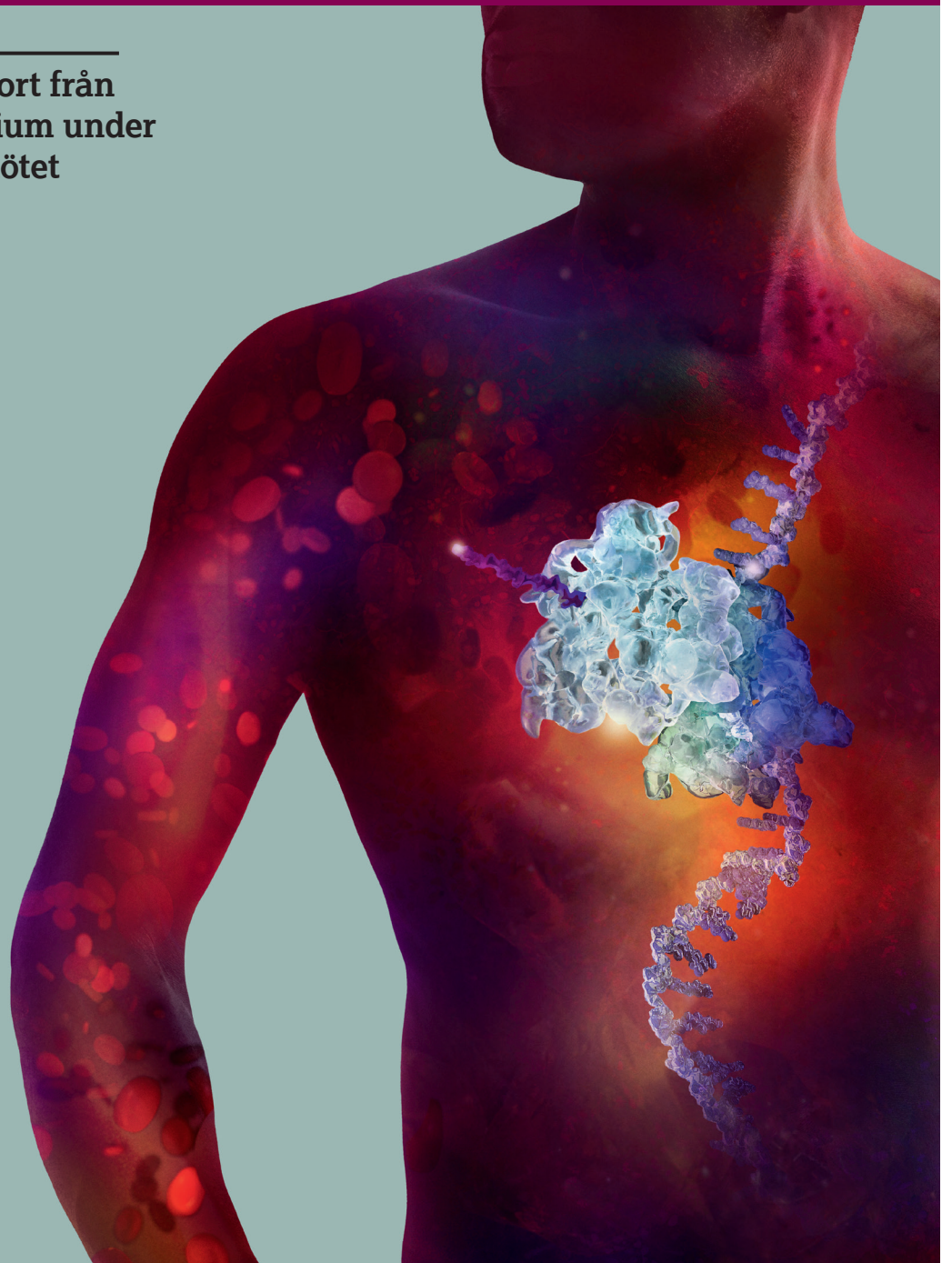


Hjärtsviktsriktlinjer, javisst! Men hur fungerar de i verkligheten?

Sammanfattande rapport från
AstraZenecas symposium under
Kardiovaskulära Vårnötet
i Göteborg 2024.



PROGRAM

Moderatorer:

Annica Ravn-Fischer,
Frieder Braunschweig.

