del i kvalitetsförbättring

Registrering av diagnosen hjärtsvikt i patientregistret

De flesta av indikatorerna som redovisas i utvärderingen baseras på de nya specifika diagnoskoderna som särskiljer de olika typerna av hjärtsvikt utifrån mätningen av vänsterkammarmarkfunktion⁹. Eftersom koderna började gälla 2021 baseras resultaten för vissa av indikatorerna på ett begränsat underlag.

Traditionellt har vården dessutom i stor utsträckning använt diagnoskoden för ospecificerad hjärtsvikt (I50.9), vilket innebär att merparten av hjärtsviktpatienterna i patientregistret även idag har denna diagnoskod.

Registreringsgraden av de specifika diagnoskoderna i patientregistret har ökat avsevärt sedan 2021. År 2023 hade den 90 procent täckning för riket, räknat för patientgruppen med vänstersidig hjärtsvikt (tabell 3, diagram 1). Regionala skillnader i registreringsgraden behöver också beaktas i tolkningen av resultaten (diagram 2).

Tabell 3. Registreringsgrad i patientregistret för de nya diagnoskoderna för vänstersidig hjärtsvikt

Tabellen visar den relativa förekomsten av de specifika diagnoskoderna för vänstersidig hjärtsvikt samt den uträknade registreringsgraden i patientregistret för år 2023. Andelen beräknas bland personer som under 2023 har haft minst ett vårdtillfälle i slutenvård eller besök i specialiserad öppenvård med diagnos vänstersidig hjärtsvikt (I50.1, hela diagnosgruppen) och som under perioden också haft en specifik diagnoskod (I50.1A, I50.1B, I50.1C, eller I50.1X) registrerad.

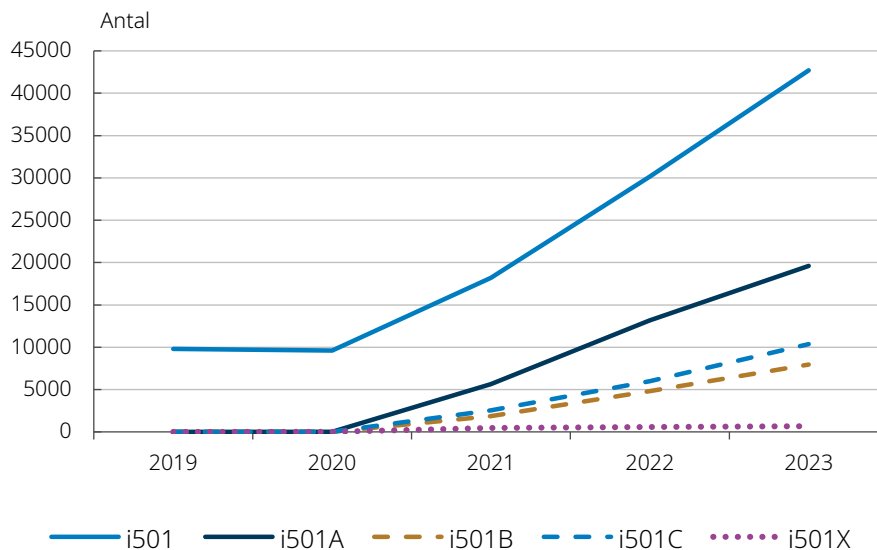
Typ av vänsterhjärtsvikt	ICD-10 kod	Andel (2023)
Vänstersidig hjärtsvikt	I50.1	100 %
Vänsterhjärtsvikt med nedsatt ejektionsfraktion (HF _r EF)	I50.1A	46 %
Vänsterhjärtsvikt med lätt nedsatt ejektionsfraktion (HF _{mr} EF)	I50.1B	19 %
Vänsterhjärtsvikt med bevarad ejektionsfraktion (HF _p EF)	I50.1C	24 %
Vänsterhjärtsvikt, ospecificerad	I50.1X	2 %
Registreringsgrad	I50.1A, B, C, X	90 %

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

⁹ Se Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning – Svensk version 2023 Del 2

Diagram 1. Förekomst av diagnosen vänstersidig hjärtsvikt i patientregistret

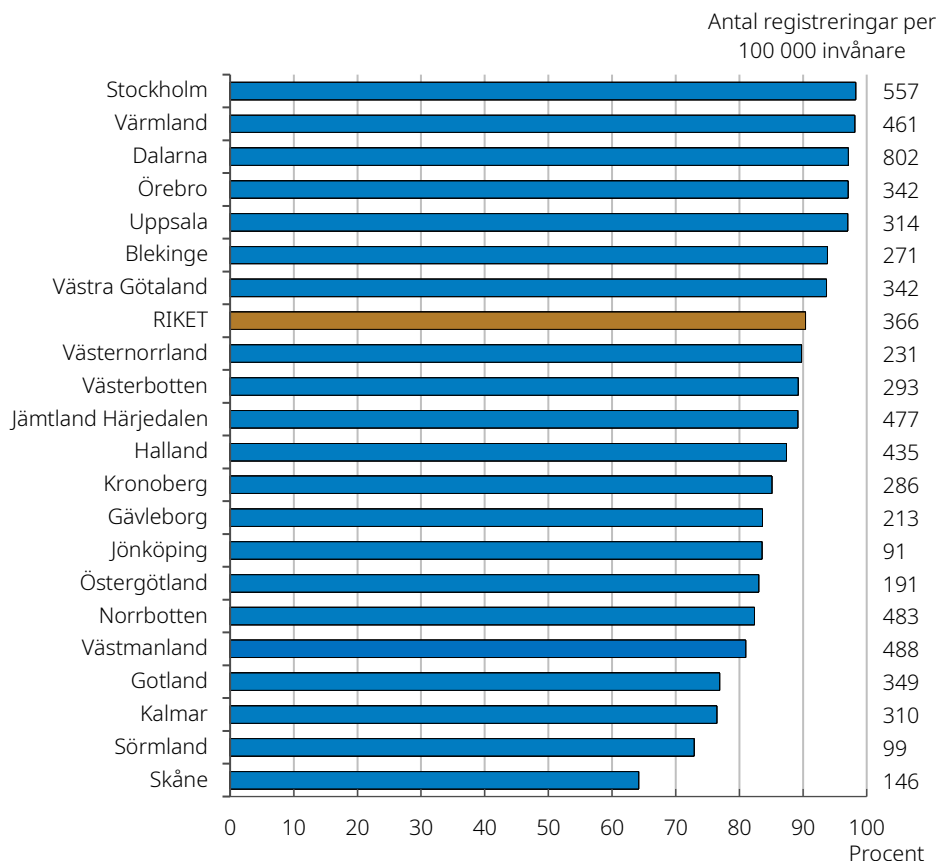
Antal individer med minst en huvud- eller bidiagnos i slutenvård eller specialiserad öppenvård under ett och samma år. Uppdelat på diagnoskod.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Diagram 2. Registreringsgrad i regionerna för de specifika diagnoskoderna för vänstersidig hjärtsvikt

Andel personer med huvud- eller bidiagnos I50.1 i patientregistret som också har en specifik diagnoskod (I50.1A, I50.1B, I50.1C eller I50.1X) registrerad under samma period, 2023. Antalet registreringar för diagnosgruppen I50.1 visas per 100 000 invånare.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Förekomst av diagnosen hjärtsvikt i primärvården

Diagnostik och behandling av personer med hjärtsvikt kräver insatser inom både den specialiserade vården och primärvården. Vårdens organisation och allvarlighetsgrad på symtomen avgör var det primära omhändertagandet av personer med hjärtsvikt sker. I många fall vårdas patienten av både specialiserad vård och primärvård under sjukdomsförloppet.

Eftersom det inte finns ett nationellt register för diagnoser inom primärvården är det svårt att få fram siffror på hur många patienter som enbart handläggs inom primärvården. Enligt primärvårdskvalitet (PVQ) är förekomsten av diagnosen hjärtsvikt ca 1,5 procent bland listad befolkning på vårdcentral, vilket motsvarar 130 000 personer som har fått diagnosen

hjärtsvikt någon gång de senaste fem åren. Under samma period har drygt 160 000 personer haft minst ett vårdtillfälle med hjärtsviktsdiagnos i slutenvård eller besök i specialiserad öppenvård, vilket tyder på en underdiagnostisering och/eller en underregistrering i primärvården.

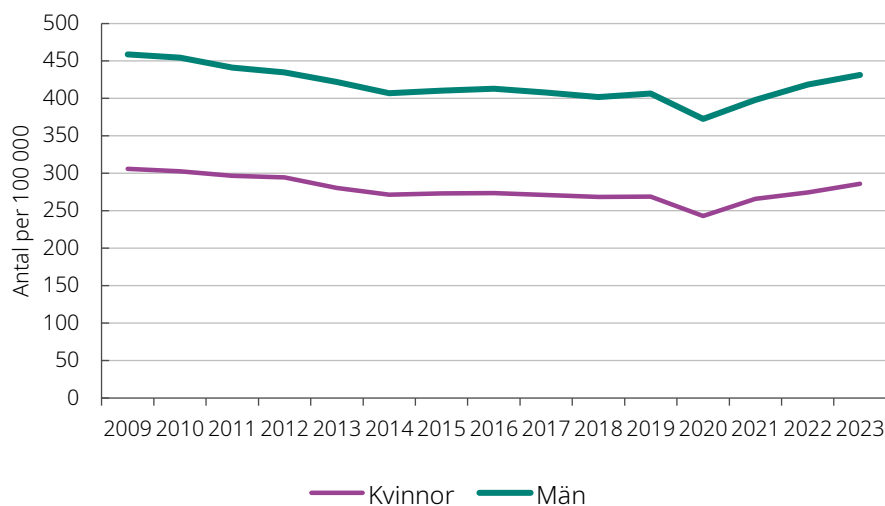
Den regionala variationen i förekomsten av diagnosen hjärtsvikt på vårdcentral låg på mellan 0,9–2,8 procent. Skillnaden kan bero på en underdiagnostisering och/eller underrapportering i vissa regioner. Den kan också förklaras av att i vissa regioner diagnostiseras personer med hjärtsvikt huvudsakligen inom den specialiserade vården.

Incidens av hjärtsvikt ökar efter covid-19 pandemin

Antalet nyinsjuknande i hjärtsvikt har minskat ständigt fram till 2019. År 2020 har covid-19 pandemin orsakat en ytterligare minskning i antalet nya fall av hjärtsvikt (diagram 3). Liksom hjärtinfarkt kan en tillfällig minskning i incidens 2020 förklaras bl.a. av att personer med mildare symtom har avstått från att söka vård i början av pandemin och/eller en lägre förekomst av influensa och andra riskfaktorer som ökar risken för hjärtsjukdom [8, 9]. Till skillnad från hjärtinfarkt där covid-effekten avtagit efter en tillfällig ökning av incidenta fall 2021, fortsätter incidensen av hjärtsvikt att öka.

Diagram 3. Incidens hjärtsvikt

Antal nya fall av hjärtsvikt (diagnosgrupp I50) per år och per 100 000 invånare. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Analys av resultat

Användningen av specifika diagnoskoder som särskiljer de olika typerna av hjärtsvikt ger möjligheten att för första gången följa rekommenderade behandlingar i aktuell patientpopulation. Att diagnoskoderna är relativt nya påverkar dock tolkningen av resultaten i rapporten p.g.a. skillnader i registreringsgrad. Begränsad tillgång till primärvårdsdata är också en viktig felkälla. Inom några år kommer det sannolikt att finnas bättre förutsättningar för att kunna dra slutsatser om personer med hjärtsvikt får rätt behandling i rätt tid, och om vården har blivit bättre på att behandla hjärtsvikt. Samtidigt är det tydligt att hjärtsvikt är ett område inom hjärtsjukdomar med sämre tillgång till data, vilket ofta innebär sämre förutsättningar för att förbättra kvaliteten i den vården som ges. Vårdgivare som infört automatisk överföring från journalsystem till det nationella kvalitetsregistret för hjärtsvikt (RiksSvikt) får idag över 70 procent av variablerna automatiskt, vilket troligen kommer öka täckningsgraden i närtid.

En bättre hjärtinfarktvård, lägre förekomst av riskfaktorer samt förebyggande åtgärder har bidragit till en minskad incidens av hjärtsvikt sett över flera år. Att efter covid-19 pandemin fortsätter incidensen att öka behöver dock uppmärksammas.

Ytterligare en faktor som behöver beaktas i analysen är att tillgången till mer effektiva läkemedel för hjärtsvikt har ökat i snabb takt under de senaste åren, vilket också bidragit till att flera av tillgängliga kunskapsstöden inte varit synkroniserade med varandra och i vissa fall även omfattat motstridiga rekommendationer. Detta har påverkat vårdens utveckling negativt eftersom samtliga patienter med behov av detta inte har fått tillgång till optimal behandling, vilket har bidragit till en ökad ojämlikhet i vården.

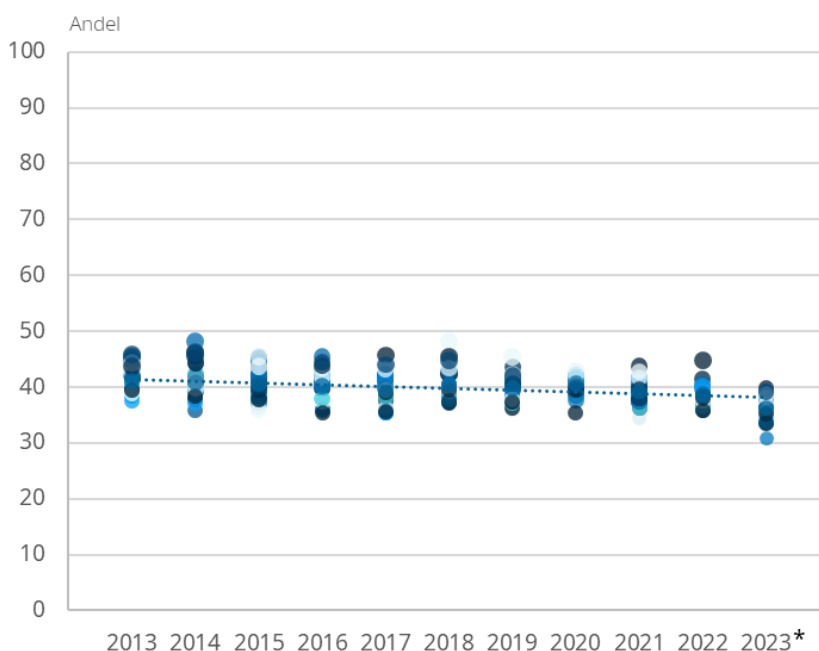
Dödlighet och sjukhusvård vid hjärtsvikt kan minska med optimerad behandling

Återinläggningar på sjukhus är förknippade med högre dödlighet. Även patienter med milda symtom kan ha en hög risk för sjukhusinläggning och död. Det understryker vikten av tidigt insatt optimerad läkemedelsbehandling och uppföljning, vilket enligt vetenskaplig evidens minskar risken för både återinläggningar och dödlighet. Inläggningar på sjukhus utgör den största delen av de direkta kostnaderna i behandlingen av hjärtsvikt.

Av de närmare 22 000 personer som skrevs in på sjukhus för hjärtsvikt 2022 återinskrivs drygt 5 600 inom 30 dagar. Ytterligare 3 900 dog under samma tidsperiod. Andelen som inom 30 dagar från föregående vårdtillfälle för hjärtsvikt återinskrivs eller dör, oavsett orsak, har varit relativt stabilt de senaste tio åren (diagram 4). Det finns inga större skillnader mellan män och kvinnor eller utifrån utbildningsnivå och födelseland (diagram 5–7).

