



HJERTESVIKT I NORGE RAPPORT FOR PASIENTER OG PÅRØRENDE VEDLEGG TIL ÅRSRAPPORT 2023

UTARBEIDET AV:
NASJONALT SEKRETARIAT FOR NORSK HJERTESVIKTREGISTER
SEKSJON FOR MEDISINSKE KVALITETSREGISTRE
ST. OLAVS HOSPITAL HF

21.08.2024

KONTAKTINFORMASJON

NASJONALT SEKRETARIAT

Faglig leder

Charlotte Björk Ingul

Kardiologisk rådgiver

Torfinn Eriksen-Volnes

Kst. Daglig leder

Marianne Lægran

Registerkoordinatorer

Eva Kjøl Slind

Carina Bach

Statistiker

Martin Brevik Blindheimsvik

KONTAKT OSS

E-postadresse

Norsk.Hjertesviktregister@stolav.no

Hjemmeside

<https://www.kvalitetsregistre.no/register/hjerte-og-karsykdommer/norsk-hjertesviktregister>

Postadresse

Norsk hjertesviktregister

St. Olavs hospital HF

Seksjon for medisinske kvalitetsregistre

Postboks 3250 Torgarden

7006 Trondheim

HVA ER NORSK HJERTESVIKTREGISTER?

Norsk hjertesviktregister er et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for behandling av pasienter med hjertesvikt som følges opp ved en Hjertesviktpoliklinikk i Norge. Det finnes ingen norske retningslinjer for diagnosesetting og behandling av hjertesvikt. Norsk Cardiologisk Selskap har vedtatt at behandling til pasienter med hjertesvikt skal følge anbefalingene fra den europeiske kardiologiforeningen European Society of Cardiology (ESC) som er gitt i ESC Guidelines fra 2021¹.

Ifølge ESC Guidelines 2021¹ så er tverrfaglig behandling og oppfølging av pasienter med hjertesvikt den sterkeste anbefaling. I Norge tilbys en slik tverrfaglig behandling ved en Hjertesviktpoliklinikk.

På Hjertesviktpoliklinikken får pasientene opplæring i hvordan de best kan leve med sykdommen, oppleve økt egenmestring, få råd om fysisk aktivitet og kosthold, samt få optimal justering av medisiner i tråd med anbefalingene¹. Hensikten med Norsk hjertesviktregister er å sørge for at pasienter med hjertesvikt får et likeverdig tilbud og behandling ved en Hjertesviktpoliklinikk uansett hvor de bor i landet. I tillegg skal opplysningene fra Norsk hjertesviktregister danne grunnlag for videre forskning på behandling av hjertesvikt.

Norsk hjertesviktregister er en del av Hjerne- og karregisteret som fikk en egen forskrift 1. januar 2012. Forskriften gir Norsk hjertesviktregister lov til å samle inn opplysninger uten krav om samtykke fra pasienten i henhold til § 11. bokstav h i Helseregisterloven². Norsk hjertesviktregister omfatter personer med hjertesvikt, som har norsk fødselsnummer og er over 18 år. Personer med hjertesvikt som skyldes lungesykdom er ikke inkludert i registeret da de skal ha en annen behandling for sin lungesykdom. I henhold til Hjerne- og karregisterforskriften § 2-1³ er det en lovpålagt oppgave for alle sykehus med Hjertesviktpoliklinikk å registrere inn opplysninger om sine pasienter med hjertesvikt i Norsk hjertesviktregister.

Norsk hjertesviktregister samler inn data ved tre ulike tidspunkter under pasientens oppfølging på Hjertesviktpoliklinikken:

1. Første besøk skjer når pasienten først kommer til Hjertesviktpoliklinikken etter å ha fått stilt diagnosen, enten etter utskrivelse fra sykehus eller henvist fra fastlege/spesialist.
2. Siste justeringsbesøk finner sted når pasienten anses å være tilstrekkelig opplært i å forstå og håndtere sin hjertesvikt, og når medikamentjustering er fullført så langt det lar seg gjøre. Planlagte prosedyrer som intravenøs jerninfusjon, implantasjon av ICD*/CRT** eller angiografi med eventuelt blokkering (PCI)***, skal være gjennomført, og pasienten skal ha fullført et treningsprogram.
3. Oppfølgingsbesøket skjer like over seks måneder etter siste justeringsbesøk.

Norsk hjertesviktregister innhenter informasjon om kjønn, alder, sykdomshistorie, risikofaktorer, medisiner, livssituasjon (som sivilstatus og boforhold), grad av fysisk aktivitet og om pasienten er henvist til veiledet treningstilbud med kompetent personell, samt om sykdomsrelatert livskvalitet og generell helsetilstand. Denne rapporten er laget med et ønske om å gi enkel tilgjengelig informasjon til pasienter og pårørende.

Ønsker du mer utfyllende informasjon kan vi anbefale deg å lese «Årsrapport 2023» for Norsk hjertesviktregister. Den finner du her:

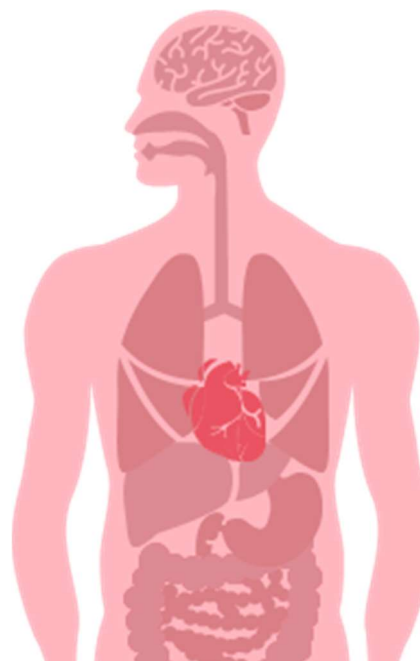
<https://www.kvalitetsregistre.no/register/hjerne-og-karsykdommer/norsk-hjertesviktregister>

*/**/**Se side 19.

HVA ER HJERTESVIKT?

Hjertesvikt betyr at hjertet ikke er i stand til å pumpe nok blod til å tilfredsstille kroppens behov. Det skyldes at hjertemuskelen enten er svekket eller for stiv. Ved en svekket hjertemuskulatur er hjertet sin pumpekraft nedsatt. Ved et for stivt hjerte er pumpekraften bevart, men hjertet klarer ikke å fylle seg med nok blod i forhold til kroppens behov.

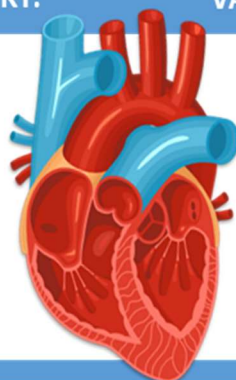
Hjertesvikt kan ha ulike årsaker. Hjertesvikt utvikler seg gjerne over flere år, men det kan også oppstå akutt i etterkant av et stort hjerteinfarkt (koronarsykdom) og ved noen andre tilstander vist i bildet under her.



Hjertesvikt har en hyppig forekomst, spesielt blant eldre. Med en aldrende befolkning i Norge vil behovet for oppfølging ved en Hjertesviktpoliklinikk bli stadig viktigere for å ivareta pasientene med hjertesvikt og redusere deres symptomer. Nedenfor ser du en oversikt over de typiske årsakene til hjertesvikt med redusert pumpekraft (HF_rEF) og lett nedsatt pumpekraft (HF_mEF) og de vanligste symptomene på hjertesvikt.

