
Hvordan kan oppfølgingen av pasienter med hjertesvikt bli bedre?

LEDER

MARIA VISTNES

maria.vistnes@medisin.uio.no

Maria Vistnes er overlege og postdoktorforsker ved Hjertemedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus Ullevål og Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt honorar fra Novartis, AstraZeneca, Pharmacosmos og Paradigm Biopharmaceuticals, og har patent på et behandlingsprinsipp ved hjertesvikt. Hun er også grunnlegger av et oppstartsselskap som planlegger utvikling av prekliniske legemiddelkandidater.

Eldre og skrøpelige pasienter med hjertesvikt må følges opp på en helhetlig måte. Deres helsekompetanse og evne til egenomsorg må styrkes.

Hjertesvikt er hyppig og en vanlig årsak til innleggelse på sykehus [\(1\)](#). Munkhaugen og medarbeidere publiserer nå i Tidsskriftet en studie der de har kartlagt medikamentell behandling, egenomsorg og helsekompetanse hos pasienter med hjertesvikt innlagt ved Drammen sykehus og Sykehuset i Vestfold over en periode på seks måneder [\(2\)](#). De aller fleste pasientene som inngikk i studien var over 70 år, og mange skåret høyt på skrøpelighet til tross for at de aller sykeste ikke var inkludert. Pasientene var likevel i mindre grad selektert enn pasientene som inngår i vårt nasjonale register for hjertesvikt [\(3\)](#), og studien gir derfor verdifull informasjon om hvordan vi behandler og følger opp pasienter som befinner seg i en blindsones for dette registeret.

Oppfølging av pasienter med hjertesvikt kan deles i tre hovedfaser. Den første fasen består av diagnostisering og optimalisering av medikamentell behandling. Denne fasen starter ofte under en sykehusinnleggelse og fortsetter ved hjertesviktpoliklinikkene, der behandlingen av pasienter med hjertesvikt med redusert ejeksjonsfraksjon blir trappet opp med betablokker, mineralreseptorantagonister, renin-angiotensin-aldosteron-hemmere (RAAS-hemmere) og natriumglukose-kotransportør 2-hemmere (SGLT2-hemmere). Kun 17 % av de identifiserte hjertesviktpasientene i studien ble henvist til hjertesviktpoliklinikken, og disse var åtte år yngre i median alder enn dem som ikke ble

henvist (2). At andelen henviste er noe høyere enn det de respektive sykehus har rapportert til hjertesviktregisteret (Drammen 8 %, Tønsberg 16 %) (3), kan skyldes ulik bruk av vurderingskriterier og diagnosekoder for å identifisere pasientene. Tallene tyder uansett på at tilbudet om oppfølging ved hjertesviktpoliklinikken ikke gis til alle og at det gis i mindre grad til eldre pasienter.

I den andre fasen av oppfølgingen sikter man inn mot stabilisering med færrest mulig innleggelser. I denne fasen kan god oppfølging avdekke forvarsler på forverring. Egenbehandlingsplaner og styrket helsekompetanse kan da forebygge innleggelser, for eksempel ved at diuretisk behandling justeres ved tegn til økende stuvning, som vektoppgang. Siden nær 80 % av de inkluderte pasientene i studien hadde en kjent hjertesviktdiagnose før inklusjon, kan vi anta at en majoritet av pasientene befant seg i denne fasen. Det er derfor ekstra bekymringsverdig at forfatterne rapporterer om lav grad av helsekompetanse blant pasientene og lite bruk av egenbehandlingsplan.