Diagram 4. Död eller återinskriven efter sjukhusvård för hjärtsvikt

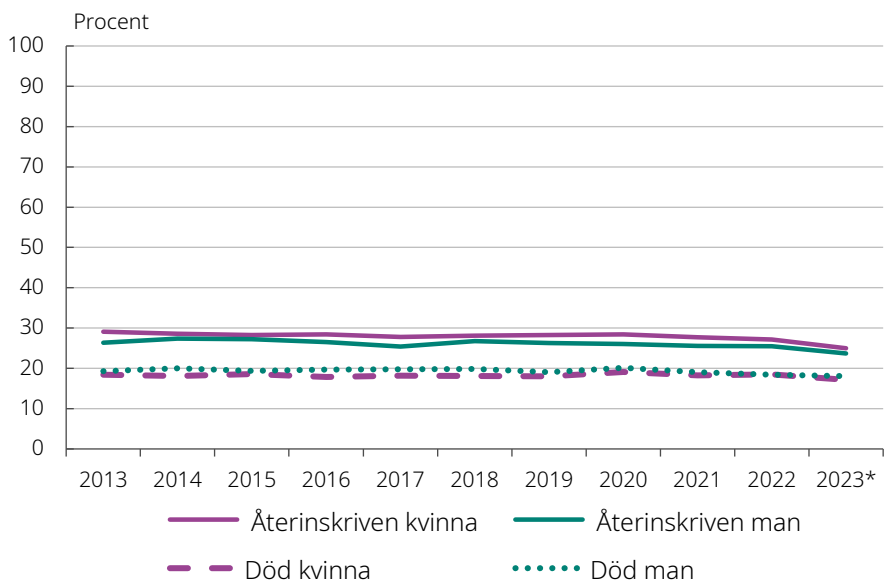
Andel som dör eller återinskrivs på sjukhus (oavsett orsak) inom 30 dagar efter sjukhusvård för hjärtsvikt, och variation mellan regioner över tid. Ålderstandardiserade värden.



*Siffrorna för 2023 är preliminära då personer som haft ett första vårdtillfälle i december 2023 inte kan följas upp tills data för 2024 blir tillgänglig. Källa: Patientregistret och dödsorsaksregister, Socialstyrelsen

Diagram 5. Död eller återinskriven efter sjukhusvård för hjärtsvikt - kön

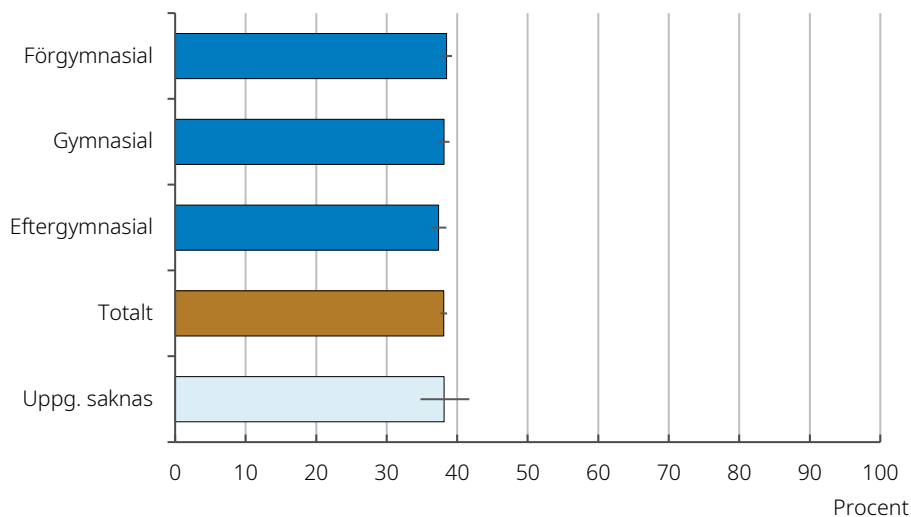
Andel som dör och andel som återinskrivs på sjukhus (oavsett orsak) inom 30 dagar efter sjukhusvård för hjärtsvikt, uppdelat på kön. Ålderstandardiserade värden.



*Siffrorna för 2023 är preliminära då personer som haft ett första vårdtillfälle i december 2023 inte kan följas upp tills data för 2024 blir tillgänglig. Källa: Patientregistret och dödsorsaksregister, Socialstyrelsen

Diagram 6. Död eller återinskriven efter sjukhusvård för hjärtsvikt - utbildning

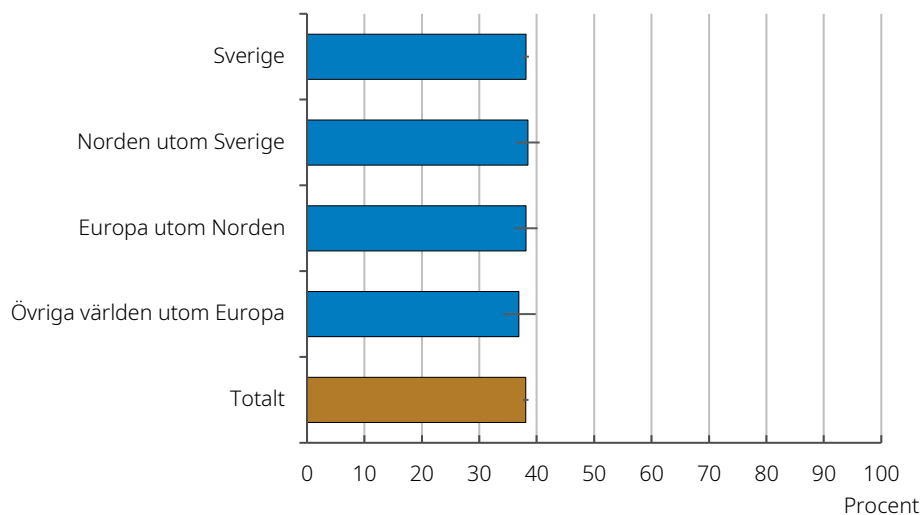
Andel som dör eller återinskrivs på sjukhus (oavsett orsak) inom 30 dagar efter sjukhusvård för hjärtsvikt, 2021-2023. Uppdelat på utbildningsnivå. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregister, Socialstyrelsen

Diagram 7. Död eller återinskriven efter sjukhusvård för hjärtsvikt – födelse land

Andel som dör eller återinskrivs på sjukhus (oavsett orsak) inom 30 dagar efter sjukhusvård för hjärtsvikt, 2021–2023. Uppdelat på födelse land. Ålderstandardiserade värden.

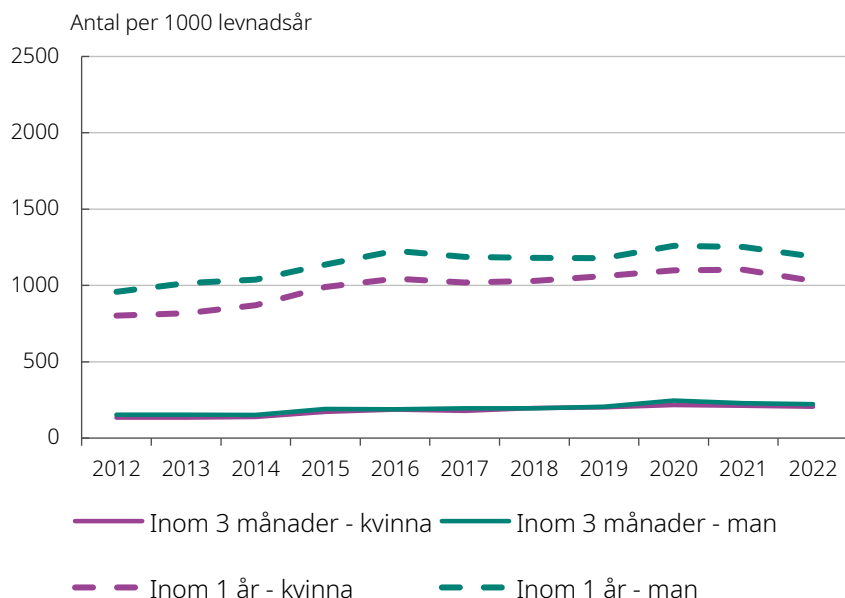


Källa: Patientregistret och dödsorsaksregister, Socialstyrelsen

Ju längre tid som gått från att patienten fått sin första hjärtsviktdiagnos desto högre är antalet sjukhusinläggningar p.g.a. hjärtsvikt. Sjukhusinläggningar inom tre månader och inom ett år från första hjärtsviktdiagnos ökar långsamt och är högre för män än för kvinnor (diagram 8). För personer som fått diagnosen 2022 var skillnaden mellan könen störst i åldrarna 50 – 79 år, då antalet sjukhusinläggningar per patient var betydligt högre hos män än hos kvinnor (tabell 4). Den regionala variationen i antalet sjukhusinläggningar är stor, från 697 till 1627 sjukhusinläggningar per 1 000 levnadsår (diagram 9). Regionvariationen speglar troligen både kvaliteten i vården och möjligen även tillgängligheten i antalet vårdplatser. Resultaten kan också påverkas av praxisskillnader vad gäller diagnosregistrering. Personer med förgymnasial utbildning lades in på sjukhus i mindre utsträckning jämfört med personer med övriga utbildningsnivåer (diagram 10). Antalet sjukhusinläggningar var något högre hos personer födda inom Europa utom Norden, jämfört med övriga grupper (diagram 11).

Diagram 8. Sjukhusinläggningar för hjärtsvikt - kön

Antal sjukhusinläggningar p.g.a. hjärtsvikt inom 3 månader och inom 1 år från första hjärtsviktdiagnos, justerat per 1 000 levnadsår och uppdelat på kön. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregister, Socialstyrelsen

Tabell 4. Sjukhusinläggningar för hjärtsvikt efter kön och ålder

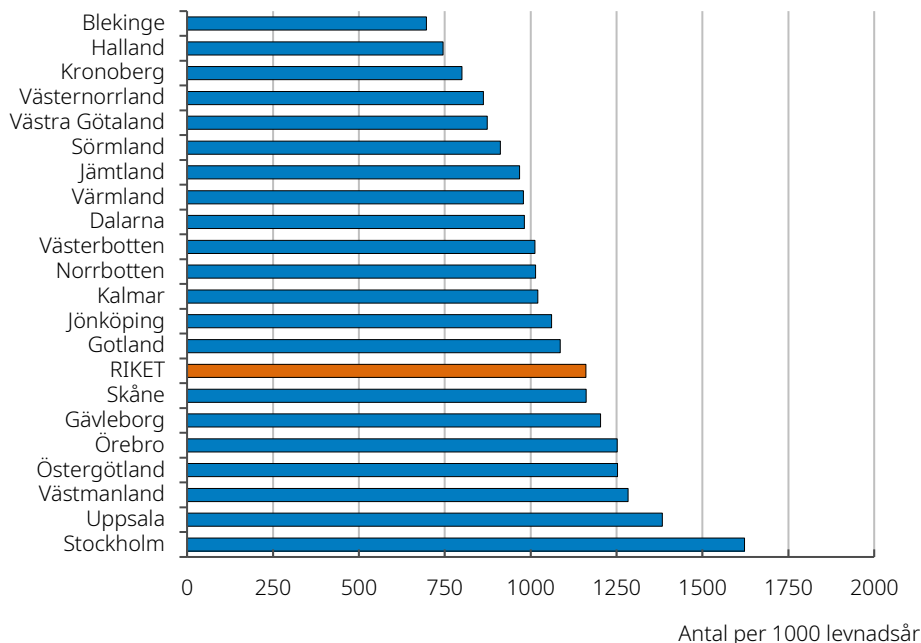
Antal sjukhusinläggningar p.g.a. hjärtsvikt inom 1 år från första hjärtsviktdiagnos, justerat per 1 000 levnadsår och uppdelat på kön och ålder. Gäller personer som fått hjärtsviktdiagnos år 2022.

Kön och ålder		Antal sjukhusinläggningar	Antal med diagnos justerat för levnadsår	Antal sjukhusinläggningar per 1000 levnadsår
Män	18 – 49 år	595	467	1 274
	50 – 79 år	7 317	5 978	1 224
	80+ år	4 836	4 198	1 152
	Alla åldrar	12 748	10 643	1 198
Kvinnor	18 – 49 år	295	223	1 323
	50 – 79 år	3 522	3 316	1 062
	80+ år	4 220	4 304	981
	Alla åldrar	8 037	7 843	1 025

Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Diagram 9. Sjukhusinläggningar för hjärtsvikt - region

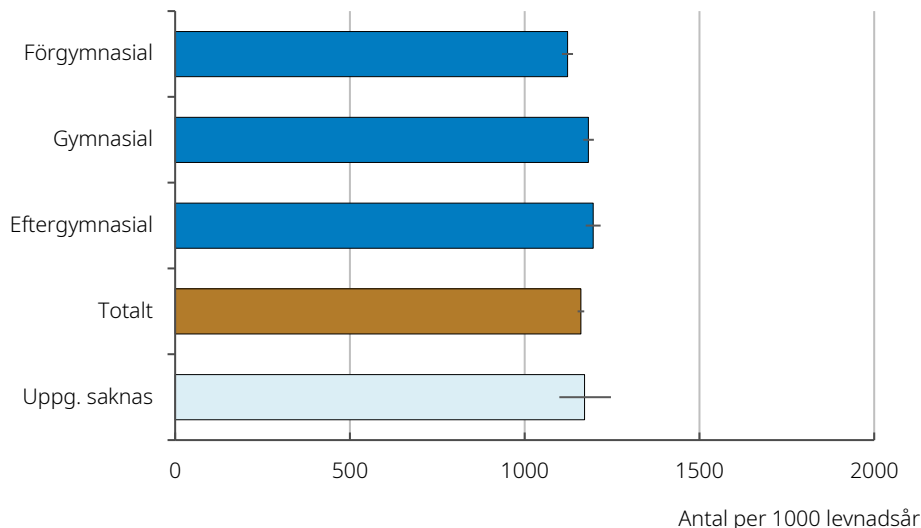
Antal sjukhusinläggningar p.g.a. hjärtsvikt inom 1 år från första hjärtsviktdiagnos, justerat per 1 000 levnadsår och uppdelat på region. Gäller personer som fått hjärtsviktdiagnos år 2020–2022. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregister, Socialstyrelsen

Diagram 10. Sjukhusinläggningar för hjärtsvikt - utbildning

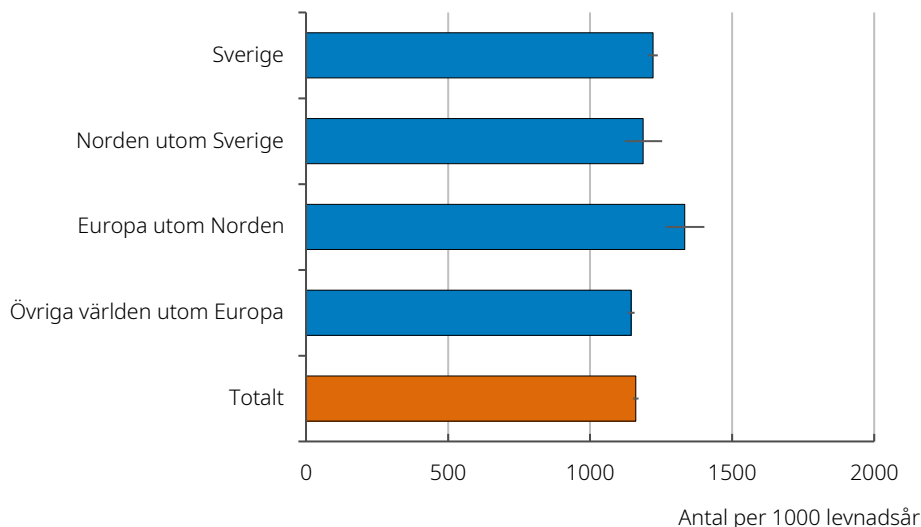
Antal sjukhusinläggningar p.g.a. hjärtsvikt inom 1 år från första hjärtsviktdiagnos, justerat per 1 000 levnadsår och uppdelat på utbildningsnivå. Gäller personer som fått hjärtsviktdiagnos år 2020–2022. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregister, Socialstyrelsen

Diagram 11. Sjukhusinläggningar för hjärtsvikt – födelse land

Antal sjukhusinläggningar p.g.a. hjärtsvikt inom 1 år från första hjärtsviktdiagnos, justerat per 1 000 levnadsår och uppdelat på födelse land. Gäller personer som fått hjärtsviktdiagnos år 2020–2022. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregister, Socialstyrelsen

Analys av resultat

Hjärtsvikt är en allvarlig sjukdom som ofta innebär sjukhusvård. Samtidigt kan sjukhusinläggningar under den första perioden efter ny diagnos samt återinläggningar inom 30 dagar från föregående sjukvårdstillfälle tyda på att patienten inte fått rätt behandling eller tillräckligt snabb poliklinisk uppföljning. Såväl lidande för individen som stora kostnader förknippade med sjukhusvård kan undvikas med en tidigt insatt optimerad behandling och uppföljning. Det kan också bidra till en mer adekvat resursoptimering.