TYPISKE ÅRSAKER TIL HJERTESVIKT:

- Koronarsykdom
- Klaffefeil
- Sykdom i hjertemuskelen
- Hjerterytmeforstyrrelser
- Infeksjonssykdommer



VANLIGE SYMPTOMER PÅ HJERTESVIKT:

- Tungpusthet
- Hovne ben
- Vektendring
- Hjertebank
- Tretthet

Ved hjertesvikt med bevart pumpekraft (HF_pEF) er årsaken kompleks og sammensatt. Pasienter med sykdommer som høyt blodtrykk, hjerteflimmer, fedme, KOLS og søvnapne har en økt risiko for hjertesvikt. Symptomene er de samme som ved hjertesvikt med redusert (HF_rEF) og lett nedsatt pumpekraft (HF_mEF).

DE TRE TYPENE AV HJERTESVIKT

Hjertet sin pumpekraft (kalt ejsjonsfraksjon, forkortet til EF) er et viktig mål på hjertet sin funksjon, og benyttes i utredning og oppfølging av pasienter med hjertesvikt. Pumpekraften er prosentandel blod som pumpes ut i et hjerteslag. En normal pumpekraft er på 50 % eller høyere. Det finnes tre forskjellige typer hjertesvikt:

1. HJERTESVIKT MED REDUSERT PUMPEKRAFT (HF_rEF)

Hjertesvikt med redusert pumpekraft har en svekket hjertemuskelatur. Svekkelsen medfører at hjertet ikke pumper ut tilfredsstillende mengde blod til kroppens behov. Pasientene med redusert pumpekraft har en **pumpekraft på 40 % eller lavere.**



2. HJERTESVIKT MED LETT NEDSATT PUMPEKRAFT (HF_mrEF)

Hjertesvikt med lett nedsatt pumpekraft har en lett svekket hjertemuskelatur. Svekkelsen medfører at hjertet ikke pumper ut tilfredsstillende mengde blod til kroppens behov. Pasientene med lett nedsatt pumpekraft har en **pumpekraft mellom 41-49 %.**



3. HJERTESVIKT MED BEVART PUMPEKRAFT MED STIVT HJERTE (HF_pEF)

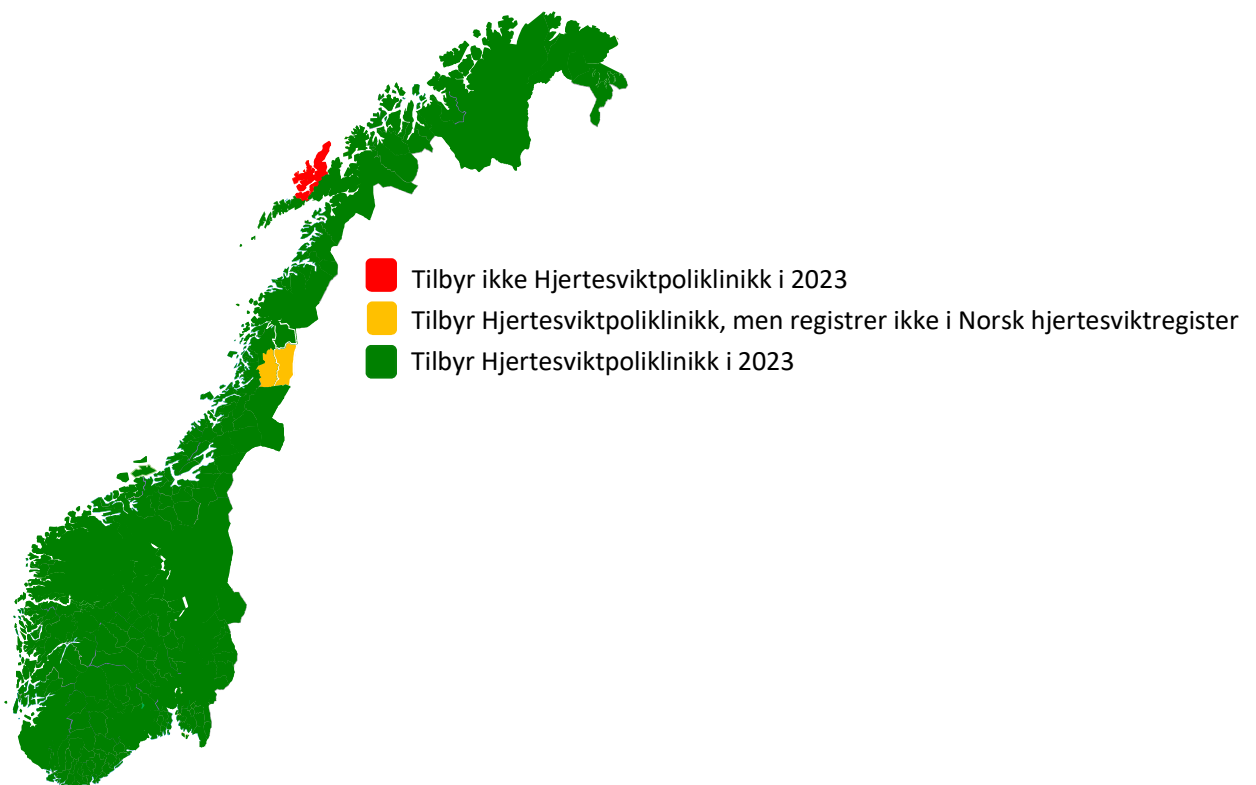
Hjertesvikt med bevart pumpekraft har en stiv og fortykket hjertemuskelatur. Stivheten i hjertemuskelaturen medfører at hjertet ikke fyller seg med tilstrekkelig mengde blod slik at mengden blod som pumpes ut til kroppen blir for liten. Pasientene med bevart pumpekraft har en **pumpekraft på 50 % eller høyere.**



Behandling av hjertesvikt med redusert pumpekraft (HF_rEF) har best dokumentert effekt, og har vist seg å redusere dødelighet og sykehusinnleggelses grunnet hjertesvikt⁴⁻⁶. Det er derfor foreløpig flest pasienter med denne typen hjertesvikt som får oppfølging ved en Hjertesviktpoliklinikk. Målet er at alle pasienter med hjertesvikt, uavhengig av hvilken type hjertesvikt, får oppfølging ved en Hjertesviktpoliklinikk i nærheten av der de bor.

HJERTESVIKTPOLIKLINIKKER I NORGE

Det er anbefalt at alle sykehus som behandler akutt og kronisk hjertesvikt skal ha en Hjertesviktpoliklinikk. På Hjertesviktpoliklinikken mottar pasienten undervisning om sin sykdom, støtte til egenmestring, kliniske undersøkelser som blodtrykk, vektkontoll og hjerterytmemålinger. I tillegg vil det bli justert medisiner ved behov, samt utført funksjonstester og målinger av helse- og sykdomsspesifikk livskvalitet. Målet er å styrke pasientens egenomsorg, helse og livskvalitet.



Kartet viser områder i Norge som har en etablert Hjertesviktpoliklinikk og registrerer i Norsk hjertesviktregister (grønn), områder som har en Hjertesviktpoliklinikk og ikke registrerer i Norsk hjertesviktregister (gul) og områder som ikke tilbyr Hjertesviktpoliklinikk (rød) i 2023.