Introduktion

*Frieder Braunschweig, Professor, överläkare, ME Kardiologi,
Hjärt-Kärl Centrum, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm.*



Måendet sviktat!

Patientens perspektiv.

*Maria Liljeroos, Docent, leg sjuksköterska, Medicinkliniken,
Mälarsjukhuset Eskilstuna och Institutionen för medicin, vård
och hälsa, Linköpings universitet.*



Sviktat vården?

Sjukvårdens perspektiv.

*Giulia Ferrannini, MD PhD, specialist i internmedicin, Kardiologi-
enheten, Karolinska Institutet, VO Internmedicin, Södertälje sjukhus,
Region Stockholm.*



Hjärtviktsriktlinjer – hur fungerar de i verkligheten?

*Annica Ravn-Fischer, Docent, överläkare i kardiologi,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg.*



Paneldebatt: Hur vill vi ha det?

Moderator: Annica Ravn-Fischer.

Introduktion



Frieder Braunschweig,
Professor, överläkare,
ME Kardiologi,
Hjärt-Kärl Centrum,
Karolinska Universitetssjukhuset,
Stockholm.

Moderator Frieder Braunschweig inledde symposiet med att konstatera att hjärtsvikt är vanligt och blir allt vanligare. Omkring 2–3 % av befolkningen lider av hjärtsvikt. Med en åldrande befolkning och en bättre överlevnad ökar antalet patienter med hjärtsvikt på våra kliniker och vårdcentraler.¹

Men, dödligheten i hjärtsvikt är fortfarande hög. Det beror på att överlevnaden bland de äldre patienterna inte förbättrats särskilt mycket under senare år. Samtidigt ser man en bättre prognos bland yngre patienter, vilket till stor del får tillskrivas mer effektiva behandlingsmetoder och läkemedel.²

Låg följsamhet till riktlinjerna

En orsak till att vi fortfarande har en så hög dödlighet bland äldre patienter är att följsamheten till de aktuella behandlingsriktlinjerna är låg. Aktuella studier visar att färre än hälften av alla HFrEF-patienter i Sverige idag får behandling med 3 av de 4 basläkemedlen som rekommenderas i riktlinjerna.³

Det kan tyckas underligt att följsamheten till behandlingsriktlinjer är så pass dålig, menar Frieder, eftersom

det finns så många olika instanser som förmedlar rekommendationer och riktlinjer för hjärtsviktsbehandling.^{4,5} ESC, LOK och olika regionala och lokala varianter på riktlinjer borde bidra till att fler behandlas rätt, dvs enligt den senaste och enade evidensen, för egentligen är det inte så besvärligt.

Fyra basläkemedel på sex veckor

Det alla riktlinjer idag har gemensamt är att det vid hjärtsvikt med reducerad ejektionsfraktion (HFrEF) finns fyra läkemedelsgrupper som ska sättas in på alla patienter:

- ACEi/ARB/ARNI
- Betablockerare
- MRA
- SGLT2-hämmare.

Och de ska inte bara sättas in, de ska sättas in snabbt, helst innan patienten lämnar sjukhuset. De ska dessutom titreras upp till optimalt tolererade doser så snabbt som möjligt, helst inom 6 veckor. Såväl ESC som LOK står bakom dessa riktlinjer vilka just nu implementeras runt om i landet, men enligt Frieder går det alldeles för långsamt.^{4,5}

Referenser:

1. Zarrinkoub R, et al. Eur J Heart Fail. 2013;15(9):995–1002.
2. Sharma A, et al. JACC Basic Transl Sci. 2022;7(5):504–17.
3. Stolfo D, et al. Eur J Heart Fail. 2022;24(6):1047–62.
4. McDonagh T, et al. Eur Heart J. 2021;42(36):3599–726.
5. LOK: Läkemedelsbehandling vid kronisk hjärtsvikt. Janusinfo.se. 2022–01–14.
6. McDonagh T, et al. Eur Heart J. 2023;44(37):3627–39.