Trots den nedgående trenden i sjukvårdens kapacitet vad gäller vårdplatser [10] är trenden för sjukhusinläggningar för hjärtsvikt relativt stabilt, vilket speglar patientgruppens stora behov av sjukhusvård. Resultaten från enkäten till regionledningar visar också att tillgängligheten till slutenvårdsplatser inom hjärtsviktsvården bedöms vara god (se avsnitt om regionernas insatser).

Oavsett behov av sjukhusinläggning medför hjärtsvikt såväl lidande för den enskilde som en avsevärd resursåtgång, vilket föranleder att hälso- och sjukvården behöver bli bättre på att sätta in evidensbaserade behandlingar i tidigt skede för att förebygga undvikbara sjukhusläggningar och förtida död.

Diagnostik med ekokardiografi

Diagnostisk undersökning med ekokardiografi är en förutsättning för att kunna bedöma orsaken till hjärtsvikt och funktionen av vänsterkammaren, vilket har betydelse för vilken behandling som är aktuell.

Ekokardiografiundersökning av hjärtat vid misstänkt hjärtsvikt utgör en klass 1-rekommendation i europeiska riktlinjer, dock med lägre evidensgrad [3]. Enligt kriterier som beskrivs i det nationella vårdförloppet för nydebuterad hjärtsvikt bör en ekokardiografiundersökning göras inom 14 dagar för patienter med mer allvarliga symtom och högt NTproBNP¹⁰-värde (högprioriterade remisser) och inom 30 dagar för övriga [4].

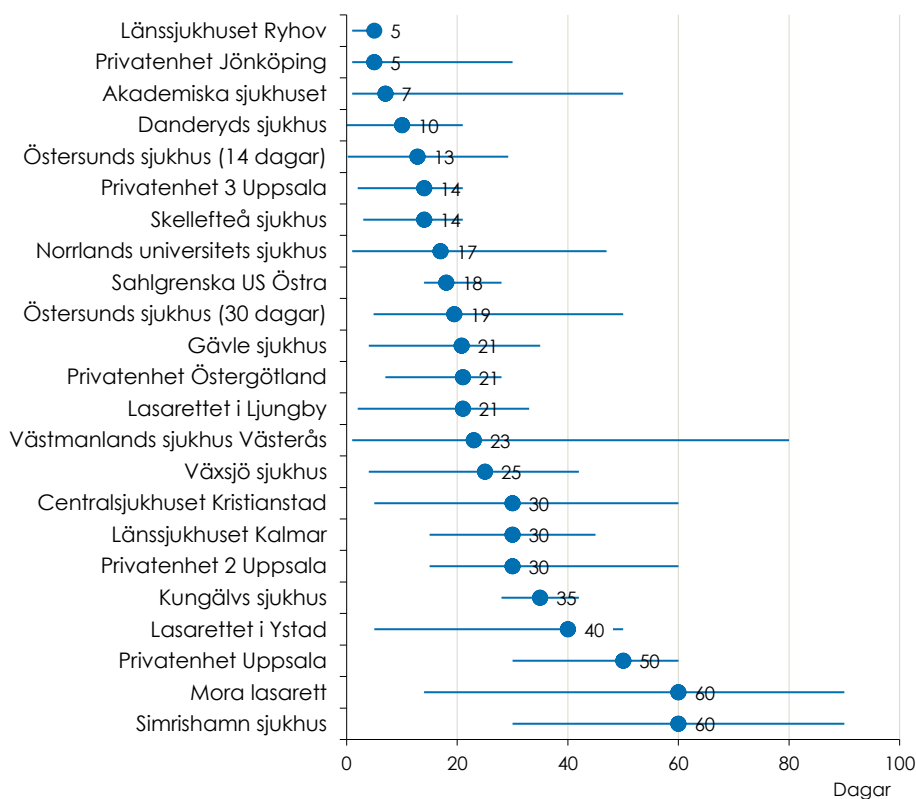
Verksamheter i regionerna som utför ekokardiografiundersökningar har lämnat uppgifter om den genomsnittliga väntetiden till ekokardiografi (medeltid). Av 35 verksamheter (svarsfrekvens 50 procent) kunde 22 verksamheter ta fram statistik på exakta väntetider (diagram 12). Resterande 13 verksamheter har uppskattat svaret. Sett till hela riket varierar den genomsnittliga väntetiden till ekokardiografi från under fem dagar till sex månader. Medeltiden var under eller lika med 30 dagar för 19 av 35 verksamheter, dock var spridningen stor (diagram 12). Verksamheterna uppger att tiderna är kortare för ineliggande patienter och för de som är prioriterade enligt kriterierna i vårdförloppet. Polikliniska patienter får vänta längre, i vissa fall mycket länge (i ett fall upp till två–tre år) än de rekommenderade tidsintervallen. En tredje del bland verksamheterna anger att tillgången till ekokardiografi är begränsad för minoriteten av patienterna och 13 procent har begränsad tillgång för mer än hälften eller majoriteten av patienterna. Från enkätsvaren framkom också att flera regioner inte har implementerat vårdförloppet. Även bland regioner som har implementerat vårdförloppet förekommer långa väntetider för patientgruppen. Av enkätsvaren framkom att de långa väntetiderna bland annat kan bero på brist på personal, att det saknas adekvat remissunderlag och att kunskapen om hjärtsvikt i primärvården behöver förbättras.

Verksamheterna i regioner som implementerat vårdförloppet rapporterar en undanträngningseffekt för andra patientgrupper. Dock är antalet remisser som hanteras i vårdförloppets flöde än så länge förhållandevis få.

¹⁰ N-terminal pro-B-type natriuretic peptide

Diagram 12. Tid till Ekokardiografi

Medeltid från inkommen till besvarad remiss vid välgrundad misstanke av nydebuterad hjärtsvikt, 2023. Enbart verksamheter som kunde ta fram statistik på exakta väntetider redovisas i diagrammet.



Östersundssjukhus rapporterade två medeltider utifrån kriterierna i vårdförloppet dvs. ekokardiografi medicinsknotiverad inom 14 dagar alternativt 30 dagar. Källa: Socialstyrelsens enkät

Regionledningars enkätsvar bekräftar också att tillgång till ekokardiografi är ett av de största förbättringsområdena inom hjärtsviktsvården. De flesta av regionerna har genomfört gap-analyser där tillgång till ekokardiografi visats sig bristfällig (71 procent). Majoriteten (93 procent) rapporterar också brist på resurser inom den specialiserade vården (se avsnitt om regionernas insatser).

Analys av resultat

Resultaten visar en tydlig bild på bristfällig och ojämlig tillgång till ekokardiografi över landet. En av de viktigaste orsakerna till begränsad tillgång och långa väntetider verkar vara resursbrist, framförallt på bemanning och till viss del även tillgång till medicinteknisk utrustning. Kvaliteten på inkommande remisser nämns också, vilket förutsätter en kompetensökning hos remittenten. Samtidigt uppger regionerna att det framkommer brister även vad gäller utbildning.

En nationell sammanställning av vetenskaplig evidens vad gäller ekokardiografi vid hjärtsvikt saknas. Samtidigt utgör ekokardiografi en central komponent i diagnostiken åtminstone för nydebuterad hjärtsvikt, och är avgörande för att kunna påbörja evidensbaserade och effektiva behandlingar så tidigt som möjligt. Vårdgivare som utför ekokardiografiundersökningar behöver kontinuerligt följa upp väntetider och kvalitetssäkra väntelistor. Det är positivt att flera verksamheter har infört en undersökningskod för remiser vid nydebuterad hjärtsvikt, vilket möjliggör en framtida förbättrad uppföljning av väntetider.

Sannolikt är hjärtsvikt inom primärvården oftare diagnostiserad som ospecificerad hjärtsvikt utan ekokardiografi. Trots att patientgruppen som handläggs inom primärvården är äldre, är hög ålder i sig ingen kontraindikation till att få behandling. Det innebär att remittering till ekokardiografi behöver öka, särskilt inom primärvården.

Hjärtsvikt är en dynamisk diagnos. Med det menas att nedsatt vänsterkammarmfunktion påverkas av både behandling och andra sjukdomar som t.ex. infektioner och lungsjukdomar. Det innebär att uppföljande ekokardiografi också är viktig för att bevaka sjukdomsförloppet och inför ställningstagande till andra linjens behandling. Därmed kan behovet för en ökad tillgång till ekokardiografi vara ännu större än vad utvärderingen visar. Framtida kunskapsstöd behöver ta ställning till både diagnostik och uppföljning med ekokardiografi.

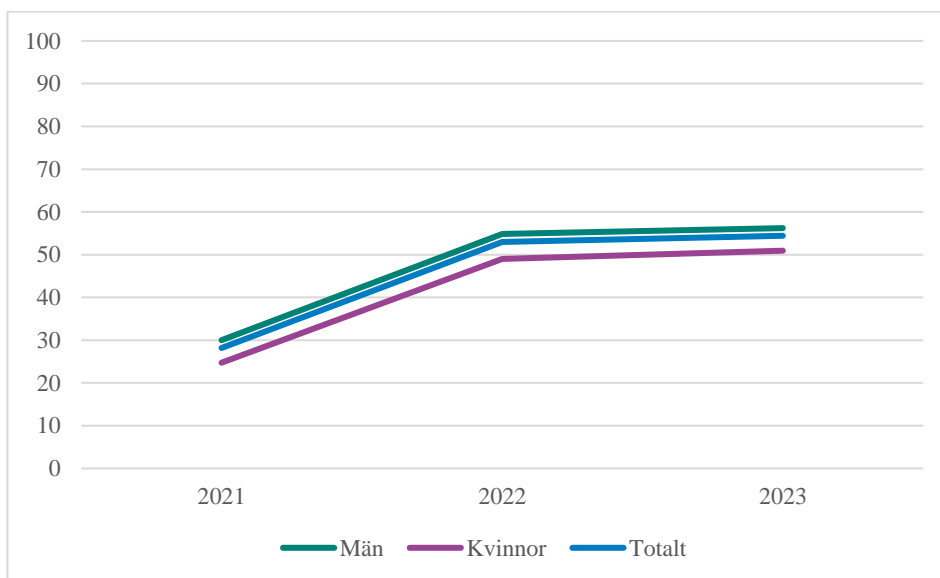
Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt

Behandling med fyra läkemedelsklasser vid nydebuterad HFrEF

Behandling med fyra läkemedelsklasser vid nydebuterad hjärtsvikt med nedsatt vänsterkammarmfunktion (HFrEF) har högsta prioritering i europeiska riktlinjer från 2021 [3]. Indikatorn mäter andelen nydiagnostiserade patienter med HFrEF som inom 120 dagar från diagnos har hämtat ut minst ett recept från varje läkemedelsklass (ACEh/ARNI eller ARB, BB, MRA, SGLT2h¹¹). Tidsperioden på 120 dagar valdes som maxtid för att möjliggöra jämförelser. Det är eftersträvaransvärt att behandling inleds så snart som möjligt. Andelen som 2023 hämtat ut samtliga fyra läkemedel var 54 procent för riket, och varierade i regionerna mellan 32 och 69 procent (diagram 13–14). Andelen var lägre för kvinnor än för män.

Diagram 13. Läkemedelsbehandling vid nydiagnostiserad HFrEF

Andel personer med nydiagnostiserad hjärtsvikt och nedsatt vänsterkammarmfunktion (HFrEF) som inom 120 dagar från diagnos gjort minst ett uttag av samtliga fyra läkemedelsklasser.

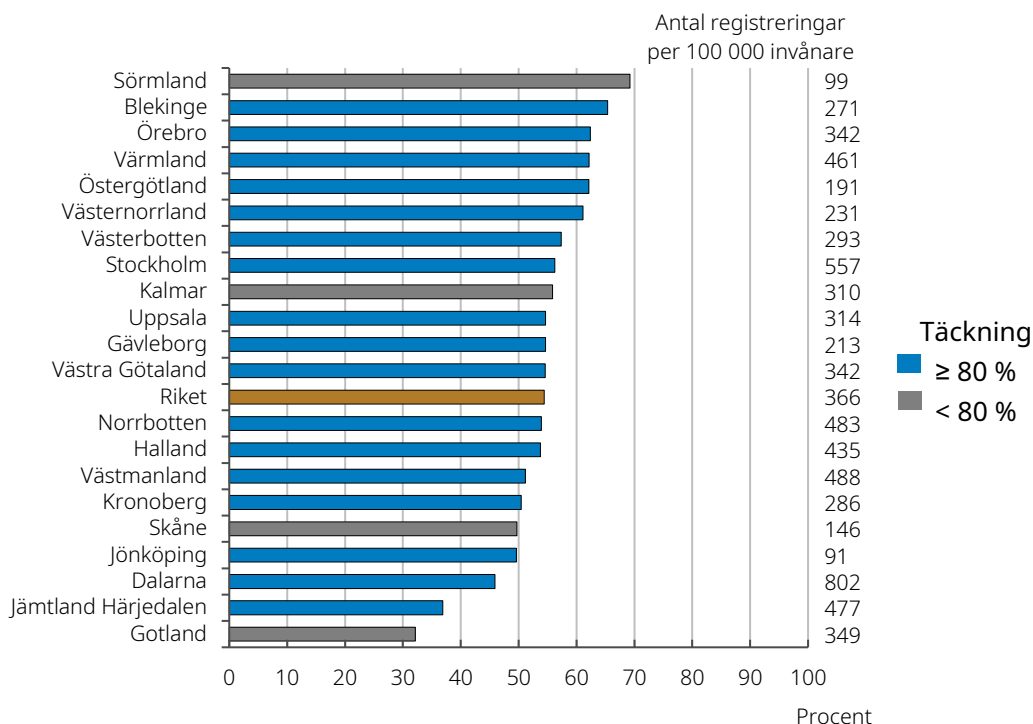


¹¹ ACEh, Angiotensinkonverterande enzymhämmare
ARB, Angiotensinreceptorblockerare
ARNI, Angiotensinreceptorneprilysinhämmare
BB, Beta-receptorblockerare
MRA, Mineralkortikoidreceptorantagonist
SGLT2h, Natriumglukosamtransportör 2-hämmare

Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram 14. Läkemedelsbehandling vid nydiagnostiserad HFrEF

Andel personer med nydiagnostiserad hjärtsvikt och nedsatt vänsterkammerfunktion (HFrEF) som inom 120 dagar från diagnos gjort minst ett uttag av samtliga fyra läkemedelsklasser, 2023. Antalet registreringar för diagnosgruppen I50.1 visas per 100 000 invånare. Gråstapel betyder lägre registreringsgrad för diagnoskoden I50.1A i patientregistret (se diagram 2).