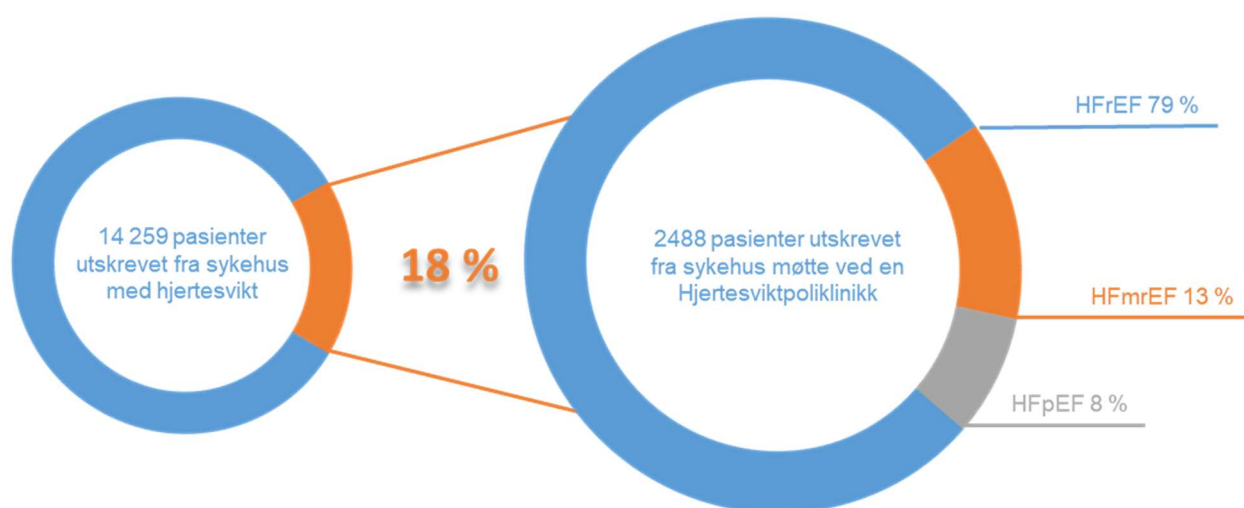
I LØPET AV 2023 HAR DET BLITT
ETABLERT FIRE NYE HJERTESVIKTPOLKLINIKKER:
ALTA, HAMMERFEST, VOSS OG EIGERSUND

Studier har vist at tverrfaglig oppfølging av pasienter med kronisk hjertesvikt fører til bedre livskvalitet, økt overlevelse og redusert antall sykehusinnleggelses på grunn av hjertesvikt⁴⁻⁶. I Norge tilbys denne tverrfaglige oppfølgingen best ved en Hjertesviktpoliklinikk.

OPPFØLGING VED HJERTESVIKTPOLIKLINIKK

Hjertesvikt er en tilstand som ofte har et svingende forløp, hvor pasientene har behov for hyppige medisinjusteringer og laboratorieundersøkelser. Symptomforverring medfører ofte sykehusinnleggelser, noe som kan forebygges med tett oppfølging ved en Hjertesviktpoliklinikk.

I 2023 ble det utskrevet 14259 personer med hjertesviktdiagnosen fra sykehus som tidligere ikke har blitt registrert i Norsk hjertesviktregister, hvorav kun 18 % av disse pasientene møtte opp ved en Hjertesviktpoliklinikk. Av de 18 % hadde 79 % hjertesvikt med redusert pumpekraft (HFrEF), 13 % hadde hjertesvikt med lett nedsatt pumpekraft (HFmrEF) og 8 % hadde hjertesvikt med bevart pumpekraft med stivt hjerte (HFpEF).



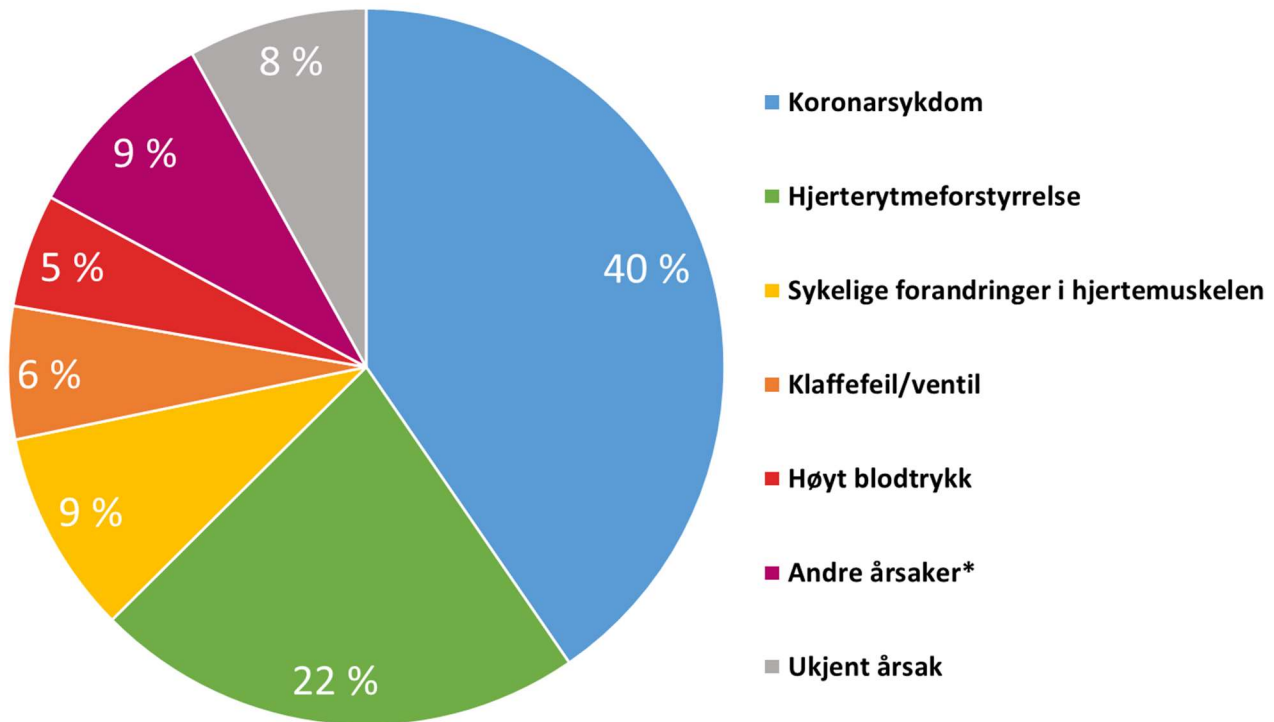
De europeiske retningslinjer¹ for behandling av pasienter med hjertesvikt sier at pasientene skal få oppfølging innen 28 dager etter utskrivelse fra sykehus. Kun 35 % av de 18 % som møtte ved en Hjertesviktpoliklinikk i 2023 fikk oppfølgingen innen anbefalt tid.

**KUN 18 % PASIENTER FÅR OPPFØLGING
VED EN HJERTESVIKTPOLIKLINIKK**

Ovenfor viser vi resultater basert på pasienter som har møtt ved en Hjertesviktpoliklinikk etter utskrivelse fra sykehus. Hvis man også legger til de pasientene som ble henvist fra fastlege og spesialist var det totalt 3813 som møtte ved en Hjertesviktpoliklinikk. Dette tilsvarer at litt under 3 av 10 pasienter mottok oppfølging ved en Hjertesviktpoliklinikk (21 % av 18150). Dette viser at det dessverre er altfor få pasienter med hjertesvikt som får oppfølging ved en Hjertesviktpoliklinikk.

ÅRSAKER TIL HJERTESVIKT

De hyppigste årsakene til hjertesvikt blant pasientene som følges opp ved en Hjertesviktpoliklinikk er koronarsykdom (40 %) eller hjerterytmeforstyrrelse (22 %).