SGLT2-hämmare vid HFpEF

Numera finns även tydliga riktlinjer från ESC avseende behandling av hjärtsvikt med måttligt reducerad ejektionsfraktion (HFmrEF) och med bevarad ejektionsfraktion (HFpEF), där SGLT2-hämmare har en klass 1-rekommendation sedan hösten 2023. Därmed kan man säga att alla patienter med hjärtsvikt bör behandlas med SGLT2-hämmare, oberoende av ejektionsfraktion och oavsett förekomst av diabetes.⁶

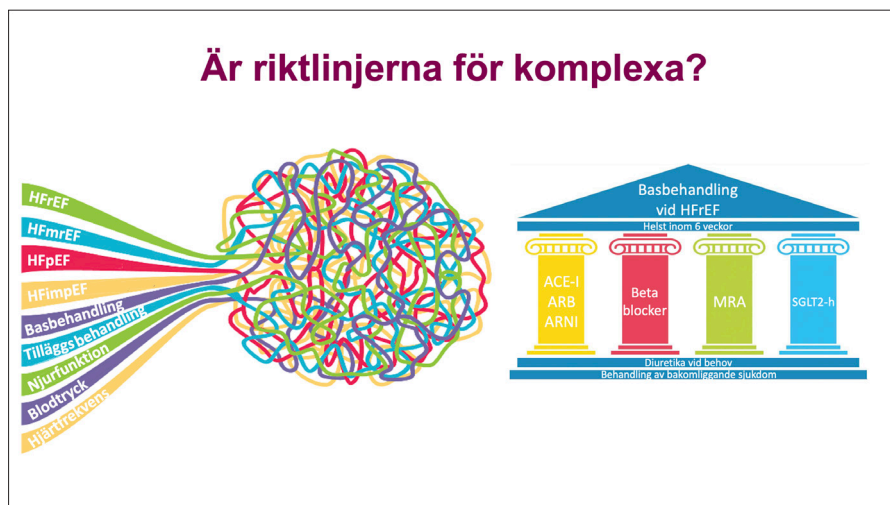
Hälsoekonomi talar för riktlinjeanpassad hjärtsviktsvård

Implementeringen av de nya riktlinjerna borde kunna gå snabbare eftersom det finns både hälsomässiga och ekonomiska skäl att driva på utvecklingen.

Mer specialistvård

Frieder avslutade sin presentation med att efterlysa mer specialistvård och förbättrat teamwork. Många hjärtsviktspatienter är gamla och multisyjuka och står redan på många läkemedel. De har stort behov av såväl specialistvård som multimodala behandlingsmetoder, där sviktsköterskan har en viktig roll tillsammans med bland annat fysioterapeuten. Men Frieder efterlyser också bättre samverkan mellan olika specialistområden; IVA, geriatriken, hjärtkirurgen och inte minst allmänläkarna.

För att säkerställa att hjärtsviktspatienter erhåller den behandling som rekommenderas i riktlinjerna är det avgörande med ett väl fungerande teamarbete. Detta inkluderar ett nära samarbete mellan specialistvård och primärvård, där hjärtsviktsmottagningarna spelar en central roll.



Måendet sviktar!

Patientens perspektiv



**Maria Liljeroos, Docent,
leg sjuksköterska, Medicin-
kliniken, Mälarsjukhuset
Eskilstuna och Institutionen för
medicin, vård och hälsa,
Linköpings universitet.**

Patienter med hjärtsvikt upplever fysiska och känslomässiga symtom som ofta begränsar deras dagliga aktiviteter och försämrar hälsorelaterad livskvalité. Men det finns få hjärtsviktsstudier som fokuserar på patientperspektivet. I dagens andra föreläsning presenterade Maria Liljeroos intressanta data från en aktuell svensk studie som studerat patienternas upplevelser av att leva med hjärtsvikt, från diagnos till efterföljande sjukdomsstadier och sjukdomens inverkan på hälsorelaterad livskvalitet.¹

Patientens upplevelse av hjärtsvikt

Den aktuella studien var en tvärsnittsstudie som genomfördes under 2021 genom en digital kvantitativ enkät som besvarades av 101 hjärtsviktspatienter. Enkäten kompletterades med kvalitativa djupintervjuer (ca 1 timma) med 35 slumpmässigt rekryterade individer som besvarat enkäten. Inklusionskriterierna omfattade: > 18 år, NYHA II–IV, patienten fick inte samtidigt delta i en klinisk prövning eller ha genomgått större kirurgi under de senaste tre månaderna.

Patienterna skattar hälsan till mellan 40–50 på en 100-gradig skala

Medelåldern bland patienterna var 70,1 år och 56 % var kvinnor.