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt kan också ske i primärvården. Det är dock inte möjligt att ta fram data på samma sätt för påbörjad läkemedelsbehandling vid ny diagnos när diagnosen hjärtsvikt med HFrEF fastställts inom primärvården eftersom diagnosdata från primärvården saknas i patientregistret. Indikatorn i PVQ¹² om läkemedelsbehandling vid HFrEF mäter andelen som behandlas med tre av fyra läkemedelsklasser, bland listad befolkning på vårdcentral / hälsocentral som fått sin diagnos under de senaste fem åren. Vid datauttaget (mars 2024) var andelen behandlade med tre läkemedelsklasser 54 procent för riket, och den regionala variationen var mellan 25 och 88 procent. Motsvarande siffra för populationen i patientregistret var 74 procent (regional variation från 67 till 95 procent). Registrering av diagnosen HFrEF inom primärvården varierade också stort mellan regionerna, från 17 till 117 per 100 000 listad befolkning.

¹² PVQ Hjärtsvikt Hj02

Se detaljerade indikatorbeskrivning på:

<https://dev.kvalitetsindikatorcatalog.se/#/measure/d22190f4-8fca-497e-b8a9-281fbfb14d05>

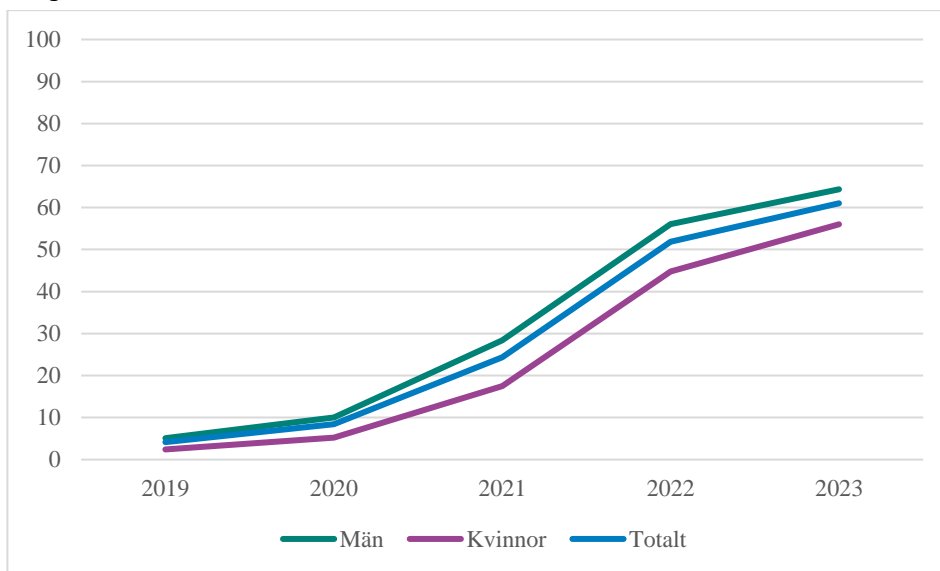
Behandling med SGLT2-hämmare vid vänstersidig hjärtsvikt

Läkemedelsbehandling med SGLT2-hämmare vid vänstersidig hjärtsvikt minskar dödlighet och återinläggningar. SGLT2-hämmare introducerades först som andra linjens behandling för HFrEF, dvs. användes när basbehandling med andra läkemedelsklasser inte haft tillräcklig effekt. Enligt den nya algoritmen i europeiska riktlinjer från 2021 rekommenderas att SGLT2-hämmare inkluderas i första linjens behandling tillsammans med ACEh/ARNI eller ARB, BB och MRA [3]. Nyare evidens har också visat på en bra effekt av SGLT2-hämmare även för andra typer av vänstersidig hjärtsvikt.

Indikatorn visar andelen bland personer med vänstersidig hjärtsvikt som inom 120 dagar från diagnos gjort ett uttag av SGLT2-hämmare. Andelen har ökat kraftigt sedan 2021 och rikets genomsnitt ligger på lite drygt 60 procent (diagram 15). I subgruppen med HFrEF är andelen nydiagnostiserade som får SGLT2-hämmare 75 procent (diagram 16). Andelen kvinnor som får SGLT2-hämmare inom 120 dagar från diagnos är lägre än män. Den regionala variationen är stor, mellan 49 och 81 procent (diagram 17).

Diagram 15. Behandling med SGLT2-hämmare vid vänstersidig hjärtsvikt

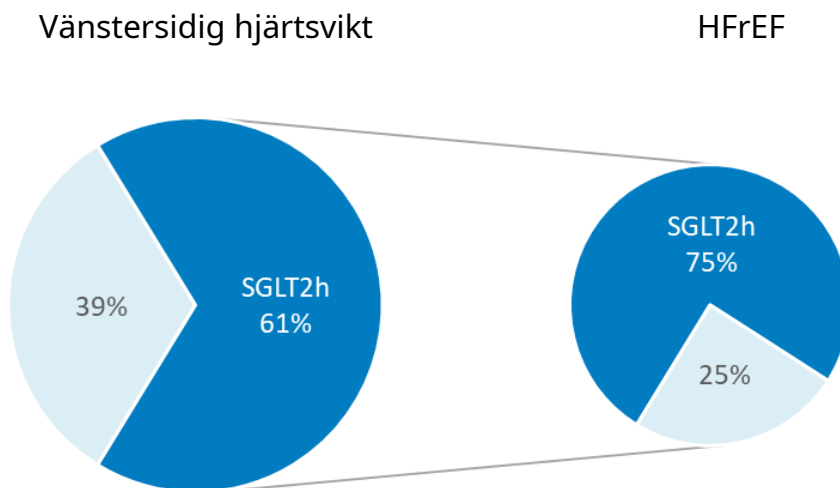
Andel personer med vänstersidig hjärtsvikt som inom 120 dagar från diagnos gjort minst ett uttag av SGLT2-hämmare.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram 16. Behandling med SGLT2-hämmare vid vänstersidig hjärtsvikt

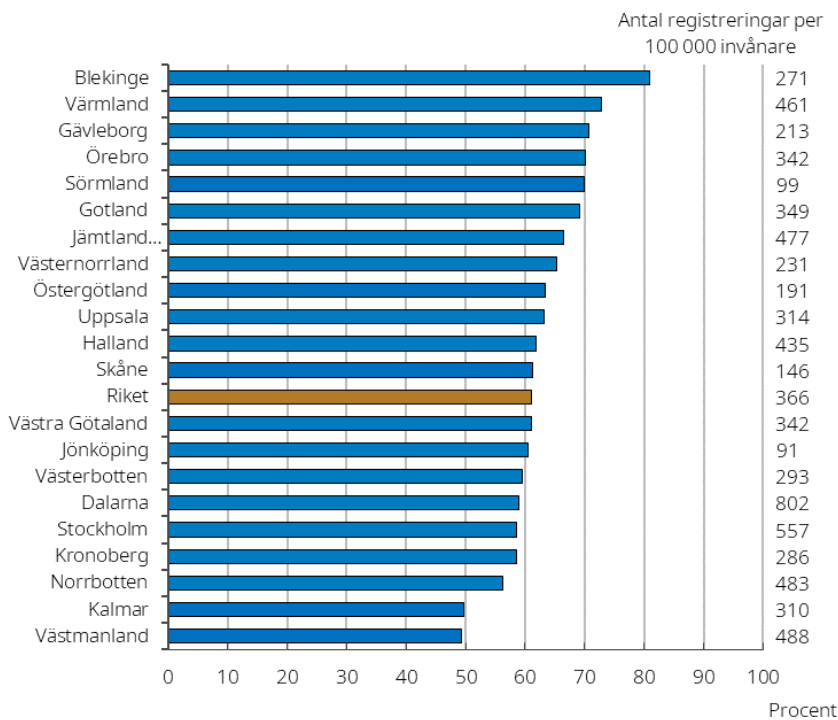
Andel personer med vänstersidig hjärtsvikt som inom 120 dagar från diagnos gjort minst ett uttag av SGLT2-hämmare, 2023. Subgruppen HFref särredovisas.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram 17. Behandling med SGLT2-hämmare vid vänstersidig hjärtsvikt

Andel personer med vänstersidig hjärtsvikt som inom 120 dagar från diagnos gjort minst ett uttag av SGLT2-hämmare, 2023. Antalet registreringar för diagnosgruppen I50.1 visas per 100 000 invånare.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

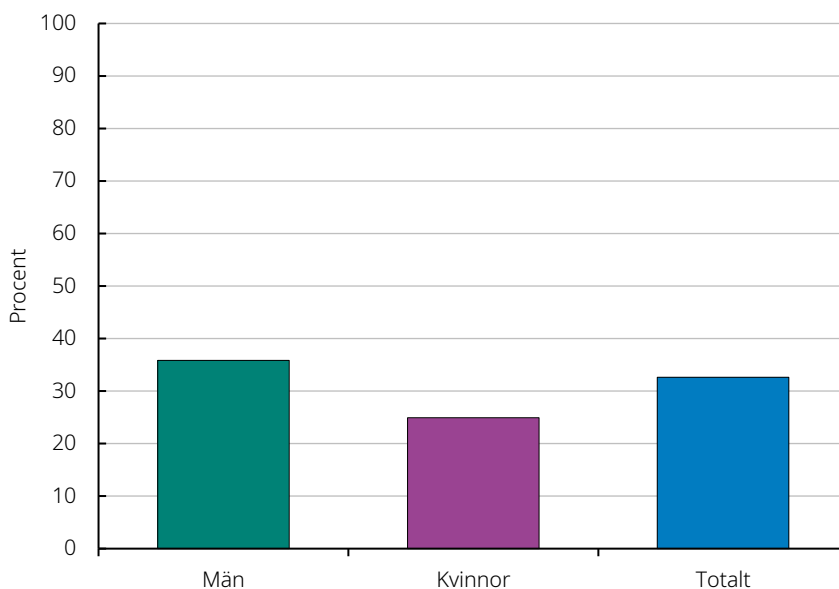
Behandling med ARNI vid HFrEF

Läkemedelsbehandling med ARNI vid HFrEF förbättrar symtomen samt minskar dödlighet och återinläggningar p.g.a. försämrad hjärtsvikt. I tidigare riktlinjer tillhörde ARNI andra linjens behandling, dvs. användes när basbehandling med andra läkemedelsklasser inte haft tillräcklig effekt. Nyare evidens visar att det kan vara fördelaktigt att använda ARNI tidigt i behandlingen. Indikatorn mäter användningen av ARNI som behandling vid HFrEF utan att ta hänsyn till om den används som första eller andra linjens behandling.

År 2023 var andelen personer med HFrEF som behandlas med ARNI drygt 30 procent i riket. Andelen var högre för män än för kvinnor (diagram 18). Eftersom både rekommendationen om ARNI i europeiska riktlinjer och diagnoskoden för HFrEF gäller sedan 2021 är det inte möjligt i dagsläget att se om användningen av ARNI har ökat i aktuell population. Det går inte heller att dra slutsatser om absolutnivån dvs. hur många som bör behandlas med ARNI, eftersom det finns patienter som sedan tidigare behandlats med ACEh/ARB och som får nytta av det. Samtidigt tyder den stora regionala variationen, som ligger på mellan 11 och 49 procent, att vårdpraxis för att använda ARNI som första val istället för ACEh/ARB varierar stort i riket (diagram 19).

Diagram 18. Behandling med ARNI vid HFrEF

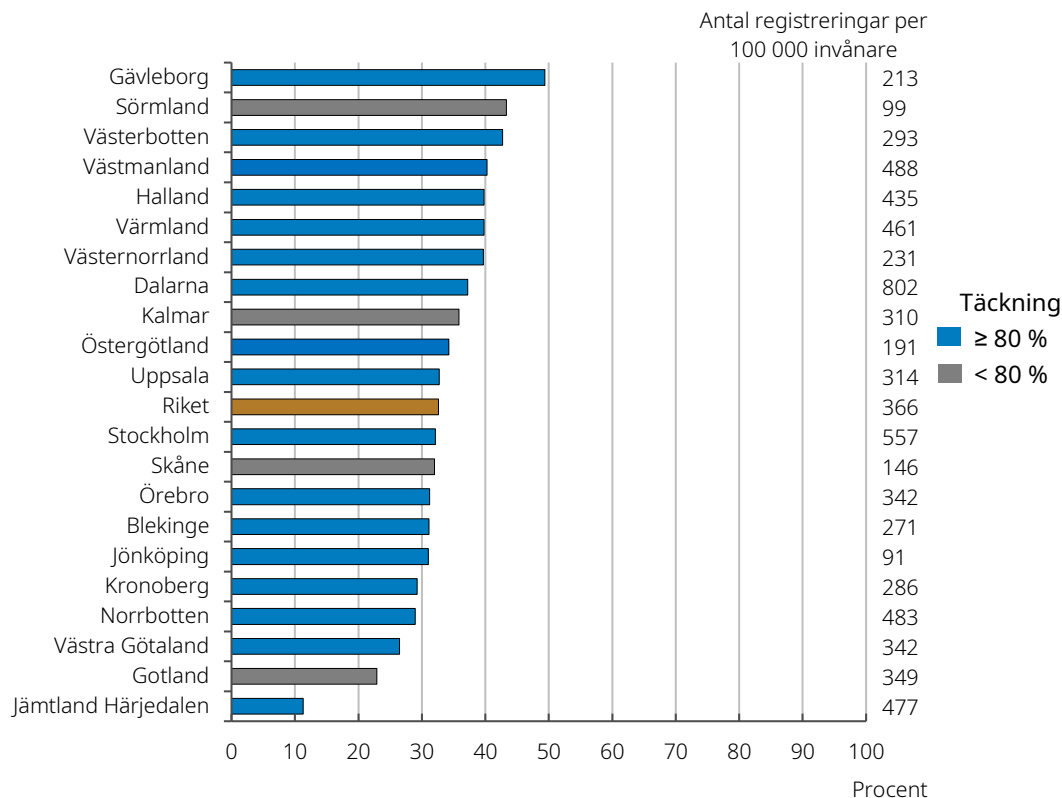
Andel personer med hjärtsvikt och nedsatt vänsterkammarmfunktion (HFrEF) som gjort minst två uttag av ARNI under 2023.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram 19. Behandling med ARNI vid HFrEF

Andel personer med hjärtsvikt och nedsatt vänsterkammarmfunktion (HFrEF) som gjort minst två uttag av ARNI under 2023. Antalet registreringar för diagnosgruppen I50.1 visas per 100 000 invånare. Gråstapel betyder lägre registreringsgrad för diagnoskoderna I50.1A i patientregistret (se diagram 2).



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Analys av resultat

Nya läkemedel för hjärtsvikt såsom SGLT2-hämmare och till viss del ARNI, används i större utsträckning efter att europeiska riktlinjernas rekommendationer publicerades 2021. Likaså har registreringen av de nya diagnoskoderna som specificerar typ av hjärtsvikt ökat i snabb takt. Trots osäkerheten i tillgängliga data är det tydligt att användningen av fyra läkemedelsklasser som första behandling vid nydebuterad HFrEF fortfarande ligger på mycket lägre nivå än önskvärt. Variationer i praxis kan bero på brister i implementering men också på att det nationella vårdförloppet för nydebuterad hjärtsvikt som publicerades 2021 inte utgick från det senaste vetenskapliga underlaget som ligger till grund för ESC-riktlinjerna (publicerades senare samma år). Detta betonar behovet av en nationell sammanställning av bästa tillgängliga kunskap innan framtagandet av nationella kunskapsstöd. Annars finns det risk för fördröjning i vårdens utveckling utifrån ny kunskap, vilket resulterar i en mindre kunskapsbaserad och en mer ojämlig vård. I den senaste versionen av vårdförloppet för

hjärtsvikt från 2024 ingår behandling med fyra läkemedelsklasser vid HFrEF [4].