For 8 % av pasientene er årsaken til hjertesvikten ukjent. Hos 9 % av pasientene skyldes hjertesvikten andre årsaker* som kan inkludere cytostatikainduisert hjertesvikt, takutsu-
kardiomyopati, kardial amyloidose, hypertrofisk kardiomyopati, arytmogen høyre ventrikkel
kardiomyopati, medfødte hjertefeil og kanalopatier.

KORONARSYKDOMMER

Koronarsykdommer er en samlebetegnelse for sykdommer i blodårene som omkranser hjertet. Disse blodårene omtales gjerne som koronararterier eller kransarterier. Sykdommene skyldes innsnevring eller blokkeringer av koronararteriene. Den mest kjente koronarsykdommen er hjerteinfarkt.

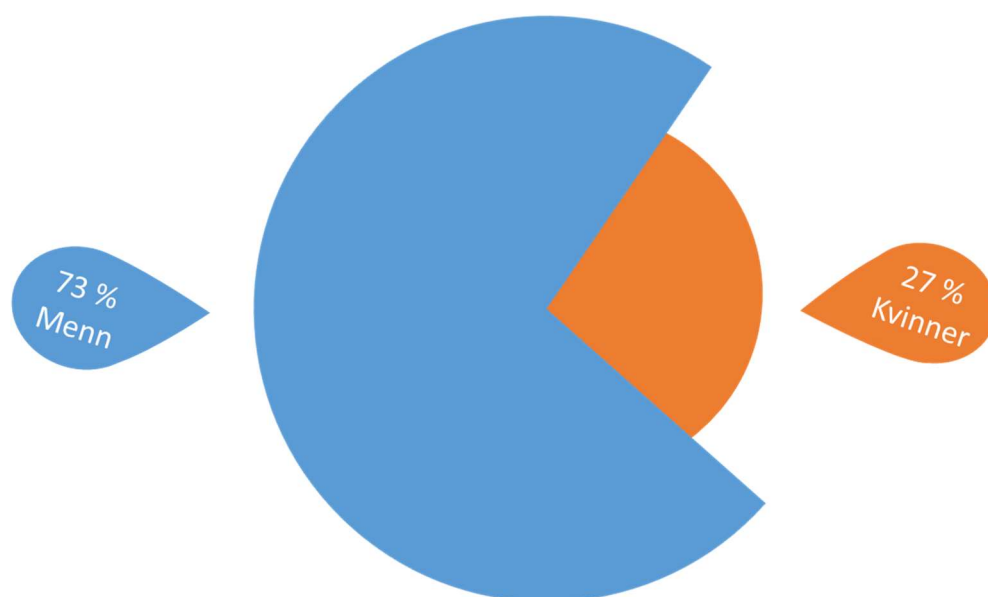
HJERTERYTMEFORSTYRRELSE

Hjerterytmeforstyrrelse er en samlebetegnelse for alle formene for unormal hjerterytme. Dette vil si at hjerte kan slå for raskt, for sakte eller uregelmessig. Slike forstyrrelser er relativt vanlig og kan inkludere en rekke ufarlige tilstander, men noen ganger kan det også indikere alvorlige hjertesykdommer som for eksempel hjertesvikt.

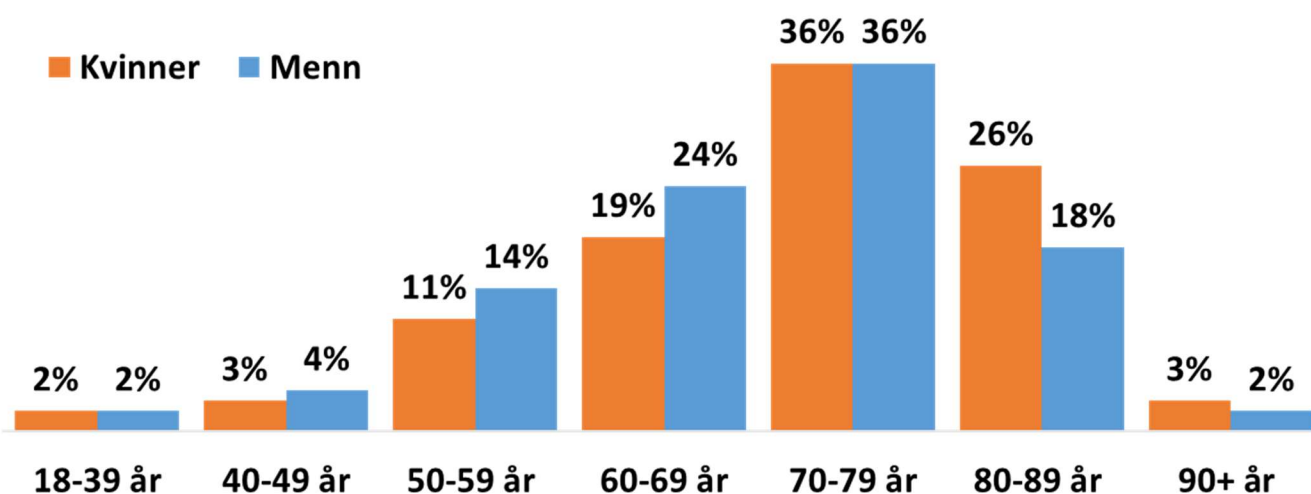
ANDEL MENN OG KVINNER

Til tross for at forekomsten av hjertesvikt er lik mellom menn og kvinner⁷ er det langt flere menn enn kvinner som får oppfølging ved en Hjertesviktpoliklinikk.

Ca. 7 av 10 (73 %) som følges opp ved en Hjertesviktpoliklinikk er menn.



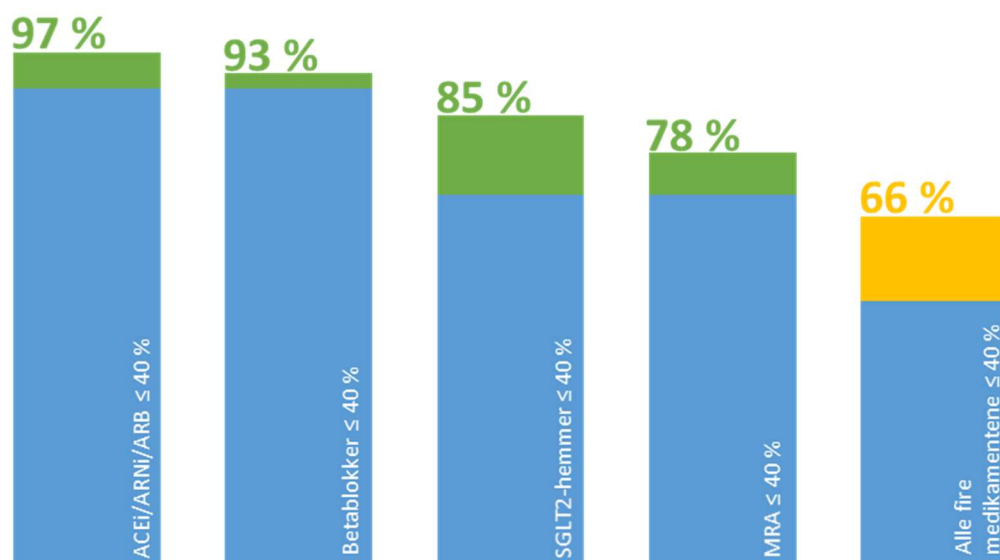
I stolpediagrammet nedenfor kan du se prosentandelen menn og kvinner med hjertesvikt som blir fulgt opp ved en Hjertesviktpoliklinikk fordelt i aldergrupper. Opptil 70 år er det flere menn enn kvinner som mottar oppfølging, ved 70 til 79 år er andelen menn og kvinner som får oppfølging lik. Mens etter fylt 80 år er det flere kvinner enn menn som mottar oppfølging. Dette skyldes trolig at kvinner har en høyere antatt levealder.