Patienterna rapporterade själva sin NYHA-klass:

- 49 % rapporterade att de tillhörde NYHA-klass II.
- 47 % rapporterade att de tillhörde NYHA-klass III.
- 5 % rapporterade att de tillhörde NYHA-klass IV.

Den hälsorelaterade livskvaliteten bedömdes på en 100-gradig skala ur tre aspekter:

Generell hälsa

Hela populationen skattade den generella hälsan till ca 40. Kvinnor som var yngre än 50 år och de med NYHA-klass IV var de som skattade sin generella hälsa lägst, medan män, äldre patienter och de med NYHA-klass II skattade den generella hälsan högre än medelvärdet.

Referens:

1. Liljeroos M, et al. Patient Prefer Adherence. 2023;17:1935–47.

Fysisk funktion

När det gäller fysisk funktion skattade man livskvaliteten till ca 45. Även här skattade kvinnor lägre än män, och de som hade diabetes och patienter i NYHA-klass III och IV skattade sin livskvalitet lägre än medelvärdet.

Emotionellt välbefinnande

Det emotionella välbefinnandet låg strax under 50 och här var det i likhet med den generella hälsan så att de med kvinnligt kön, låg ålder, diabetes och högre NYHA-klass skattade sig under medelvärdet.

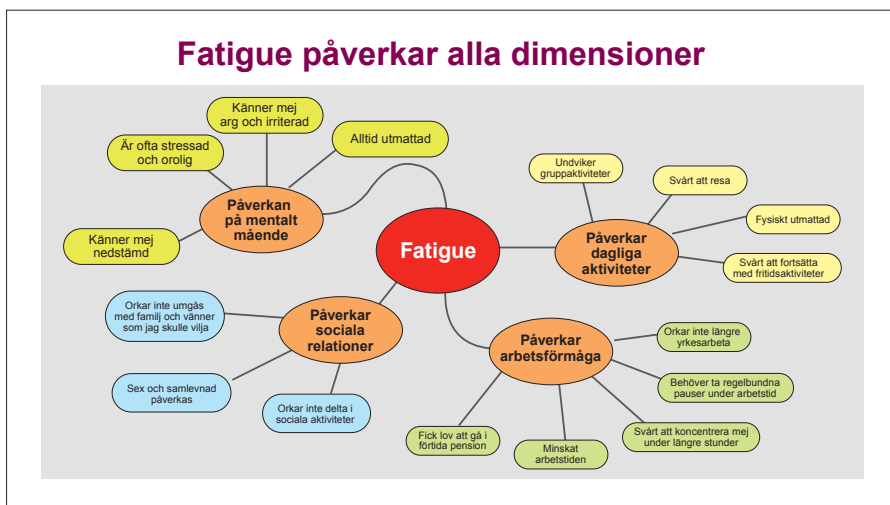
Fatigue påverkar livskvaliteten mest av allt

I de djupintervjuer som genomfördes framkom det tydligt att fatigue är det symptom som upplevs som mest begränsande. Fatigue påverkar i stort sett alla dimensioner av livet, inklusive sociala relationer och aktiviteter, arbetsförmåga, koncentration och så vidare. En intressant aspekt på hur det kan vara att leva med hjärtsvikt var rädslan att delta i större gruppaktiviteter och resor eftersom diuretikabehandling ger en ständig oro kring möjligheten att kunna uppsöka en toalett.

Patienterna önskar större kontinuitet

På frågan om hur patienterna upplever vården svarar de att de i allmänhet är nöjda med den vård de får, både inom specialist- och primärvården. De upplever sig välinformerade om sin sjukdom och den behandling som ordineras. Om det är något de önskar av vården så är det större kontinuitet bland vårdpersonal och tillgång till hjärtsviktskötterska. Man önskar även att specialister ska finnas inom primärvården och att man använder en mer patientvänlig terminologi.

I de djupintervjuer som genomfördes framkom det tydligt att fatigue är det symptom som upplevs som mest begränsande. Fatigue påverkar i stort sett alla dimensioner av livet, inklusive sociala relationer och aktiviteter, arbetsförmåga, koncentration och så vidare.



Sviktar vården?

Sjukvårdens perspektiv



Giulia Ferrannini, MD PhD,
specialist i internmedicin,
Kardiologienheten, Karolinska
Institutet, VO Internmedicin,
Södertälje sjukhus, Region
Stockholm.