Data tyder också på att ARNI inte används i önskvärd utsträckning. En anledning kan vara att tidigare riktlinjer rekommenderade ACEh/ARB som första linjens behandling och att flera fortsätter förskriva ACEh/ARB i första hand istället för ARNI. Dock behövs en mer fördjupad analys för att dra en mer säker slutsats. Diagnostik och uppföljning med ekokardiografi är en förutsättning för att ta ställning till vilken behandling som är aktuell, vilket också kan vara en anledning till varför ARNI inte används i högre utsträckning.

De nya läkemedelsbehandlingarna har ett högre pris och således kan ekonomiska incitament påverka dess användning. Exempelvis kostar basbehandlingen (fyra läkemedelsklasser) ca 3,5 gånger mer med ARNI än med ACEh/ARB¹³. En dyrare läkemedelsbehandling kan vara motiverad när den har påvisats ha bättre effekt dvs. när den är kostnadseffektiv. Kostnadseffektivitetsanalyser för läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt är publicerade i den vetenskapliga litteraturen. Det saknas dock en nationell sammanställning av dessa analyser, exempelvis som en del i nationella riktlinjer, som tydliggör och motiverar dess användning i högre utsträckning.

Vården behöver också arbeta för att minska könsskillnaderna vad gäller till synes dyrare men kostnadseffektiva behandlingsalternativ. Återkommande i analysen är att kvinnor har sämre tillgång till nyare läkemedel. Att kvinnor insjuknar i högre ålder kan delvis förklara skillnaderna, men ålder i sig är ingen kontraindikation för behandling med läkemedel.

¹³ Beräknat på AUP inom läkemedelsförmånen i oktober 2024.

Fysisk träning inom hjärtrehabilitering

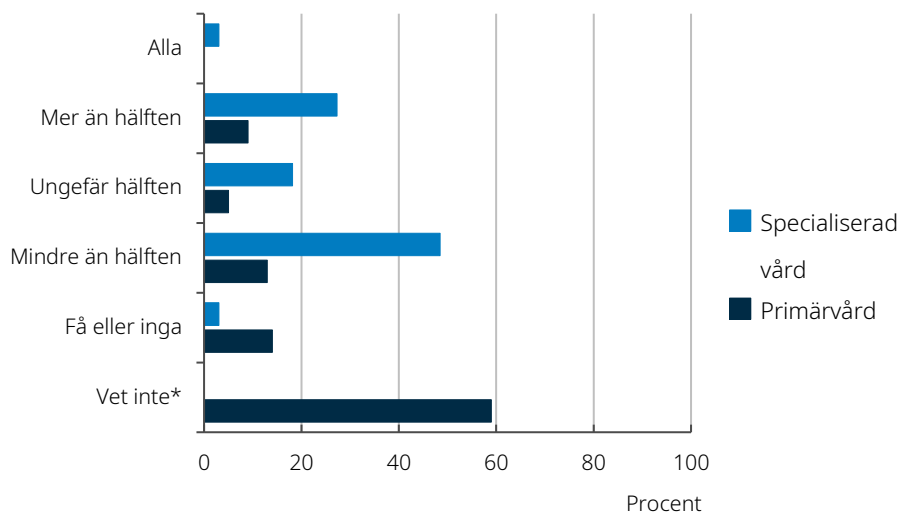
Fysisk träning inom hjärtrehabilitering är en evidensbaserad behandling som minskar återinläggning på sjukhus, förbättrar fysisk kapacitet och livskvalitet hos personer med hjärtsvikt [3]. Enligt nationella riktlinjer bör den fysiska träningen (konditions- och styrketräning) vara regelbunden, individanpassad och utformad av fysioterapeut med erfarenhet och kompetens inom hjärtrehabilitering [2]. I det nationella vårdförloppet för nydebuterad hjärtsvikt ingår att fysioterapeut med kompetens inom hjärtrehabilitering inom 90 dagar från diagnos gör en individuell bedömning för förskrivning av individuellt anpassat träningsprogram [4].

Samtliga specialiserade hjärtsviktsmottagningar anger att de har tillgång till fysioterapeut med erfarenhet och kompetens inom hjärtrehabilitering (svarsfrekvens 48 procent). Mindre än en tredjedel anger dock att alla eller mer än hälften av hjärtsviktpatienterna får en individuell bedömning av fysioterapeut inom 90 dagar från diagnos (diagram 20). Andelen personer med hjärtsvikt som påbörjar fysisk träning inom hjärtrehabilitering inom det första året från diagnos är liten. Flera verksamheter kommenterar att tillgång till hjärtrehabilitering för hjärtsviktpatienter har blivit bättre men fortfarande är begränsad. Fysioterapieresurserna inom den specialiserade vården är till största delen avsatta för patienter med kranskärslsjukdom. Vissa kommenterar också att en del patienter tackar nej på grund av orkeslöshet eller lång resväg till fysioterapeut.

År 2023 påbörjade 19 procent fysisk träning inom hjärtrehabilitering inom tre månader från hjärtsviktdiagnos enligt RiksSvikt. Den regionala variationen är väldigt stor, mellan sex och 70 procent. Lågt antal patienter och låg täckningsgrad i registret försvårar dock jämförelser mellan regioner. Indikatorn tar inte heller hänsyn till patienter som är aktiva och tränar själva utan att ha behov av vårdens insatser.

Diagram 20. Bedömning av fysioterapeut inom 90 dagar från diagnos

Andel specialiserade hjärtsviktsmottagningar på sjukhus och andel vårdcentraler/hälsocentraler som svarat på frågan om hur många patienter med ny hjärtsviktdiagnos har fått en individuell bedömning av fysioterapeut inom 90 dagar från diagnos. Gäller egna patienter under perioden 2022–2023.



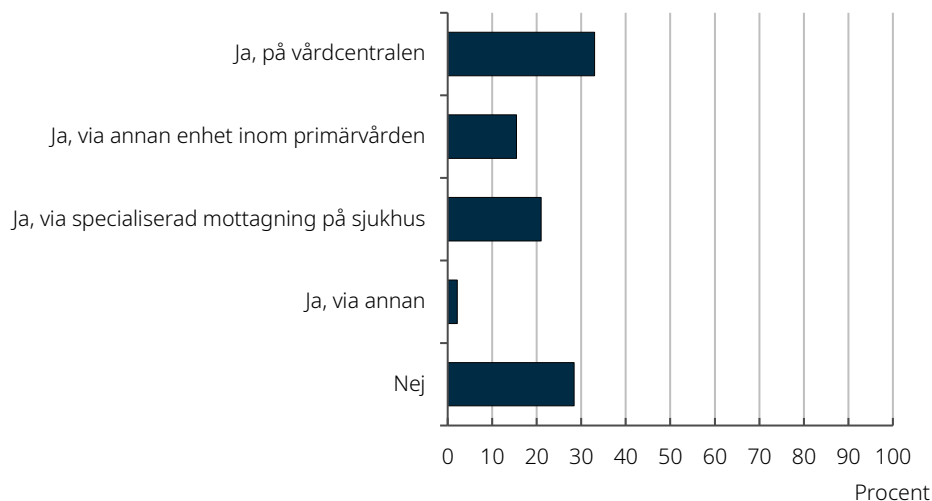
*Vet inte inkluderades inte som svarsalternativ i enkäten till specialiserade hjärtsviktsmottagningar eftersom mottagare för enkäten var kontaktpersonen för mottagningen (specialistläkare eller sjuksköterska). För vårdcentraler/hälsocentraler var mottagaren vårdcentralchef eller funktionsbrevlåda. Källa: Socialstyrelsens enkät

Fysisk träning för hjärtsviktpatienter kan också ske inom primärvården. Nästan hälften av vårdcentralerna/hälsocentralerna anger att de har tillgång till fysioterapeut, antingen på vårdcentral eller via rehabiliteringsenhet inom primärvården (svarsfrekvens 44 procent; diagram 21). Knappt 15 procent svarade dock att en bedömning av fysioterapeut görs inom 90 dagar från diagnos för ungefär hälften eller mer än hälften av patienterna (diagram 20). Enkätfrågan gällde egna patienter och inte de som fått diagnosen inom specialiserad vård. Det är således oklart hur många hjärtsviktpatienter som tränar inom primärvården. Med undantag för Västra Götalandsregionen var det inte möjligt att få fram tillförlitliga data från regionerna vad gäller fysisk träning inom hjärtrehabilitering i primärvårdens regi. Det är också oklart hur stor andel patienter av dem som fått sin hjärtsviktdiagnos inom primärvården som remitteras till specialiserad mottagning för hjärtrehabilitering.

Från enkäten till regionledningar framkom att förbättringsbehov vad gäller tillgängligheten till hjärtrehabilitering identifierats hos 86 procent av respondenterna (avser regioner som genomfört gap-analyser; se avsnitt om regionernas insatser).

Diagram 21. Tillgång till fysioterapeut med erfarenhet och kompetens inom hjärtrehabilitering – primärvård

Andel vårdcentraler/hälsocentraler som svarat på frågan om de har tillgång till fysioterapeut med erfarenhet och kompetens inom hjärtrehabilitering, 2023.



Källa: Socialstyrelsens enkät

Analys av resultat

Trots att vetenskaplig evidens betonar vikten av fysisk träning är det tydligt att tillgången till denna behandling är begränsad för hjärtsviktpatienter. De begränsade resurser som finns används i första hand för patienter med ischemisk hjärtsjukdom. Samtidigt är det svårt att avgöra hur stor andel av hjärtsviktpatienterna som tränar eller behöver träna inom vården eftersom tillgången till data om fysisk träning är begränsad. Det kan t.ex. finnas patienter som kan träna på egen hand efter en fysioterapeut gjort en bedömning och tagit fram ett individanpassat träningsprogram.

Resurser behöver avsättas så att alla nydiagnostiserade med hjärtsvikt får en bedömning av fysioterapeut med kompetens inom hjärtrehabilitering inom 90 dagar från diagnos. Primärvården behöver också öka tillgången till denna behandling, antingen i primärvårdens regi eller via remiss till specialiserad enhet. Det är också av stor vikt att rätt läkemedelsbehandling sätts in tidigt för att ge förutsättningar för patienten att orka med träningen.

ICD- och CRT-behandling vid avancerad hjärtsvikt är fortfarande underutnyttjad

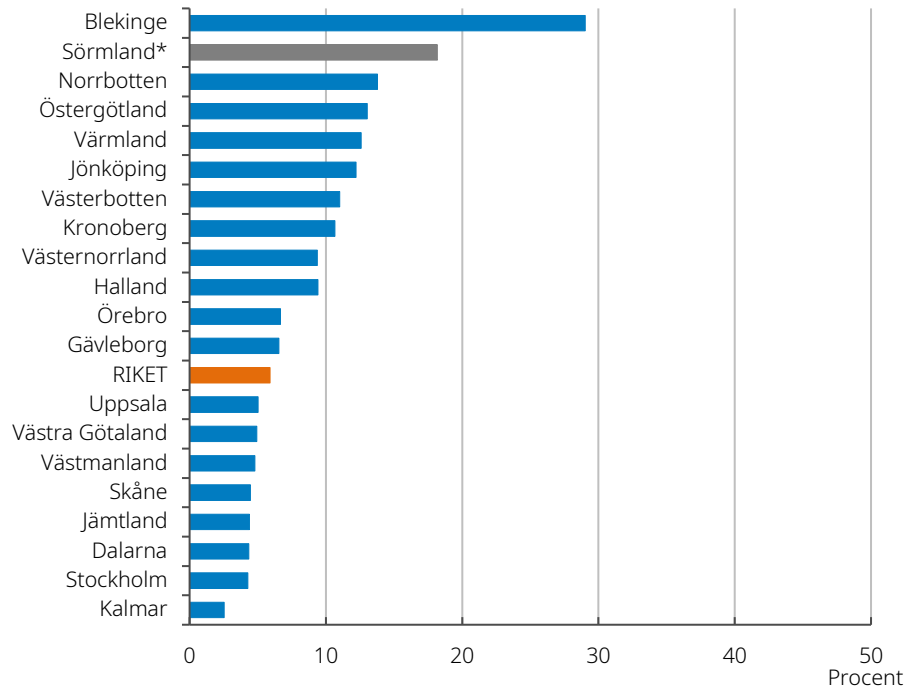
Vid avancerad hjärtsvikt med $EF \leq 35$ procent och när optimerad läkemedelsbehandling visats ha otillräcklig effekt kan behandling med ICD och/eller CRT bli aktuell. För CRT behöver patienten dessutom diagnostiseras med komplett vänstergrenblock på EKG. Vi har använt första förekomst av diagnoskoden för HFrEF ($EF \leq 40$ procent) i patientregistret för att ringa in patientpopulationen aktuell för ICD-implantation, liksom HFrEF med komplett vänstergrenblock för implantation av CRT, eftersom EF sällan registreras någon annanstans än i patientjournalen. Resultaten visar att i dagsläget är det inte möjligt att ta fram populationen som är aktuell för dessa ingrepp och presentera data för ICD- eller CRT-behandling enligt indikatorbeskrivningen p.g.a. att

- diagnoskoden för HFrEF samt nya rekommendationer om läkemedelsbehandling enbart har funnits sedan 2021
- tillgången till läkemedelsbehandling med fyra läkemedelsklasser är bristfällig och varierar stort över landet
- komplett vänstergrenblock underrapporteras i Socialstyrelsens patientregister
- HFrEF är en dynamisk diagnos, vilket innebär att enbart de patienter som efter optimerad läkemedelsbehandling inte förbättras (eller försämras) kan vara aktuella för att få andra linjens behandling.

Av dessa anledningar är det väldigt få patienter som uppfyller kriterierna för att inkluderas i analysen. För att kunna visa eventuella skillnader mellan regionerna har vi mätt förekomsten av CRT och ICD hos individer som inom ett och samma år haft minst två vårdtillfällen i slutenvård eller besök i öppenspecialiserad vård med HFrEF som huvuddiagnos. Resultaten visar att andelen med inopererad CRT eller ICD varierar stort i regionerna (diagram 22, 23). Den absoluta andelen som får ingreppen kan dock vara missvisande eftersom resultaten inte kan presenteras i aktuell population. Samtidigt tyder tidigare registerstudier på att behandlingarna underutnyttjas i Sverige. Mellan 20 och 30 procent av patienterna med HFrEF uppskattades ha indikation för CRT enligt rekommendationer i europeiska riktlinjer, men enbart en tredjedel av dessa hade inopererad CRT [11, 12].