MEDIKAMENTELL BEHANDLING

Når kroppen ikke mottar tilfredsstillende mengde blod, aktiveres en rekke kompensierende mekanismer. Over tid kan vedvarende aktivering av disse mekanismene føre til en forverring av hjertesvikten. Det er derfor viktig å redusere denne aktiveringen, noe som oppnås ved hjelp av medikamenter. Den medikamentelle behandlingen tilpasses pasientens spesifikke behov, både basert på hvilken type hjertesvikt pasienten har, og hvilken medisin og dose pasienten tolererer best.

I 2021 kom det nye europeiske retningslinjer for behandling av hjertesvikt¹. I disse retningslinjene ble det anbefalt at alle pasienter med redusert pumpekraft (HFrEF) skal behandles med fire medisiner: ACEi/ARNi eller ARB, Betablokker, MRA og SGLT2-hemmer. Kombinasjonen av disse fire medikamentene har vist seg å øke overlevelsen og redusere antall sykehusinnleggelseser. Nedenfor ser du et søylediagram over prosentandelen pasienter med redusert pumpekraft (HFrEF) som bruker disse medikamentene etter oppfølging ved en Hjertesviktpoliklinikk.



Søylene med grønne prosentandeler viser en høy nasjonal måloppnåelse.

Søylene med gul prosentandel viser moderat nasjonal måloppnåelse. Pasienter som møter ved en Hjertesviktpoliklinikk i Norge er noe eldre enn i studiene slik at de kan ha høyere forekomst av blant annet lavt blodtrykk, nyresvikt og høyt kalium som vanskeliggjør bruken av alle fire medikamentene. Medikamentgruppen SGLT2-hemmer har vist å ha en reduserende effekt på symptomer og sykehusinnleggelseser for pasientene med hjertesvikt med lett nedsatt pumpekraft (HFmrEF) eller pasienter med bevart pumpekraft med stivt hjerte (HFpEF). Dette vil si de pasientene med hjertesvikt hvor hjertet pumper ut mer enn 40 % blod i et hjerteslag. Tidligere har det ikke vært noen effektiv behandling for disse to pasientgruppene. I en oppdatering av de europeiske retningslinjene fra 2023 er det anbefalt at disse pasientene skal få SGLT2-hemmer. Nasjonalt fikk 56 % av disse pasientene SGLT2-hemmer i 2023.



ACEi/ARNi eller ARB – Avlaster og beskytter hjertet

Disse tre medisinene brukes til å avlaste hjertet ved å redusere motstanden i blodomløpet. De gjør dette ved å utvide blodårene og forhindre opphoping av salt og vann i kroppen. Dette letter hjertets arbeid med å pumpe blod rundt i kroppen og senker blodtrykket. Som pasient vil du få en av disse tre medisinene avhengig av hva som passer best for ditt individuelle sykdomsbilde. Hvilken medisin du får, bestemmes av din toleranse for de ulike medisinene.

Betablokker – Styrker hjertemuskulaturens evne til å trekke seg sammen og utvide seg

Betablokkere avlaster hjerte ved å redusere antall ganger hjertet slår per minutt, slik at hjerte får mer tid til å fylles opp med blod. Dette medfører at hjertet pumper langsommere og med mindre kraft, noe som reduserer hjertets arbeidsbelastning. Denne reduksjonen i hjertefrekvens beskytter også mot alvorlige rytmeforstyrrelser. I likhet med ACEi/ARNi eller ARB-medisinene, så bidrar betablokkere også til en liten reduksjon i blodtrykket.

MRA – Mildt væskedrivende som sparer kalium

Denne medisinen virker vanndrivende i nyrene (gir økt produksjon av urin) ved å øke utskillelsen av natrium i urinen samtidig som utskillelsen av kalium reduseres. De kalles derfor kaliumsparende vanndrivende. Videre har denne medisinen en hormonregulerende og blodtrykkssenkende virkning. MRA hindrer også hjertemuskulaturen i å vokse og bli forstørret.

SGLT2-hemmer – Mildt væske- og sukkerdrivende

SGLT2-hemmer er en medisin som reduserer nyrenes oppsugning av sukker som gjør at overflødig sukker skilles ut i urinen sammen med salt og vann. Utskillelse av sukker i urinen assosieres med kaloritap og vektreduksjon. Behandling med denne medisinen fører til redusert belastning på hjertet og lindrer symptomer.

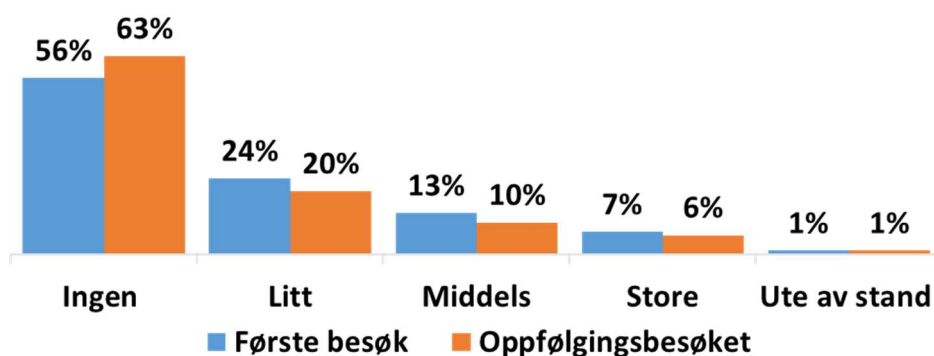
Kombinasjonen av disse fire medikamentene har dokumentert virkning på økt overlevelse og livskvalitet, samt redusert antall sykehusinnleggelseser.



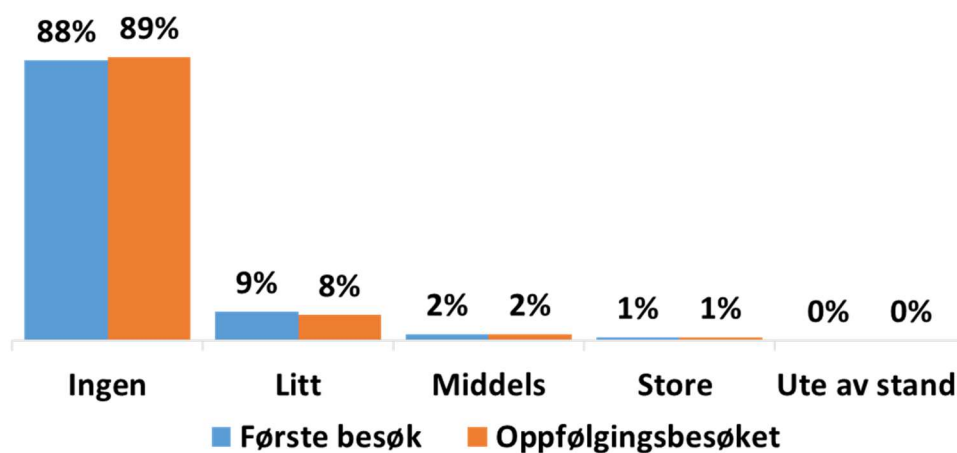
RESULTATER GENERELL HELSE

EQ-5D-5L er et standardisert skjema som brukes for å måle generell helse hos pasienten. Pasienter besvarer skjemaet både ved første besøk og ved oppfølgingsbesøket. Resultatene under vises for pasienter som fullførte sitt oppfølgingsbesøk i 2023 sammenliknet med pasientenes tilhørende besvarelser fra deres første besøk. Totalt var det 2296 pasienter.