Efter Marias genomgång av patientperspektivet var det dags för Giulia Ferrannini att beskriva sjukvårdens perspektiv på hjärtsviktsvården och vilka utmaningar man står inför. Är det rent av så att även vården sviktar?

NTproBNP vid diagnos av hjärtsvikt

Att diagnostisera hjärtsvikt borde vara ganska lätt, framför allt när ejektionsfraktionen är reducerad (HFrEF). Mer utmanande är när ejektionsfraktionen är bevarad (HFpEF) och där har biomarkörer som NTproBNP kommit att få en viktig roll.^{1,2}

Data från RiksSvikt visar att patienternas mediannivå av NTproBNP är mycket högre än det gränsvärde för hjärtsviktsdiagnos som definieras av riktlinjerna. Det talar för att patienterna inte får adekvat behandling.

NTproBNP är dock en värdefull biomarkör som har en hög sensitivitet och specificitet för att identifiera hjärtsviktspatienter med ökad kardiovaskulär risk. Å andra sidan är evidensen kontroversiell kring den prognostiska rollen av NTproBNP över tid. Vår studie, fortsätter Giulia, visar att sjunkande eller låga nivåer av NTproBNP över tid har ett statistiskt signifikant samband med minskad risk för död jämfört med de som har ökande eller stabilt höga nivåer.³ Inom detta område finns behov av flera randomiserade kontrollerade studier.

Biverkningar försvårar optimal behandling

Med tanke på hur tydliga våra riktlinjer för hjärtsviktsbehandling är, menar Giulia, är det svårt att förstå varför vi inte lyckas bättre med att optimera patienternas behandling.^{1,2}

En viktig orsak till den dåliga följsamheten till riktlinjerna kan vara biverkningar. De kan göra att många patienter inte upptitreras till optimala doser, eller att man tvekar att sätta in något av basläkemedlen. Andra orsaker till underbehandling kan vara kunskapsbrist och brist på resurser. Det är framför allt inom vissa patientkategorier som underbehandlingen är stor:

- Njursjuka
- Hypotoniker
- Multisjuka
- Hyperkalemiker
- Äldre
- Kvinnor
- Primärvårdspatienter.

Referenser:

1. McDonagh T, et al. Eur Heart J. 2021;42(36):3599–726.
2. McDonagh T, et al. Eur Heart J. 2023;44(37):3627–39.
3. Ferrannini G, et al. ESC Heart Fail. 2024;11(2):759–71.
4. Ferrannini G, et al. Front. Cardiovasc. Med. 2024;11;1–9.

Hur ser vården av hjärtsvikt ut idag i Sverige?

För att få en tydligare bild av hur hjärtsviktsvården ser ut i Sverige idag genomfördes en enkätundersökning där 828 läkare i Sverige ombads svara på ett antal frågor kring hantering, behandling och uppföljning av hjärtsviktpatienter. 168 deltagare besvarade enkäten (59 % specialister och 41 % allmänläkare).³

Undersökningen visar att EKG tas regelbundet, ofta vid varje besök eller åtminstone en gång per år. Däremot uppger så många som 60 % av respondenterna att de inte genomför regelbundna EKO, utan att det endast sker om patienten uppvisar försämring. NYHA-klassificering görs relativt regelbundet, vid varje besök eller en gång om året, men bara 15 % följer upp "patient reported outcomes". En tredjedel av alla respondenter angav att de inte hade tillgång till hjärtsviktssjuksköterska, medan ca 25 % regelbundet remitterar patienterna dit. En stor majoritet anser att uppföljning i specialistvården bara är aktuell om patienternas kliniska status försämras.⁴

Som nämnts tidigare är följsamheten till den rekommenderade läkemedelsbehandlingen relativt dålig. Nedsatt njurfunktion och hypotension är de viktigaste anledningarna till dosreduktion eller utsättning av ACEi/ARB/ARNI, trots att det är väl känt att denna behandling bromsar försämringen av njurfunktionen.⁴

Hyperkalemi orsakar ofta utsättning av MRA och i värsta fall även av RAAS-blockerarna. Det är inte bra eftersom den viktigaste orsaken till försämring man ser hos hyperkalemipatienterna inte orsakas av hyperkalemin, utan av utsättningen av RAAS-blockerarna.⁴

När det gäller behandling med SGLT2-hämmare svarade en stor andel (39 %) av respondenterna att de inte är oroliga för potentiella biverkningar. Undersökningen visade även att de flesta läkare bara testar för järnbrist på årsbasis, eller när anemi tycks uppenbar.⁴

Med tanke på hur tydliga våra riktlinjer för hjärtsviktsbehandling är, menar Giulia, är det svårt att förstå varför vi inte lyckas bättre med att optimera patienternas behandling.