Diagram 22. CRT-behandling vid HFrEF

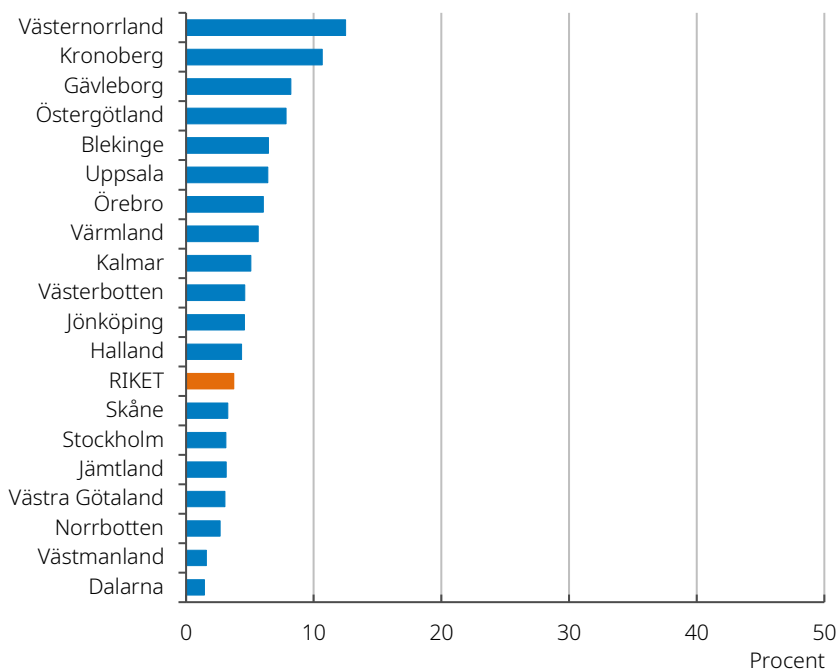
Andel CRT-implantationer bland personer med hjärtsvikt som inom ett och samma år har haft minst två vårdtillfällen i slutenvård eller besök i öppenspecialiserad vård med HFrEF som huvuddiagnos. Gäller perioden 2021–2023.



*Mindre än 30 fall i nämnaren. Region Gotland redovisas inte p.g.a. små tal. Källa: ICD och pacemakerregistret och patientregistret, Socialstyrelsen

Diagram 23. ICD-behandling vid HFrEF

Andel ICD-implantationer bland personer med hjärtsvikt som inom ett och samma år har haft minst två vårdtillfällen i slutenvård eller besök i öppenspecialiserad vård med HFrEF som huvuddiagnos. Gäller perioden 2021–2023.



Region Gotland och Region Sörmland redovisas inte p.g.a. små tal. Källa: ICD och pacemakerregistret och patientregistret, Socialstyrelsen

Analys av resultat

Registreringen av relevanta diagnoskoder behöver förbättras för att kunna mäta CRT- och ICD-ingrepp i aktuell patientpopulation. Att ringa in aktuell population försvåras av att HFrEF är en funktionell diagnos och att vänsterkammarmfunktionen kan förbättras eller försämrats under sjukdomsförloppet på grund av bl.a. läkemedelsbehandling och yttre faktorer. Det innebär att det kan behövas vidare utveckling av befintliga nationella kvalitetsregister för att i framtiden kunna mer exakt mäta andelen bland hjärtsviktspatienter med HFrEF som borde få implantation av CRT eller ICD.

Att kunna bedöma utfallet av behandlingarna är särskilt viktigt i avancerad hjärtsvikt. Uppföljande ekokardiografi efter ny diagnos är viktigt för att identifiera de patienter med fortsatt låg EF trots optimerad läkemedelsbehandling, som kan vara aktuella för implantation av t.ex. sviktpacemaker eller hjärttransplantation. Den stora regionala variationen i implantation av CRT och ICD tyder på att andra linjens behandlingar underutnyttjas i många regioner, vilket delvis kan förklaras av bristande tillgång till ekokardiografi.

Uppföljning vid hjärtsvikt

Vården av personer med hjärtsvikt är idag organiserad på olika sätt i Sverige. I vissa regioner sker remittering från primärvård till hjärtsviktsmottagningar inom den specialiserade vården för utredning och start av behandling. Därefter kan patienten följas upp inom den specialiserade vården eller återremitteras till primärvården för långtidsuppföljning. I andra regioner sköts större delen inom primärvården. Inom primärvården kan det i vissa regioner även finnas särskilda hjärtsviktsmottagningar. Hjärtsjukvårdens organisation kan spela en stor roll. En högkvalitativ uppföljning vid hjärtsvikt kan ske inom den specialiserade vården eller primärvården under förutsättning att nödvändig kompetens finns tillgänglig.

I Socialstyrelsens uppföljning av omställningen till en mer nära vård lyfte flera regioner hjärtsvikt som ett av pilotområden där satsningar inom primärvården, bl.a. distansmonitorering, skulle kunna bidra till omställningen [13]. Socialstyrelsen har i utvärderingen samlat in data om vårdens organisation dvs. var i regionerna hjärtsviktsmottagningar finns, hur vårdkedjan ser ut för uppföljning av personer med hjärtsvikt, användning av distansmonitorering mm. Förutom strukturmått har myndigheten frågat om regionernas, primärvårdens och den specialiserade vårdens insatser för uppföljning av personer med hjärtsvikt, inklusive samverkan mellan specialiserad vård och primärvård för att säkerställa kompetensen och en sammanhållen vårdkedja.

Tillgång till hjärtsviktsmottagning

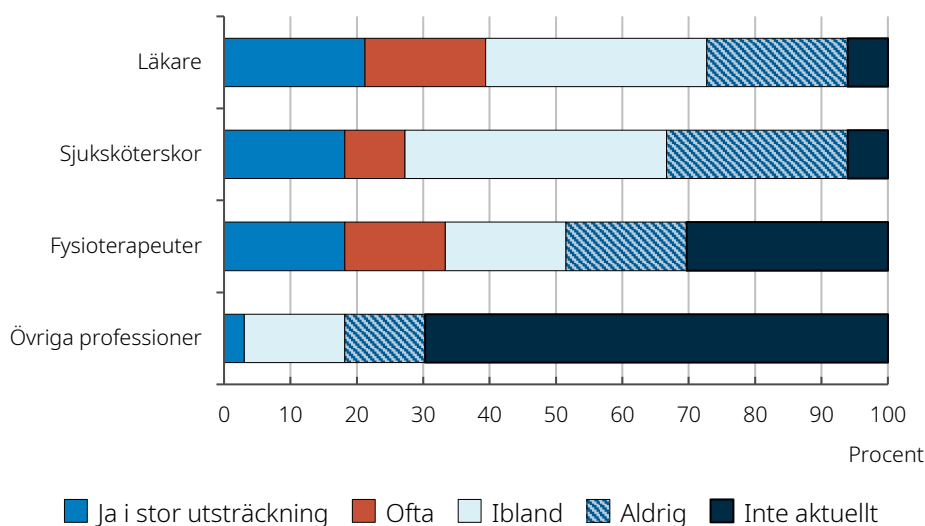
Av enkätundersökningen till regionerna framkom att hjärtsviktsmottagningar finns inom den specialiserade vården i 17 av 17 regioner. I åtta regioner finns hjärtsviktsmottagningar på en del av vårdcentralerna. Tre regioner har upprättat eller planerar att upprätta särskilda eller certifierade hjärtsviktsmottagningar i nära vård/primärvård. Enligt regionerna behöver tillgången till hjärtsviktsmottagning förbättras: 71 procent har svarat att brister i tillgängligheten har identifierats i regionens genomförda gap-analys.

Samtliga sjukhus (svarsfrekvens 48 procent) anger att de har en hjärtsviktsmottagning där minst två personalkategorier, läkare och sjuksköterska, ingår. Nio av tio har fysioterapeut och nästan två av tre har även kurator, dietist mm. och 70 procent har på mottagningen kontaktsjuksköterska eller motsvarande funktion som koordinerar vården för patienter med hjärtsvikt, vilket även omfattar ett snabbt och säkert flöde mellan specialiserad vård och primärvård. Åtta av tio erbjuder konsultation av specialister inom kardiologi till primärvården vid handläggning av patienter med kronisk hjärtsvikt. Nästan 40 procent av verksamheterna

uppger dock att vakanser som påverkar både produktionen och kvaliteten negativt förekommer i stor utsträckning eller ofta (diagram 24).

Diagram 24. Specialiserade hjärtsviktsmottagningar har ofta vakanser i nyckelprofessioner för behandling av hjärtsvikt

Andel verksamheter som svarat på frågan om de haft vakanser de senaste fem åren gällande någon av följande professioner. Frågan avser vakanser med duration som har påverkat produktionen och vårdkvaliteten negativt.



Källa: Socialstyrelsens enkät

Nästan en fjärdedel av vårdcentraler/hälsocentralerna anger att deras patienter har tillgång till hjärtsviktsmottagning på vårdcentral (44 procent svarsfrekvens). Bland dessa finns både mottagningar med läkare, sjuksköterska och fysioterapeut men också mottagningar, ofta sjuksköterskebaserade, som har etablerad samarbete med specialiserad klinik. Det finns också hypertoniomottagningar som även tar hand om patienter med hjärtsvikt. Nästan hälften av verksamheterna med tillgång till hjärtsviktsmottagning på vårdcentral anger också att de samverkar med en sjukhusanknuten hjärtsviktsmottagning.

Drygt en tredjedel av vårdcentraler/hälsocentraler har en specifik hjärtsviktsjuksköterska eller motsvarande funktion som koordinerar vården för hjärtsviktpatienter. Alternativt är det äldre vårdssjuksköterskor, sjuksköterskor på hypertoniomottagningar eller läkare som agerar som koordinator för patientgruppen. Många kommenterar att de är på gång att starta en hjärtsviktsmottagning och utbilda personal, men det finns också de som anger att de har resursbrist eller inte längre har nödvändig kompetens. Nästan alla (97 procent) av respondenterna anger att de har möjlighet till konsultation med specialister inom kardiologi.

Tabell 5 visar hur regionerna och primärvården svarat om vårdens organisation vad gäller hjärtsviktsmottagningar. Diskrepansen mellan

regionernas och verksamheternas svar kan bero dels på att det finns en otydlighet vad gäller definitionen av hjärtsviktsmottagning och dels på att pågående satsningar och förändringar i regionerna inte är kända inom primärvården.

Tabell 5. Vårdens organisation - hjärtsviktsmottagningar inom primärvården

Regionledningar svarat på frågan om var inom regionen finns hjärtsviktsmottagningar. Vårdcentraler/hälsocentraler har också svarat på frågan om deras patienter har tillgång till hjärtsviktsmottagning - via sjukhusanknuten hjärtsviktsmottagning, särskild mottagning i nära vård eller på vårdcentral. Tabellen visar andelen vårdcentraler/hälsocentraler (VC) som svarat att egna patienter har tillgång till hjärtsviktsmottagning i relation till hur regionen svarat att vården är organiserad.

Regionsvar om vårdens organisation	Region	Hjärtsviktsmottagning finns på VC - Ja	Svarsfrekvens VC
Hjärtsviktsmottagning enbart inom specialiserad vård ¹	Gävleborg	0 av 22	52 %
	Jämtland	0 av 8	30 %
	Härjedalen		
	Kronoberg	1 av 17	53 %
	Västerbotten	2 av 7	18 %
	Västmanland	3 av 11	38 %
Särskild/certifierade hjärtsviktsmottagning inom nära vård/primärvård ²	Västernorrland	3 av 11	34 %
	Gotland	2 av 2	33 %
	Skåne	2 av 27	54 %
Hjärtsviktsmottagning finns på vårdcentral ²	Sörmland	14 av 14	44 %
	Halland	0 av 19	40 %
	Norrbottnen	2 av 10	36 %
Hjärtsviktsmottagning på en del vårdcentraler /hälsocentraler	Örebro	2 av 11	39 %
	Blekinge	1 av 9	45 %
	Jönköping	10 av 26	60 %
	Kalmar	5 av 14	37 %
	Stockholm ³	5 av 32	64 %
Ej svarat	Uppsala	11 av 23	53 %
	Dalarna	1 av 7	24 %
	Västra Götaland	6 av 25	50 %
	Värmland	6 av 15	50 %
	Östergötland	2 av 14	30 %

¹ Alla regioner har hjärtsviktsmottagningar inom den specialiserade vården ² det kan finnas ett selektivt urval bland svarande dvs. verksamheter som svarat på enkäten är dem som i högre utsträckning har tillgång till hjärtsviktsmottagning ³ enstaka sjukköterskebaserade mottagningar.

Kompetensutveckling

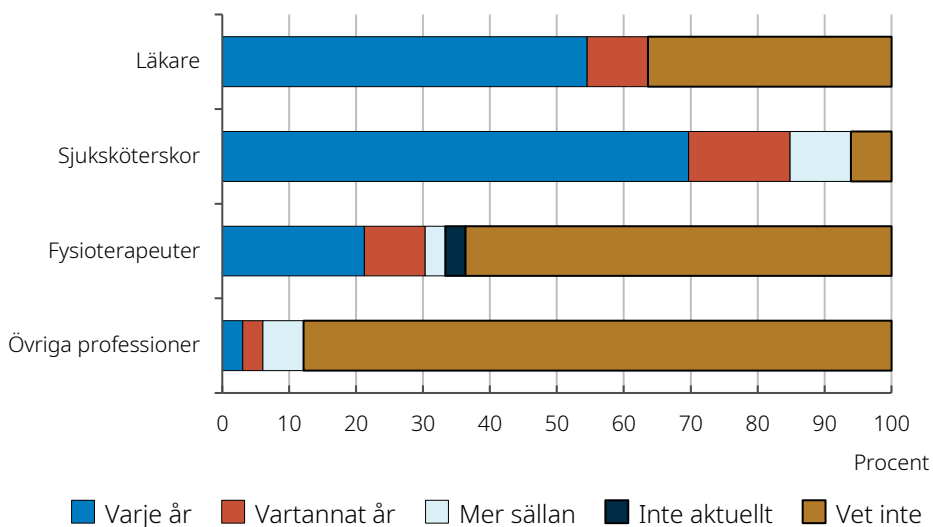
En god vård vid hjärtsvikt innebär att relevanta kompetenser finns tillgängliga i hela vårdkedjan, så väl inom specialiserad vård som under den långsiktiga uppföljningen i nära vård.

Ungefär hälften av verksamheterna anger att läkare inom specialiserad vård och primärvård får fortbildning inom behandling vid hjärtsvikt varje eller vartannat år (diagram 25, 26). För sjuksköterskor skiljer sig resultaten mellan specialiserad vård och primärvård. Enligt respondenterna får primärvårdens sjuksköterskor fortbildning mer sällan, ofta av ekonomiska skäl eller tidsbrist (diagram 25, 26). I tillägg kan det inte uteslutas att sjuksköterskor på dedikerade hjärtmottagningar inom sjukhusvården har större möjlighet att fokusera på just denna patientgrupp, medan primärvårdens sjuksköterskor av naturliga skäl behöver ha mer av en generalistkompetens.

Fyra av fem vårdcentraler/hälsocentraler anger att personalen behöver kompetensutveckling för att på bästa sätt kunna handlägga patientgruppen med hjärtsvikt. De av verksamheterna identifierade bristerna handlar om såväl utbildning om behandlingsrekommendationer för hjärtsvikt som bemanning och fasta team samt tillgång till hjärtrehabilitering.