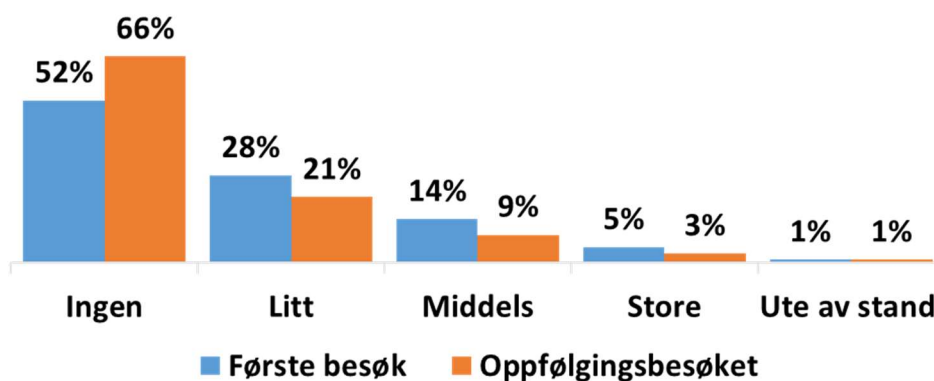
PROBLEMER MED Å GÅ



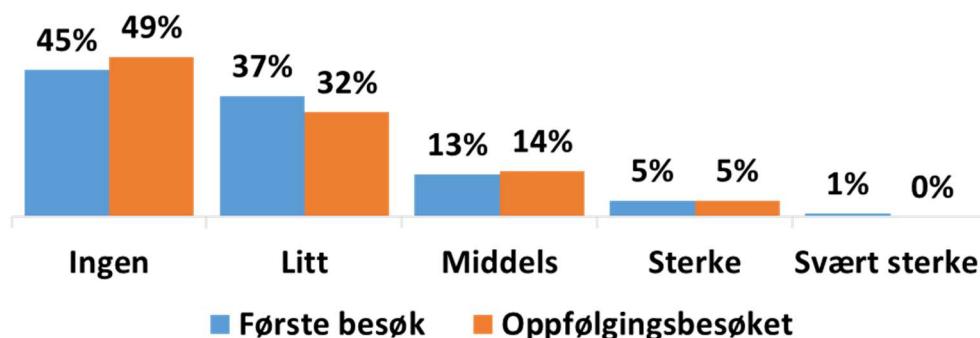
PROBLEMER MED Å VASKE OG/ELLER KLE PÅ MEG



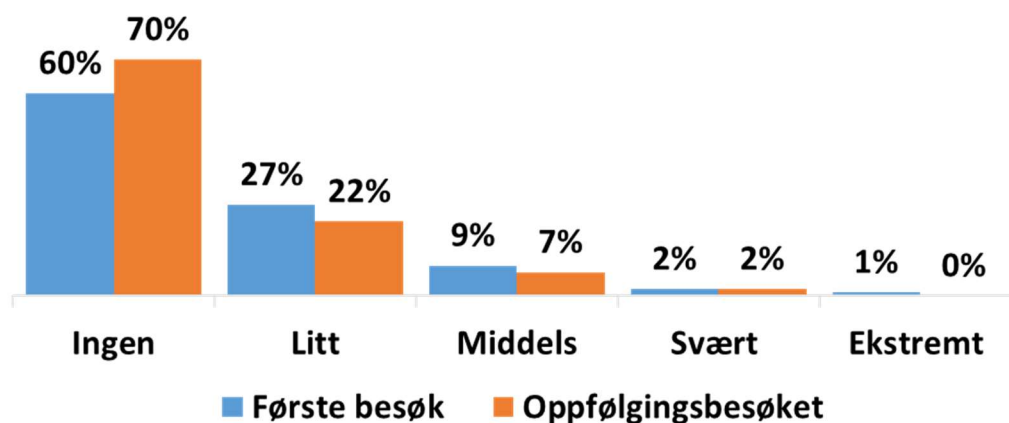
PROBLEMER MED Å UTFØRE DAGLIGE GJØREMÅL



HAR SMERTER OG UBEHAG

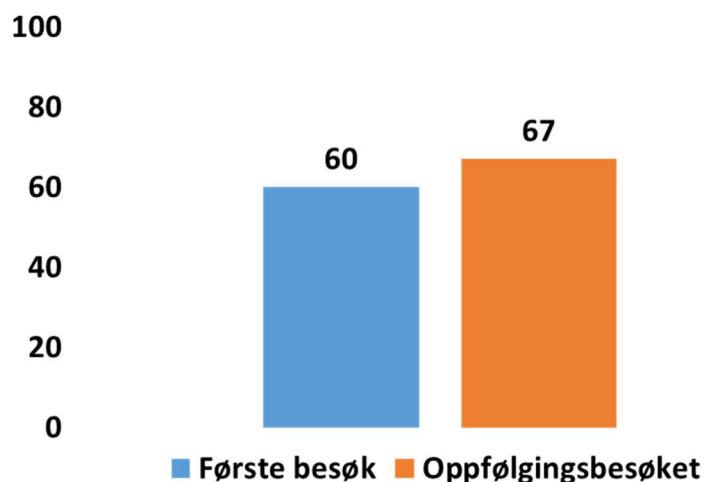


ER ENGSTELIG ELLER DEPRIMERT



HELSEN DIN I DAG PÅ EN SKALA FRA 1-100

I tillegg måler EQ-5D-5L hvordan pasientene vurderer sin egen helse på en skala fra 0 til 100, hvor 100 betyr den beste helsen og 0 betyr den dårligste helsen pasienten kan tenke seg. Her presenteres gjennomsnittsvar for alle pasientene på første besøk og oppfølgingsbesøket. Resultatet viser at pasientene vurderer sin egen helse litt bedre på oppfølgingsbesøket.



RESULTATER FYSISK AKTIVITET OG LIVSKVALITET

Dersom du har fått en hjertesviktdiagnose er det mye du selv kan gjøre for å forbedre egen helse. Regelmessig fysisk aktivitet bidrar til å opprettholde hjertets pumpekraft. Derfor er det viktig at du som pasient mottar veiledet trening fra kompetent personell, slik at du lærer om treningsmuligheter tilpasset din helsetilstand på en trygg og effektiv måte. Ved en Hjertesviktpoliklinikk i Norge skal du få tilbud om henvisning til veiledet trening, enten på sykehuset, ved et rehabiliteringssenter, et kommunalt tilbud eller andre steder med veiledet treningstilbud fra kompetent personell. På nasjonal basis var det kun 1 av 5 pasienter med hjertesvikt (20 %) som ble henvist til et veiledet treningstilbud fra kompetent personell, noe som er en altfor lavt.

**KUN 1 AV 5 PASIENTER BLE HENVIST TIL
VEILEDET TRENINGSTILBUD FRA KOMPETENT PERSONELL**

Norsk hjertesvikregister har sett på årsaken til hvorfor så få pasienter med hjertesvikt blir henvist til veiledet treningstilbud fra kompetent personell. Figuren under viser at litt over halvparten av de som ikke ble henvist ønsket å trene på egen hånd (55 %). I litt under 1 av 10 tilfeller (9 %) blir ikke pasienter med hjertesvikt henvist fordi det ikke eksisterer et veiledet treningstilbud fra kompetent personell.