Utmaningar för sjukvården

- **Diagnos av hjärtsvikt**
 - Differentialdiagnostik
 - NTproBNP-test
 - Registrering i RiksSvikt
- **Behandling och implementering**
 - Utbildning
 - Kunskap för att kunna hantera biverkningar och ge indikation
- **Strukturerad uppföljning**
 - Patientflöde
 - Multidisciplinära team
 - Resurser

Hjärtsviktsriktlinjer – fungerar de i verkligheten?



*Annica Ravn-Fischer, Docent,
överläkare i kardiologi,
Sahlgrenska Universitets-
sjukhuset, Göteborg.*

Annica Ravn-Fischer inledde sitt anförande med att konstatera att vi idag har väldigt fina behandlingsmöjligheter vid alla typer av hjärtsvikt.^{1,2} Men, menar Annica, för att vi ska lyckas öka följsamheten till behandlingsriktlinjerna måste det till ett bättre samarbete över tre nivåer.

Nationellt ansvar

Vi har dels det **nationella ansvaret** där Socialstyrelsen och Kunskapsstyrningen har ett stort ansvar. Här efterlyser Annica större tydlighet från Socialstyrelsen. De senaste riktlinjerna för hjärtsjukvård kom 2015, med en mindre uppdatering 2018. Den uppdatering som planerats till 2024 har lagts på is utan närmare förklaring. Kunskapsstyrningen fungerar dock bättre och därifrån får vi regelbundet nya riktlinjer och dokument som hjälper vården att göra rätt. Att det i dag finns sju olika journalsystem i Sverige, med obefintlig kommunikation mellan systemen, bidrar också till en försvårande omständighet på nationell nivå. Tänk om vi kunde enas om ett journalsystem i Sverige!

Många av våra kvalitetsregister fungerar bra, menar Annica. Exempelvis har Swedeheart, det nationella kvalitetsregistret för hjärtsjukdomar, en

mycket hög täckningsgrad som i RIKS-HIA delen är >95 % för de som är under 80 år. När det kommer till Riksvikt ligger täckningsgraden omkring 20 %, vilket är alldeles för lågt.

Regionalt ansvar

Sedan har vi det **regionala ansvaret**, där regionerna bestämmer lokalt om resursfördelning, vilket gör vården ojämlig. Det kan tex ibland innebära att det är ett politiskt beslut som avgör om primärvården ska ha hjärtsköterskor eller inte.

Lokalt ansvar

Som sista nivå har vi det **lokala ansvaret** som hanterar frågan om och när patienterna ska behandlas och följas i specialistvård eller primärvård. Något drastiskt kallar Annica det för "helvetesgapet". Vi måste hitta sätt att överbrygga avståndet mellan specialistvård och primärvård. Digitala hjärtronder kan vara ett sätt att åstadkomma detta, där hjärtspecialisten sitter uppkopplad mot ett stort antal vårdcentraler och gemensamt analyserar patientdata, som EKG och annat.

Referenser:

1. McDonagh T, et al. Eur Heart J. 2021;42(36):3599–726.
2. McDonagh T, et al. Eur Heart J. 2023;44(37):3627–39.

Distansmonitorering gör det enklare att följa riktlinjerna

Ett exempel från Västra Götalandsregionen hur man kan göra det lättare att i enlighet med riktlinjerna sätta in de 4 basläkemedlen på 6 veckor, presenterades.

I den pågående TELEFASTER-studien låter man patienterna ta hem en blodtrycksmätare och en våg, vilka är uppkopplade digitalt till hjärtsviktsmottagningen. Patienterna ställer sig dagligen på vågen och mäter blodtrycket och kliniken får omedelbart en signal om blodtrycket eller pulsen ändras eller om vikten ökar snabbt. Med hjälp av denna monitorering kan hjärtsviktpatienterna själva följa ett förifyllt upptitreringsprogram i hemmet med ökande doser av basläkemedlen, samtidigt som läkaren har full koll. Detta kombineras så klart med regelbunden provtagning.