Diagram 25. Fortbildning av personal inom specialiserad vård

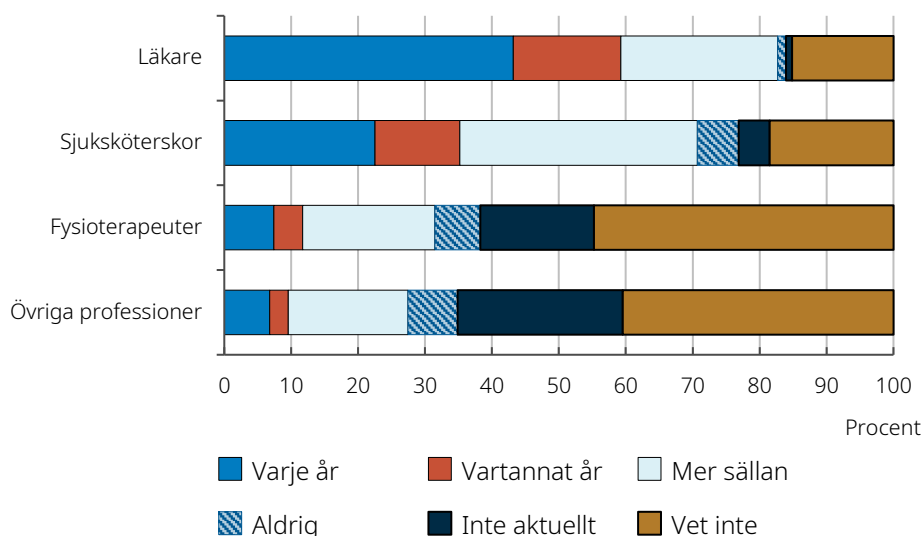
Andel verksamheter som svarat på frågan om hur ofta personalen i verksamheten fått fortbildning inom behandling vid hjärtsvikt. Gäller perioden 2021–2023.



Källa: Socialstyrelsens enkät

Diagram 26. Fortbildning av personal inom primärvård

Andel verksamheter som svarat på frågan om hur ofta personalen i verksamheten fått fortbildning vad gäller behandling vid hjärtsvikt. Gäller perioden 2021–2023.



Källa: Socialstyrelsens enkät

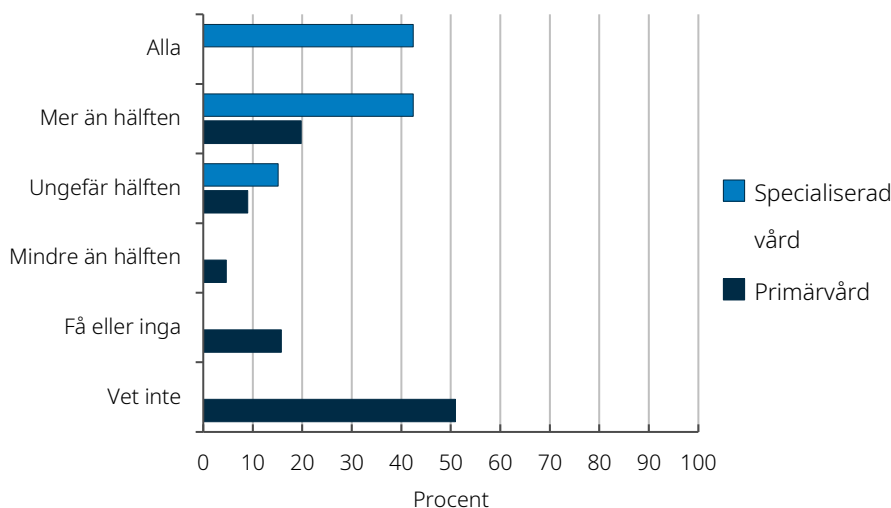
Uppföljning på hjärtsviktsmottagning

Europeiska riktlinjer och det nationella vårdförloppet för hjärtsvikt betonar vikten av uppföljningsbesök på hjärtsviktsmottagning inom 30 dagar efter ny diagnos. Särskilt patienter med HFrEF behöver följas upp för att uppnå en optimerad läkemedelsbehandling så snabbt som möjligt (figur 2).

Diagram 27 visar att i enbart 40 procent av de specialiserade hjärtsviktsmottagningarna följs alla nydiagnostiserade upp inom 30 dagar från ny diagnos. Personer som diagnostiseras inom primärvården blir i än mindre utsträckning uppföljda inom 30 dagar från diagnos. Regelbunden kontakt med sjuksköterska eller motsvarande funktion som koordinerar vården skiljer sig stort mellan specialiserad vård och primärvård för hjärtsviktpatienter med HFrEF (diagram 28). Delvis beror skillnaden på att primärvården har sämre tillgång till statistik eller kunskap om patienter som följs upp på sjukhusanknuten hjärtsviktsmottagning. Sannolikt handläggs patienter med HFrEF och avancerat hjärtsvikt primärt inom den specialiserade vården. Långtidsuppföljningen av hjärtsviktpatienter som diagnostiseras inom specialiserad vård sker i knappt tio procent av fallen enbart inom primärvården (diagram 29).

Diagram 27. Uppföljning vid hjärtsviktsmottagning inom 30 dagar från ny diagnos

Andel verksamheter som svarat på frågan om hur stor andel av deras patienter som följs upp vid multidisciplinär hjärtsviktsmottagning inom 30 dagar från nydiagnostiserad hjärtsvikt. Gäller perioden 2022–2023.

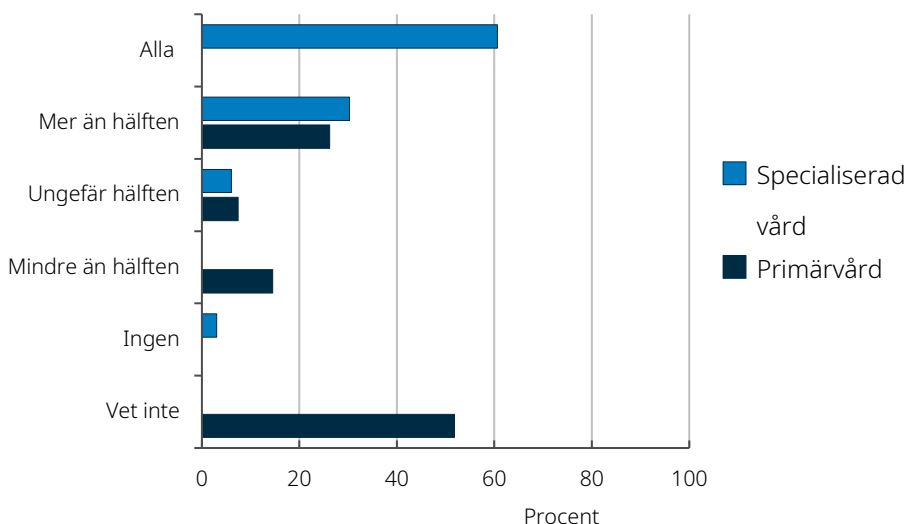


*Vet inte inkluderades inte som svarsalternativ i enkäten till specialiserade hjärtsviktsmottagning ar då mottagare för enkäten var kontaktpersonen för mottagningen (specialistläkare eller sjuksköterska). För vårdcentraler/hälsocentraler var mottagaren vårdcentralchef eller funktionsbrevlåda.

Källa: Socialstyrelsens enkät

Diagram 28. Regelbunden kontakt vid HFrEF

Andel verksamheter som svarat på frågan om hur stor andel av patienterna med nydiagnostiserad HFrEF som har haft regelbunden kontakt med sjuksköterska eller motsvarande funktion som koordinerar vården. Gäller perioden 2022–2023.

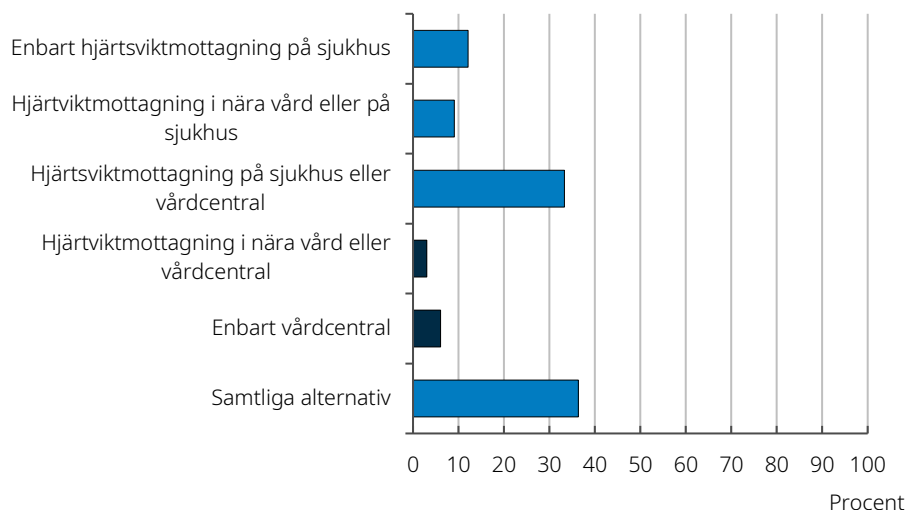


*Vet inte inkluderades inte som svarsalternativ i enkäten till specialiserade hjärtsviktsmottagning ar då mottagare för enkäten var kontaktpersonen för mottagningen (specialistläkare eller sjuksköterska). För vårdcentraler/hälsocentraler var mottagaren vårdcentralchef eller funktionsbrevlåda.

Källa: Socialstyrelsens enkät

Diagram 29. Långtidsuppföljning vid kronisk hjärtsvikt

Andel specialiserade hjärtsviktsmottagningar som svarat på frågan om var långtidsuppföljningen för patienter med kronisk hjärtsvikt sker – i sjukhusanknuten hjärtsviktsmottagning, särskild mottagning inom nära vård/primärvård eller på vårdcentral.



Källa: Socialstyrelsens enkät

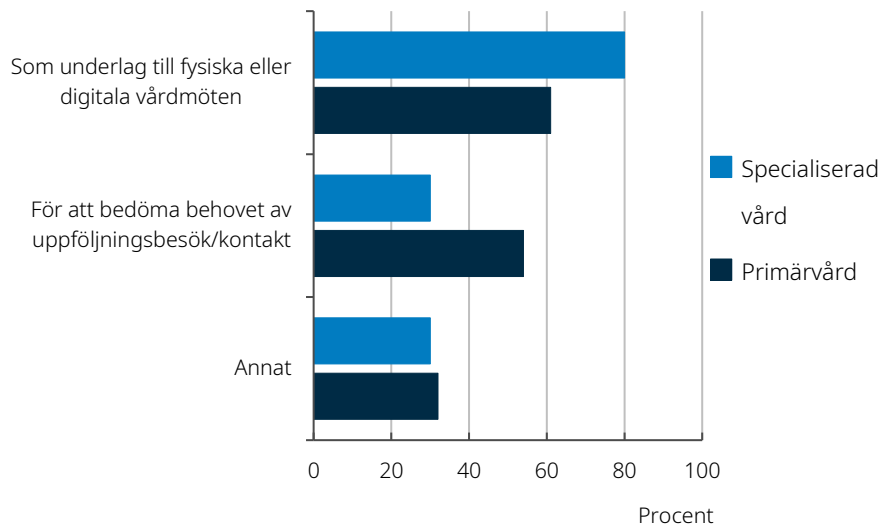
Distansmonitorering

Med distansmonitorering avses av mottagningen ordinerad egen monitorering där hälsodata delas mellan patienten och vården som sedan gör en bedömning.

Resultaten visar att distansmonitorering idag används av ca en tredjedel av de specialiserade hjärtsviktsmottagningarna och ca var tionde vårdcentral/hälsocentral. Mätvärden som samlas in är blodtryck, puls och vikt och i mindre utsträckning egenskattad hälsa (subjektivt mående enligt anpassad smärtskala). I vissa fall övervakas även mätningar från inopererad sviktpacemaker eller defibrillator. Insamlade data används i de flesta fall som underlag till fysiska eller digitala vårdmöten och i en del av fallen för att bedöma behovet av uppföljningsbesök eller kontakt med vården (diagram 30). Strukturerad genomgång av programvaran för personal eller patient erbjuds inte alltid (diagram 31).

Diagram 30. Hur insamlade data från distansmonitorering används

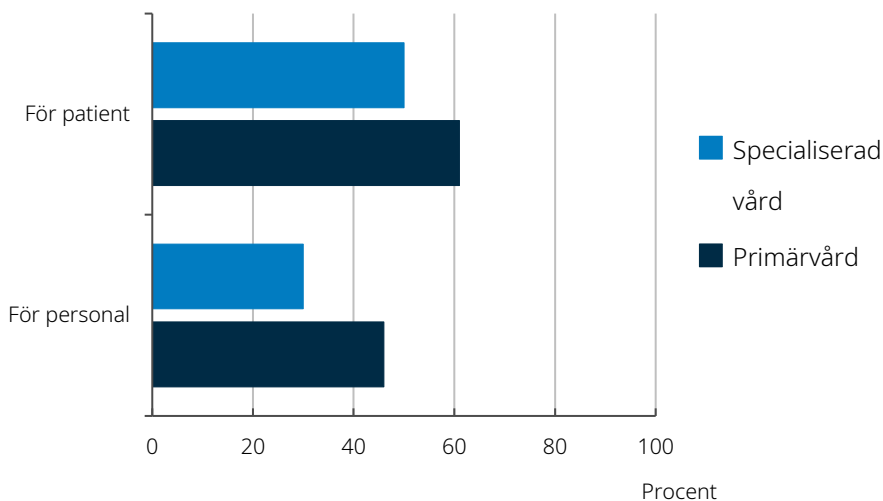
Andel verksamheter bland dem som använder distansmonitorering som svarat på frågan om hur de använder insamlade data.



Källa: Socialstyrelsens enkät

Diagram 31. Strukturerad genomgång av programvaran för distansmonitorering

Andel verksamheter som svarat ja på frågan om de erbjuder strukturerad genomgång av programvaran för distansmonitorering till patienter eller personal.



Källa: Socialstyrelsens enkät

Analys av resultat

Även om såväl vetenskaplig evidens som internationella riktlinjer påvisar mer gynnsamma utfall för patienter som följs upp på hjärtsviktsmottagning

[3, 7] är definitioner och kunskapsläge i Sverige tämligen oklart. Det finns en stor variation mellan var patienter med hjärtsvikt följs upp och behandlas, och betydelsen av vårdnivå dvs. specialiserad vård kontra primärvård behöver undersökas närmare i vetenskapliga studier. Även i studier på patienter i primärvården är tillgång till specialistkompetens inom kardiologi en central komponent och en faktor som behöver studeras vidare [3].

Personer med hjärtsvikt utgör en patientgrupp med ofta äldre och sköra som dessutom kan ha långa avstånd till vården. Patientgruppen kan således gynnas av en mer nära vård. Samtidigt visar utvärderingen på behov av en tydligare definition av hjärtsviktsmottagning i primärvård eller annan form av hjärtsviktsmottagning inom ramen för nära vård (ej sjukhusanknuten). Det är vidare önskvärt med nationell konsensus avseende de minimikrav på kompetenser som ska ingå i sådana mottagningar. Kontinuitet i verksamheten är likaledes viktig. Resultaten visar att brister vad gäller kompetensförsörjning, särskilt inom primärvården, påverkar ett antal mottagningar som har svårigheter att bibehålla nödvändig kompetens. Det innebär att en eventuell förflyttning av denna ofta svårt sjuka patientgrupp till en mer nära vård kommer ställa höga krav på resursfördelning, kompetensutveckling samt tydliga definitioner och vägledning till beslutsfattare.

Resultaten visar också att distansmonitorering är implementerat i flera regioner men att mer forskning behövs för att bedöma nyttan med åtgärden och hur den kan bäst användas för denna patientgrupp. När ny kunskap och effektiva behandlingar implementeras kommer fler leva längre med sin hjärtsvikt. En ökad prevalens kommer kräva ökade resurser för monitorering och uppföljning, vilket också behöver beaktas i en framtida omställning. Hjärtsvikt är ett mycket lämpligt område för en fortsatt sammanhållen diskussion om nivåstrukturer mot rätt vård på rätt plats för rätt patient.