Resultatene fra Norsk hjertesviktregister viser at pasientene med hjertesvikt trener mer etter oppfølging ved en Hjertesviktpoliklinikk:

- **Lett fysisk aktivitet** kategoriseres som aktivitet hvor du ikke blir svett eller andpusten. I 2023 var det en 7 % økning i andelen pasienter som var i lett fysisk aktivitet i tre timer pr. uke eller oftere etter oppfølging ved en Hjertesviktpoliklinikk.
- **Hard fysisk aktivitet** kategoriseres som aktivitet hvor du blir svett eller andpusten. Blant pasientene som svarte at de ikke var i hard fysisk aktivitet ved første besøk, besvarte 16 % at de var i hard fysisk aktivitet 1-3 timer pr. uke etter oppfølging ved en Hjertesviktpoliklinikk.



Ved en Hjertesviktpoliklinikk skal det gjennomføres en 6-minutter gangtest både ved første besøk og siste justeringsbesøk. Studier har vist at 6-minutter gangtest er et godt mål på den samlede effekten av den totale behandlingen når det gjelder medikamentell behandling, mer fysisk trening, bedre prognose* og færre sykehusinnleggelses etter siste justeringsbesøk⁸⁻¹⁵.

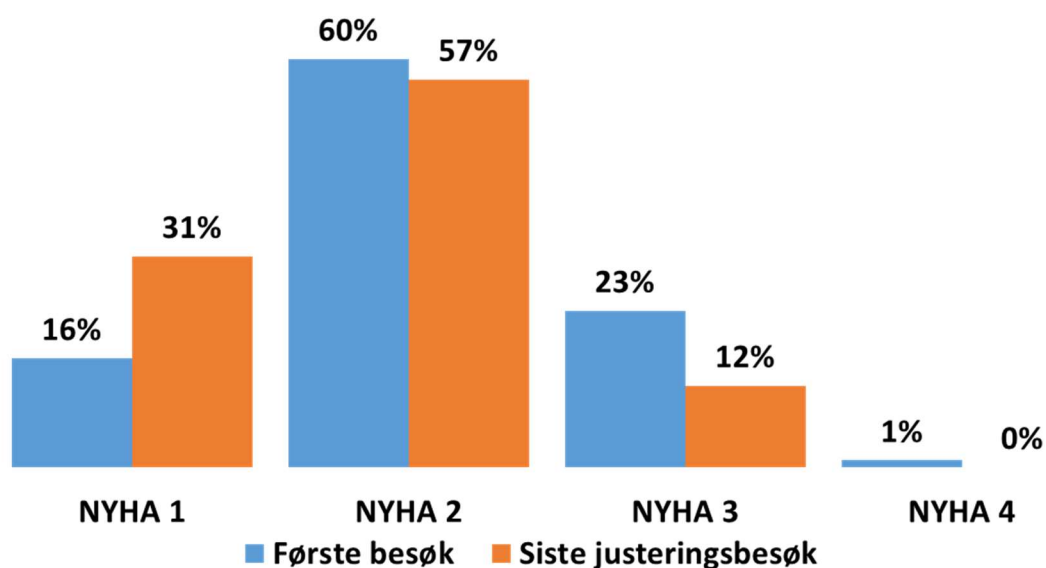
6-MINUTTER GANGTEST VISER EFFEKT AV MEDISINENE, FUNKSJONSNIVÅ, PROGNOSE OG INNLEGGELSER PÅ SYKEHUS

Nasjonalt hadde 73 % av pasientene med hjertesvikt en bedring i ganglengde på 6-minutter gangtest fra første besøk til siste justeringsbesøk.

* En prognose er en begrunnet gjetning/forutsigelse om hva som kommer til å skje i framtiden.

BEDRING AV NYHA - FUNKSJONSKLASSE

NYHA – funksjonsklasse viser en enkel inndeling av anstrengelsestoleranse hos pasienter med hjertesvikt. Inndelingen går fra NYHA 1 til 4, hvor 1 er den beste funksjonen. Under her vises endring i NYHA-klasse fra første besøk til siste justeringsbesøk blant pasientene som ble fulgt opp ved en Hjertesviktpoliklinikk i 2023, og som møtte opp ved begge besøkene (3246 pasienter). **35 % av pasientene opplevde bedring i NYHA-klasse.**



ØKT LIVSKVALITET ETTER OPPFØLGING VED EN HJERTESVIKTPOLIKLINIKK



OPPFØLGING VED EN HJERTESVIKTPOLIKLINIKK ØKER LIVSKVALITETEN

Livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt som møter ved en Hjertesviktpoliklinikk måles basert på pasientens egne svar på spørreskjemaet «Minnesota living with heart failure Questionnaire» ved første besøk og oppfølgingsbesøket. Ved oppfølgingsbesøket rapporterer 71 % av pasientene at de opplever økt livskvalitet fra første besøk.

Økt livskvalitet etter oppfølging ved en Hjertesviktpoliklinikk indikerer at pasientene har fått god behandling ved Hjertesviktpoliklinikken. Økt livskvalitet er også assosiert med færre sykehusinnleggelser grunnet hjertesvikt og økt overlevelse hos pasienter med hjertesvikt¹⁶⁻¹⁸, og kan således gi en bedre prognose for disse pasientene.

RESULTATER INNLEGGELSER SYKEHUS

FÆRRE INNLEGGELSER PÅ SYKEHUS ETTER OPPFØLGING HJERTESVIKTPOLIKLINIKK

I internasjonale studier angis ofte innleggelsesfrekvensen for pasienter med hjertesvikt å være mellom 30 - 50 % i løpet av 6 måneder og rundt 20 - 30 % innen 30 dager etter et sykehusopphold for hjertesvikt¹⁹⁻²⁴.

Tabellen under viser at det i 2023 var **kun 7 % av pasientene som ble innlagt på sykehus i de 6 første månedene etter siste justeringsbesøk grunnet hjertesvikt**, noe som er et svært godt resultat. Få sykehusinnleggelse på grunn av hjertesvikt tyder på at behandlingen pasienten har fått ved Hjertesviktpoliklinikken har vært god.

Regionale helseforetak	2019	2020	2021	2022	2023
Helse Vest	10 %	9.4 %	9.1 %	5.6 %	8.2 %
Helse Nord	8.2 %	10 %	7.8 %	9.3 %	7.8 %
Nasjonalt	9.4 %	8.7 %	7.4 %	7.3 %	7 %
Helse Sør-Øst	10 %	8 %	6.6 %	7.7 %	6.7 %
Helse Midt-Norge	7.7 %	9.4 %	8 %	7 %	6 %

Nasjonalt har det vært et synkende antall sykehusinnleggelse grunnet hjertesvikt blant pasienter som får oppfølging ved en Hjertesviktpoliklinikk. Av 4 regionale helseforetak, ser man at 3 regionale helseforetakene også har et synkende antall sykehusinnleggelse etter oppfølging ved en Hjertesviktpoliklinikk, noe som er et svært bra resultat.

OPPFØLGING VED EN HJERTESVIKTPOLIKLINIKK
FØRER TIL FÆRRE SYKEHUSINNLEGGELSER,
ØKT LIVSKVALITET OG ØKT OVERLEVELSE.