«Funnene tyder på at mange pasienter med hjertesvikt blir underbehandlet»

Siste fase av oppfølgingen omfatter langtkommen hjertesvikt eller betydelig sykdomsbyrde fra komorbide tilstander. Dette innebærer en endring fra prognostiske til symptomatiske behandlingsmål. God hjertesviktbehandling er god symptomlindring, og medikamentene har additive effekter på både symptomer og overlevelse (4). Pasienter med redusert ejeksjonsfraksjon skal derfor som hovedregel behandles med alle fire medikamentklassene gjennom hele sykdomsforløpet. I denne studien fikk under halvparten av pasientene SGLT2-hemmere og mineralreseptorantagonister, mens bruken av betablokkere og RAAS-hemmere var hyppigere. Den lave bruken av disse to medikamentklassene samsvarer med andre studier, som viser unødig tilbakeholdenhet med bruk av SGLT2-hemmere blant eldre (5). Lav bruk kan skyldes frykt for bivirkninger, usikkerhet rundt overføringsverdien fra kliniske studier og begrenset klinisk erfaring med nyere legemidler. Det er imidlertid godt dokumenterte behandlingsgevinster av alle medikamentene også hos eldre pasienter (6). Funnene tyder derfor på at mange pasienter med hjertesvikt blir underbehandlet.

Studien til Munkhaugen og medarbeidere setter søkelyset på forbedringspunkter i oppfølging og behandling av pasienter med hjertesvikt. Forfatterne peker på udekkede behov for bedre oppfølging, mer bruk av egenbehandlingsplan, styrking av pasientens egenomsorg og helsekompetanse, mulighet for digital hjemmeoppfølging samt bruk av strukturerte forhåndssamtaler for pasienter i livets siste fase. Dette er viktige tiltak som kan være til hjelp mot de belyste utfordringene. I en større sammenheng tyder resultatene på behov for mer helhetlige pasientforløp, slik Helsedirektoratet har anbefalt for eldre med flere diagnoser (7). I slike forløp skal det være tydelige vekslingspunkt mellom diagnosespesifikke behandlingslinjer i spesialisthelsetjenesten og mer helhetlige forløp i kommunehelsetjenesten. Norsk cardiologisk selskaps veileder til fastleger som følger hjertesviktpasienter kan bidra til en mer sømløs overføring av oppfølgingen fra sykehuset til primærhelsetjenesten (8). Sammen med tiltakene som Munkhaugen og medarbeiderne foreslår, kan vi nærme oss en bedre og mer helhetlig oppfølging av hjertesvikt.

REFERENCES

1. Savarese G, Becher PM, Lund LH et al. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovasc Res* 2023; 118: 3272–87. [PubMed][CrossRef]
2. Munkhaugen J, Sverre E, Dammen T et al. Skrøpelighet, helsekompetanse og egenomsorg hos pasienter som innlegges med akutt hjertesvikt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.23.0297. [CrossRef]
3. Norsk hjertesviktregister. Årsrapport 2022. https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2023-08/%C3%85rsrapport%202022%20Norsk%20hjertesviktregister_0.pdf Lest 31.10.2023.
4. McDonagh TA, Metra M, Adamo M et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail* 2022; 24: 4–131. [PubMed][CrossRef]
5. Bellary S, Barnett AH. SGLT2 inhibitors in older adults: overcoming the age barrier. *Lancet Healthy Longev* 2023; 4: e127–8. [PubMed][CrossRef]
6. Vaduganathan M, Claggett BL, Jhund PS et al. Estimating lifetime benefits of comprehensive disease-modifying pharmacological therapies in patients with heart failure with reduced ejection fraction: a comparative analysis of three randomised controlled trials. *Lancet* 2020; 396: 121–8. [PubMed][CrossRef]
7. Helsedirektoratet. Oppfølging av personer med store og sammensatte behov. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov> Lest 31.10.2023.
8. Norsk cardiologisk selskap. Utredning, behandling og oppfølging av kronisk hjertesvikt i allmennpraksis. Arbeidsgruppa for hjertesvikt. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/ee690b8c98084969ba2057ba4b4fe336/utredning-og-behandling-hjertesvikt-allmennpraksis-15.03.23-endelig.pdf> Lest 31.10.2023.

Publisert: 6. november 2023. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0735

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.