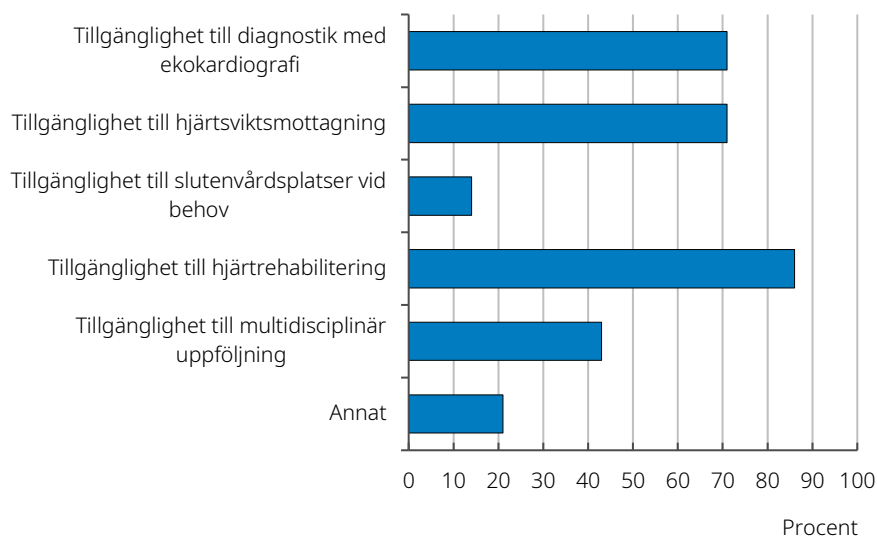
Regionernas insatser för att förbättra vården vid hjärtsvikt

Av enkätundersökningen framkom att 14 av 17 regioner har genomfört gap-analyser efter att det nationella vårdförloppet för nydebuterad hjärtsvikt publicerades 2021. I dessa analyser har flera behov av förbättringar identifierats, framförallt vad gäller tillgängligheten till hjärtsviktsmottagning, ekokardiografi och hjärtrehabilitering (diagram 32). Regionerna anger att identifierade gap framförallt beror på brist på resurser inom den specialiserade vården (93 procent) och primärvården (71 procent) samt samverkan mellan specialiserad vård och primärvård. Till viss del behövs det också kompetenshöjande åtgärder och bättre tillgång till lokaler för fysisk träning.

I och med de identifierade behov av förbättringar, men också som en del i omställningen till en mer nära vård, arbetar regionerna med organisatoriska förändringar för att säkerställa bättre tillgång till relevanta kompetenser under den långsiktiga uppföljningen av patienter med hjärtsvikt. Dessa omfattar satsningar på fortbildning och ökat samarbete mellan specialiserad vård och primärvård. I nästan hälften av regionerna pågår det också satsningar för att utöka användningen av digital hjärtsviktsmottagning och distansmonitorering (tabell 6). Under de senaste tre åren har 12 regioner gjort satsningar på fortbildning om hjärtsvikt till vårdpersonal i relevanta yrkeskategorier inom primärvården, och sju regioner inom den specialiserade vården. Elva regioner har i samband med vårdförloppet upprättat styrdokument för samverkan mellan specialiserad vård och primärvård vad gäller vård vid hjärtsvikt.

Diagram 32. Behov av förbättring enligt regionernas gap-analyser

Andel regioner som svarat inom vilka områden behov av förbättring har identifierats i genomförda gap-analyser i samband med vårdförloppet för nydebuterad hjärtsvikt 2021.



Källa: Socialstyrelsens enkät

Tabell 6. Organisatoriska förändringar i regionerna

Pågående organisatoriska förändringar i regionerna för att säkerställa att relevanta kompetenser finns tillgängliga under den långsiktiga uppföljningen av patienter med hjärtsvikt.

Satsning	Antal regioner (andel) ¹
Fortbildning för att stärka kompetensen	14 (82%)
Insatser för att öka samarbete mellan specialiserad vård och primärvård t.ex. genom distans-konsultationer med specialister inom kardiologi	13 (76%)
Införa eller utöka användningen av digital hjärtsviktsmottagning och/eller ordinerad distansmonitorering	8 (47%)
Inrätta eller utöka befintliga mobila team	6 (35%)
Kontaktsjuksköterskor eller motsvarande funktion som koordinerar vården för hjärtsviktpatienter	5 (29%)
Inrätta särskilda hjärtsviktsmottagningar inom primärvården	4 (24%)
Inrätta eller utöka befintliga subakuta öppenvårdsmottagningar/dagvårdsenheter ²	3 (18%)
Annat ³ :	2 (12%)

¹andelen beräknas på de 17 regioner som svarat på enkäten (svarsfrekvens 81 procent) ²med det menas sjukhusanknutna avdelningar i närhet till akuten där bedömning av behov om inläggande vård behövs ³t.ex. utredningar och pilotprojekt, bland annat kring digitala funktioner, checklistor mm.

Källa: Socialstyrelsens enkät

Befintliga kunskapsstöd täcker inte vägledningsbehoven

De senaste åren har regionernas nationella organisation för Kunskapsstyrning, tagit fram flera kunskapsstöd till vården inom hjärt- och kärlområdet. Kunskapsstöd på området hjärtsvikt är nationella vårdförlopp som tydliggör vårdens processer kring diagnostik och behandling, och avser på så sätt att bidra till förbättring inom flera områden där brister identifierats i tidigare utvärdering. Socialstyrelsen har frågat regionerna om vägledningsbehov fortfarande föreligger inom området hjärtsvikt, i och med att de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård inte uppdaterats sedan 2018.

Merparten av regionerna (71 procent) har uttalat ett kvarstående behov av vägledning. I frågan om vilken typ av kunskapsstöd som kan möta behoven svarade 75 procent att det behövs uppdaterade nationella riktlinjer från Socialstyrelsen, och 50 procent att det nationella vårdförloppet för hjärtsvikt behöver uppdateras och kompletteras. En ny version av vårdförloppet publicerades juni 2024. Vårdförloppet utgår från de senaste rekommendationerna i europeiska riktlinjer och har mer fokus på läkemedelsbehandling. Enligt regionerna behövs det också nationella vårdprogram inom området, eftersom de olika typer av kunskapsstöd uppfyller olika syften.

Analys av resultat

Regionernas gap-analyser visar på stora brister och en stor variation över landet vad gäller vård och behandling vid hjärtsvikt. Samtidigt är det tydligt att regionernas insatser siktar på att förbättra förutsättningarna för primärvården att handlägga patientgruppen med hjärtsvikt, bl.a. genom ökad samverkan med den specialiserade vården. En ökad kompetens inom primärvården behövs för att tidigt identifiera patienter med allvarigare prognos som behöver komma in till specialiserad vård. Ökad kompetens och resursåtgång behövs också för att sköta den långsiktiga uppföljningen av patientgruppen, liksom en tydligare definition av hjärtsviktsmottagning i nära vård som baseras på vetenskaplig evidens.

Resultaten samt dialogen med patientorganisationer pekar på att Socialstyrelsens nationella riktlinjer på området hjärtsvikt är efterfrågade, trots tillgång till kliniska kunskapsstöd. Kliniska kunskapsstöd än så länge inte tycks ha bidragit till förbättring. Sannolikt beror detta på brister i implementering men också på att det första vårdförloppet inom området behövde ha mer fokus på läkemedelsbehandling i enighet med kunskapsunderlaget i europeiska riktlinjer. Flera intressenter, bland andra riksförbundet HjärtLung har också uttryckt stor oro för att kunskapsstöd som

syftar till att stärka vården enkom skapas inom kunskapsstyrningsorganisationen.

Nationella riktlinjer och vårdförlopp uppfyller olika syften. Kliniska kunskapsstöd implementeras av verksamheterna och avses som stöd till professionen. Nationella riktlinjer riktar sig till beslutsfattare och avses som stöd för prioritering och för att kunna skapa de förutsättningar som behövs för implementering av såväl riktlinjer som kliniska kunskapsstöd. Båda behövs och behöver vara synkroniserade med varandra för att stödja utvecklingen framåt, så att hjärtsviktpatienter ska få rätt vård i rätt tid och vid rätt instans.

Avslutande diskussion

Socialstyrelsen har utvärderat vården vid hjärtsvikt utifrån europeiska riktlinjer för diagnos och behandling av hjärtsvikt och det första nationella vårdförloppet för nydebuterad hjärtsvikt 2021. Eftersom nationella riktlinjer för hjärtsjukvård inte har uppdaterats sedan 2018 och delvis är inaktuella, följer denna utvärdering upp vårdens utveckling med utgångspunkt i identifierade förbättringsområden från tidigare utvärdering samt visar hur europeiska riktlinjer och det första nationella vårdförloppet bidragit till utvecklingen. Här utvärderar vi därmed även kunskapsstyrningsorganisationens roll och insatser. Vi har även undersökt myndighetens beslut att pausa riktlinjearbetet inom hjärtsjukvård, och hur det har påverkat utvecklingen.

Utifrån analyserade indikatorer är den viktigaste slutsatsen att tillgång till ekokardiografi är en nyckelfråga som orsakar vidare brister inom hjärtsvikt vården. Ekokardiografi är en förutsättning för rätt diagnos och rätt medicinsk behandling. Därför behöver tillgången till ekokardiografi öka avsevärt. Dessutom är det nästan hälften av hjärtsviktpatienterna med nedsatt vänsterkammarmfunktion som inte erbjuds en optimerad läkemedelsbehandling enligt europeiska riktlinjer. Detta medför undvikbara sjukhusinläggningar och skapar både lidande för individen och ineffektivitet i vården.

Resultaten tyder även på att det nationella vårdförloppet från 2021 har ett smalare fokus och större djup jämfört med de nationella riktlinjerna. Större vikt läggs på diagnostik och behandling och mindre på övergripande struktur och förutsättningar. I tillägg var inte heller detta synkroniserat med uppdatering av europeiska riktlinjer och senaste vetenskapliga evidens, vilket gör den uppdaterade versionen som utkom juni 2024 viktig att implementera och utvärdera. Utifrån ett styr- och ledningsperspektiv konstaterar vi följande:

- Samtliga kunskapsstöd är nödvändiga i den komplexa vården av hjärtsviktpatienter, och behöver synkroniseras. Socialstyrelsens nationella riktlinjer är mer övergripande, täcker fler områden samt utgör ett viktigt prioriteringsstöd till beslutsfattare, vilket tydligt framkom i enkätsvar från regionledningar.
- Det är viktigt att en sammanställning av kunskapsläge och kostnadseffektivitetsanalyser genomförs inför framtagande av nationella kunskapsstöd. Utan ett väl genomarbetat underlag riskerar vårdens utveckling att påverkas negativt och i slutänden orsaka såväl demografiska som geografiska skillnader i vård och utfall. För ett område som hjärtsvikt som emellanåt hamnar i skuggan av andra diagnosgrupper, till exempel hjärtinfarkt vården, kan detta leda till stora konsekvenser. Resultaten i denna utvärdering visar att såväl olika kunskapsstöd som

implementering av dito är viktiga för att uppnå syftet. Dessa slutsatser kan även gälla andra områden inom hälso- och sjukvården.

Resultaten från utvärderingen visar att det finns ett stort behov av vägledning till beslutsfattare, vilket myndigheten behöver beakta i bedömning och prioritering av arbetet med nationella riktlinjer.

Förkortningar

ACE	Angiotensinkonverterande enzymhämmare
ARB	Angiotensinreceptorblockerare
ARNI	Angiotensinreceptorneprilysinhämmare
BB	Beta-receptorblockerare
CRT	Cardiac Resynchronization Therapy
CRT-D	Cardiac Resynchronization Therapy with Defibrillator
EF	Ejection Fraction, ejektionsfraktion
EKG	elektrokardiogram
ESC	European Society of Cardiology
HFmrEF	Heart Failure with mildly reduced Ejection Fraction
HFpEF	Heart Failure with preserved Ejection Fraction
HF _r EF	Heart Failure with reduced Ejection Fraction
ICD	Implantable Cardioverter-Defibrillator
MRA	Mineralkortikoidreceptorantagonist
NTproBNP	N-terminal pro-B-type natriuretic peptide
NYHA	New York Heart Association
PVQ	Primärvårdskvalitet
SGLT2	Natriumglukossamtransportör 2-hämmare

Projektorganisation

Projektledningsgrupp

Anastasia Simi	projektledare, Socialstyrelsen
Laila Hübbert	expertstöd inom kardiologi-hjärtsvikt (2024), Linköpings universitet och Vrinnevisjukhuset i Norrköping
Annika Johansson Ensjö	läkemedelssakkunnig, Socialstyrelsen
Staffan Khan	statistiker, Socialstyrelsen
Charlotta Ljungman	expertstöd inom kardiologi-hjärtsvikt (2023), Sahlgrenska universitetssjukhuset och registerhållare för RiksSvikt
David Sparv	expertstöd inom styrning och ledning, Skånes universitetssjukhus
Hans Thulesius	expertstöd inom allmänmedicin, Lunds universitet och Region Kronoberg

Projektägare

Maria State	enhetschef, Socialstyrelsen
-------------	-----------------------------

Medverkande

Ove Andersson	Primärvårdskvalitet (PVQ), Region Uppsala
Christina Broman	enhetskoordinator, Socialstyrelsen
Patrik Eliste	UCR – Uppsala Clinical Research Center
Fredrik Gadler	Karolinska Universitetssjukhuset, Solna; Registerhållare för ICD och pacemakerregistret
Paolo Gatti	Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
Kristina Hambræus	NPO hjärt- och kärlsjukdomar
Björn Jacobsson	Medrave Software AB
Andreas Kroksgård	enkätstöd, Socialstyrelsen
Tiina Laukkanen	produktionsledare, Socialstyrelsen

Ulrika Lindahl	Data och analysenheten, Region Östergötland
Riitta Sorsa	utredare, Socialstyrelsen
Malin Ståhl	Hjärtmottagning Lund
Daniel Trankell	enkätstöd, Socialstyrelsen
Klas Törnqvist	Digitalisering IT och MT, Region Skåne
Meriam Åström Aneq	Fysiologiska kliniken Universitetssjukhuset i Linköping
Oscar Östberg Braun	Universitetssjukhuset i Linköping

Referenser

1. Nationella riktlinjer – Utvärdering, Hjärtsjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
2. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
3. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021; 42(36): 3599–3726.
4. <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/publiceradekunskapsstod/hjartochkarlsjukdomar/hjartsviktvardforlopp.56306.html>
5. Indikatorer – vård vid hjärtsvikt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
6. <https://kvalitetsindikator katalog.se/#/>
7. Lund LH, Carrero JJ, Farahmand B, Henriksson KM et al. Association between enrolment in a heart failure quality registry and subsequent mortality—a nationwide cohort study. *Eur J Heart Fail*. 2017; 19(9): 1107–1116.
8. Nationella riktlinjer – Utvärdering, Följsamhet till nationella riktlinjer under covid-19-pandemin. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022
9. Socialstyrelsens officiella statistik om hjärtinfarkter 2023-11-8838|Publicerad: 2023-11-29
10. Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser – Delredovisning av uppdraget att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
11. Lund LH, Svennblad B, Dahlström U, Ståhlberg M. Effect of expanding evidence and evolving clinical guidelines on the prevalence of indication for cardiac resynchronization therapy in patients with heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2018; 20(4):769–777.
12. Gatti P, Lind S, Kristjánisdóttir I, Azari A et al. Prognosis of CRT-treated and CRT-untreated unselected population with LBBB in Stockholm County. *Europace* 2023; 25: 1–12.
13. Uppföljningen av omställningen till en mer nära vård 2022 – Utvecklingen i regioner och kommuner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.



Socialstyrelsen

Låt hjärtat orka längre – nationell utvärdering av vården vid hjärtsvikt
(artikelnr 2024-11-9307) kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.