REFERANSER LITTERATUR OG BILDER

1. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Bohm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021;42(36):3599-726.
2. Helseregisterloven § 11, bokstav H [Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-43>].
3. Hjerter- og karregisterforskriften §2-1 [Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1250>].
4. Lund LH, Carrero JJ, Farahmand B, Henriksson KM, Jonsson A, Jernberg T, 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):1107-16.
5. Morton G, Masters J, Cowburn PJ. Multidisciplinary team approach to heart failure management. *Heart*. 2018;104(16):1376-82.
6. Stromberg A. Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure. Results from a prospective, randomised trial. *European Heart Journal*. 2003;24(11):1014-23.
7. Melbye H, Styliadis M, Solis JCA, Averina M, Schirmer H. Prediction of chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease in a general population: the Tromsø study. *ESC Heart Fail*. 2020 Dec;7(6):4139-4150. doi: 10.1002/ehf2.13035. Epub 2020 Oct 7. PMID: 33025768; PMCID: PMC7754893.
8. Forman DE, Fleg JL, Kitzman DW, Brawner CA, Swank AM, McKelvie RS, et al. 6-min walk test provides prognostic utility comparable to cardiopulmonary exercise testing in ambulatory outpatients with systolic heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2012;60(25):2653-
9. Fan Y, Gu X, Zhang H. Prognostic value of six-minute walk distance in patients with heart failure: A meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol*. 2018;2047487318797400.
10. Ingle L, Rigby AS, Carroll S, Butterly R, King RF, Cooke CB, et al. Prognostic value of the 6 min walk test and self-perceived symptom severity in older patients with chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2007;28(5):560-8.
11. Rasekaba T, Lee AL, Naughton MT, Williams TJ, Holland AE. The six-minute walk test: a useful metric for the cardiopulmonary patient. *Intern Med J*. 2009;39(8):495-501.
12. Matsumoto K, Xiao Y, Homma S, Thompson JLP, Buchsbaum R, Ito K, et al. Prognostic impact of 6 min walk test distance in patients with systolic heart failure: insights from the WARCEF trial. *ESC Heart Fail*. 2021;8(2):819-28.
13. Grundtvig M, Eriksen-Volnes T, Orn S, Slind EK, Gullestad L. 6 min walk test is a strong independent predictor of death in outpatients with heart failure. *ESC Heart Fail*. 2020.
14. Passantino A, Lagiolo R, Mastropasqua F, Scrutinio D. Short-term change in distance walked in 6 min is an indicator of outcome in patients with chronic heart failure in clinical practice. *J Am Coll Cardiol*. 2006;48(1):99-105.
15. Ingle L, Cleland JG, Clark AL. The relation between repeated 6-minute walk test performance and outcome in patients with chronic heart failure. *Ann Phys Rehabil Med*. 2014;57(4):244-53.
16. Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P, Rodríguez Pascual C, Montoto Otero C, Ortega Montes A, Nieto García A, et al. Health-Related Quality of Life as a Predictor of Hospital Readmission and Death Among Patients with heart failure. *Arch Intern Med*. 2005;165:1274-9.
17. Ferreira JP, Duarte K, Graves TL, Zile MR, Abraham WT, Weaver FA, et al. Natriuretic Peptides, 6-Min Walk Test, and Quality-of-Life Questionnaires as Clinically Meaningful Endpoints in HF Trials. *J Am Coll Cardiol*. 2016;68(24):2690-707.
18. Bundgaard JS, Thune JJ, Gislason G, Fosbol EL, Torp-Pedersen C, Aagaard D, et al. Quality of life and the associated risk of all-cause mortality in nonischemic heart failure. *Int J Cardiol*. 2020;305:92-8.
19. Dunbar-Yaffe R, Stitt A, Lee JJ, Mohamed S, Lee DS. Assessing Risk and Preventing 30-Day Readmissions in Decompensated Heart Failure: Opportunity to Intervene? *Curr Heart Fail Rep*. 2015;12(5):309-17.
20. Arora S, Patel P, Lahewala S, Patel N, Patel NJ, Thakore K, et al. Etiologies, Trends, and Predictors of 30-Day Readmission in Patients With Heart Failure. *Am J Cardiol*. 2017;119(5):760-9.
21. Shakir M, Wasfy JH. Heart failure and readmissions: Research in the public eye. *Am Heart J*. 2018;203:1-3.
22. Sulo G, Igland J, Overland S, Egeland GM, Roth GA, Vollset SE, et al. Heart failure in Norway, 2000-2014: analysing incident, total and readmission rates using data from the Cardiovascular Disease in Norway (CVDNOR) Project. *Eur J Heart Fail*. 2020;22(2):241-8.
23. Shah KB, Rahim S, Boxer RS. Heart failure readmissions. *Curr Treat Options Cardiovasc Med*. 2013;15(4):437-49.
24. Chun S, Tu JV, Wijeyesundera HC, Austin PC, Wang X, Levy D, et al. Lifetime analysis of hospitalizations and survival of patients newly admitted with heart failure. *Circ Heart Fail*. 2012;5(4):414-21.

Forside bilde: <https://www.istockphoto.com/photo/sky-is-the-limit-gm1289299126-385021217?phrase=multigenerational+family+hiking>

Tre typer hjertesvikt bilder side 5: <https://indremedisineren.no/2022/06/nye-europeiske-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-hjertesvikt/>

Treningsbilde side 15: bilde brukes ved tillatelse fra hjertetreningssgruppen ved St. Olavs Hospital HF.

<https://www.stolav.no/behandlinger/hjertetreningssgruppe> <https://www.stolav.no/avdelinger/rehabiliteringsklinikken/avdeling-er-ergo-og-fysioterapi/>

Livskvalitet bilde side 16: [Senior Couple Enjoying Autumn Walk Stock Photo - Download Image Now - Senior Adult, Walking, Autumn - iStock \(istockphoto.com\)](#)

Bakside bilde: [Safe In Each Others Hands Stock Photo - Download Image Now - Family, In A Row, Grandparent - iStock \(istockphoto.com\)](#)

***ICD (implantable cardioverter defibrillator)** = En pacemaker med hjertestarterfunksjon. En ICD er en liten datamaskin som opereres inn under huden i brystveggen, og med ledninger som føres inn i hjertet. En ICD overvåker hjerterytmen og den gir fra seg et støt i høyre hjerteventrikkel når den merker enkelte livstruende hjerterytmer. Denne behandlingen kalles defibrillering. En ICD kan bidra til å kontrollere livstruende arytmier, spesielt de som kan føre til plutselig hjertestans.

****CRT-P/D (cardiac resynchronization therapy)** = En hjertesviktpacemaker (P)/pacemaker med hjertestarterfunksjon (D) som opereres inn under huden i brystveggen ved et universitetssykehus på spesiell indikasjon hos noen pasienter. Her legges det to eller tre ledninger fra apparatet ned til ulike steder i hjertet via blodbanen. En CRT-P hjelper hjertet til å trekke seg sammen på en mer synkron/effektiv måte, og pumper ut mer blod ved hvert hjerteslag. Noen pasienter får i tillegg en hjertestarterfunksjon (CRT-D) på sin hjertesviktpacemaker.

*****PCI (percutan coronar intervention)** = En metode hvor man blokker opp trange partier i hjertets kransårer (blodårene som ligger utenpå hjertet og som forsyner hjertemuskelen med blod) ved hjelp av et kateter som føres gjennom huden, via en pulsåre til hovedpulsåren, og deretter inn i de trange kransårene. Av og til settes det inn en stent i kransåren for å holde det utblokka partiet inni kransåren åpent.



Den registrertes rettigheter i Hjerte- og karregisteret

Personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter sikrer at hensynet til ditt personvern veier tungt når helseopplysninger skal samles inn, lagres og brukes.

Som pasient har du rett til informasjon om hvilke opplysninger som er registrert om deg i Norsk hjertesviktregister. Ved å logge inn på <https://www.helsenorge.no/> kan du be om innsynsrapport.

For mer informasjon om innsyn se også nettside til Folkehelseinstituttet <https://www.fhi.no/is/hjertekar2/den-registrertes-rettigheter-i-hjer/>

 **NORSK HJERTESVIKTREGISTER**