Utmaningar

Avslutningsvis summerade Annica några utmaningar inom hjärtsviktsvården där det råder stora nationella skillnader mellan olika regioner och där förbättringspotentialen är som störst:

- Väntetider på ekokardiografi.
- Tillgång till hjärtsviktsmottagning.
- Tillgång till fysisk träning inom hjärtrehabilitering.
- Följsamhet till första linjens läkemedelsbehandling.
- Implantationsfrekvens av ICD.
- Implantation av CRT.

Med hjälp av denna monitorering kan hjärtsviktpatienterna själva följa ett förifyllt upptitreringsprogram i hemmet med ökande doser av basläkemedlen, samtidigt som läkaren har full koll.



Vem ansvarar för vad?

Nationellt ansvar:	Socialstyrelsen vs Kunskapsstyrningen. Kvalitetsuppföljning
Regionalt ansvar:	Regioner bestämmer över resursfördelning Politiska "kokböcker" styr om det ska finnas hjärtsköterskor i PV
Lokalt ansvar:	Specialistsjukvård vs primärvård

Paneldebatt

Hur vill vi ha det?

Symposiet avslutades med en paneldebatt där olika frågeställningar berördes.

Hur förbättrar vi kontinuiteten och tillgången till vård?

Panelen var överens om att en viktig faktor för bättre kontinuitet i vården av hjärtsviktspatienter är tillgången på hjärtsviktssköterskor. Men även behovet av utbildning på alla nivåer i vårdkedjan betonades, inte minst hos primärvård och patienter. Ett sätt att öka primärvårdens kompetens är digitala hjärtronder. Ny teknologi har också potential att förbättra vården, i alla fall för rätt patienter (kanske inte multisjuka och äldre).

Hur ska vi använda NTproBNP?

Tyvärr saknas evidens för att säga att det lönar sig att regelbundet mäta NTproBNP, men observationella studier antyder att det kan vara vägledande. Ett problem är att det är stor skillnad mellan patienternas NTproBNP i studier och i verkligheten. Det gör det svårt att dra konkreta slutsatser.

Vad ska vi tänka på avseende de yngre hjärtsviktspatienterna?

Ett problem för unga hjärtsviktspatienter är att de kan ha svårt att identifiera sig med sin sjukdom. Bilden av den hjärtsjuka är ofta en gammal individ och det kan vara svårt för den unga patienten att känna igen sig i informationsmaterial. De unga har ofta större behov av stöttning från hela teamet, inte minst kurator och psykolog. Inte sällan brottas de med ekonomiska konsekvenser av sin sjukdom.

Hur ska vi göra med multisjuka, gamla patienter med HFpEF?

Hos denna grupp av patienter är diagnostiseringen ofta besvärlig och det förenklas inte av att det är begränsad tillgång till EKO-undersökningar. En lösning skulle kunna vara om andra specialiteter än bara kardiologer kunde genomföra EKO.

Kan AI vara till nytta?

AI-baserade algoritmer finns redan och kan användas för tolkning av tex EKO och EKG. Redan idag kan AI analysera EKG och förutspå framtida hjärtsvikt bättre än vad en människa kan.

Hur ökar vi tillgången till fysioterapi?

Det finns väldigt stark evidens för fysioterapi hos de hjärtsjuka patienterna, men vi har för få fysioterapeuter. Detta exemplifieras av analyser i RiksSvikt som visar att bara ca 10% av patienterna har deltagit i fysioterapi. Ett sätt att överbrygga problemet kan vara att utnyttja fysioterapeuter i primärvården, i alla fall när det gäller relativt friska patienter. Men kort sagt, fysioterapi och omställning av levnadsvanor är kostnadseffektiva behandlingar och området har stor förbättringspotential.

Hur får vi bättre täckning i RiksSvikt?

Studier visar att patienter som är med i RiksSvikt har en bättre prognos än patienter som inte är med. Därför borde vi kanske ställa krav på att alla nya patienter ska registreras i RiksSvikt och låta registreringen bli en standardiserad del av omhändertagandet av nya patienter. I framtiden kanske patienterna själva kan fylla in sina uppgifter i en särskild patientmodul, där de även kan rapportera sina symtom och värden. Det ligger i tiden eftersom ”patient-reported-outcomes” blir allt viktigare att följa.





