

Specialistvård vid hjärtsvikt, och samarbete för att nå ut i primärvård

Carmen Basic

MD PhD överläkare kardiologi och internmedicin

Sahlgrenska Universitetssjukhuset Östra

Göteborg

Bakgrund



Hjärtsvikt är ett globalt problem



I Sverige har ca 200 000 till 300 000 personer hjärtsvikt.

Varje år insjuknar upp emot 40 000 personer med en nyupptäckt hjärtsvikt

Personer som lever med hjärtsvikt har nedsatt livskvalitet, fysisk kapacitet och överlevnad samt ofta behov av sjukhusinläggningar, och medför betydande vårdkostnader

Hjärtsvikt är behandlingsbar, men ofta underbehandlad

Trots medicinska framsteg har överlevnaden inte blivit bättre

Global Burden of Disease Study 2017. "Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017." *Lancet* 2018.

[Versionshantering \(d2flujgsl7escs.cloudfront.net\)](https://d2flujgsl7escs.cloudfront.net)

Heidenreich, P. A., et al. "Forecasting the impact of heart failure in the United States: a policy statement from the American Heart Association." *Circulation: Heart Failure* 2013.

Savarese, G., & Lund, L. H. "Global public health burden of heart failure." *Cardiac Failure Review* 2017.
Levy, D., et al. "Long-term trends in the incidence of and survival with heart failure." *New England Journal of Medicine* 2002.

Underutnyttjat medicinskt behandling

Patientfaktorer (t.ex. högre ålder, komorbiditeter, intolerans eller kontraindikationer, instabilitet under sjukhusvistelse)

Sjukvårdsfaktorer (t.ex. klinisk tröghet) har föreslagits som potentiella orsaker till suboptimal dosering av HF-terapi under sjukhusvistelse

Chioncel O et al, Eur J Prev Cardiol 2023

Janse RJ et al, Eur J Heart Fail 2022

Maggioni AP, et al, Eur J Heart Fail 2013

Musella F et al, Eur J Heart Fail 2023

Savarese G et al, Eur J Heart Fail 2021

Stolfo D et al, Eur J Heart Fail 2022

Savarese G et al, Eur J Heart Fail 2018

Greene SJ et al, Card Fail 2022 et al



Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Hjärtsvikt - nydebuterad

Rubrik: Hjärtsvikt - Personcentrerat och Sammanhållet Vårdförlopp - Nydebuterad
Dokument-ID: SSN12865-780821730-218
Version: 1.0



Nationellt dokument 2021

Godkänd i VGR av PPR: maj 26, 2023

Godkänd li VGR av Direktor: okt 18, 2023

Nationellt system

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN



PSV Hjärtsvikt

I: nydebuterad (2021)

II: kronisk (2024)

PSV I

- Fler patienter kan upptäckas tidigt i sin sjukdom och få behandling.
- Fler patienter ska få tidigt tillgång till teambaserad vård med hjärtsviktsmottagning.
- Tillgång till fysisk träning inom hjärtrehabilitering.
- Patienter ska ha individuellt upptrappad medicinsk behandling.

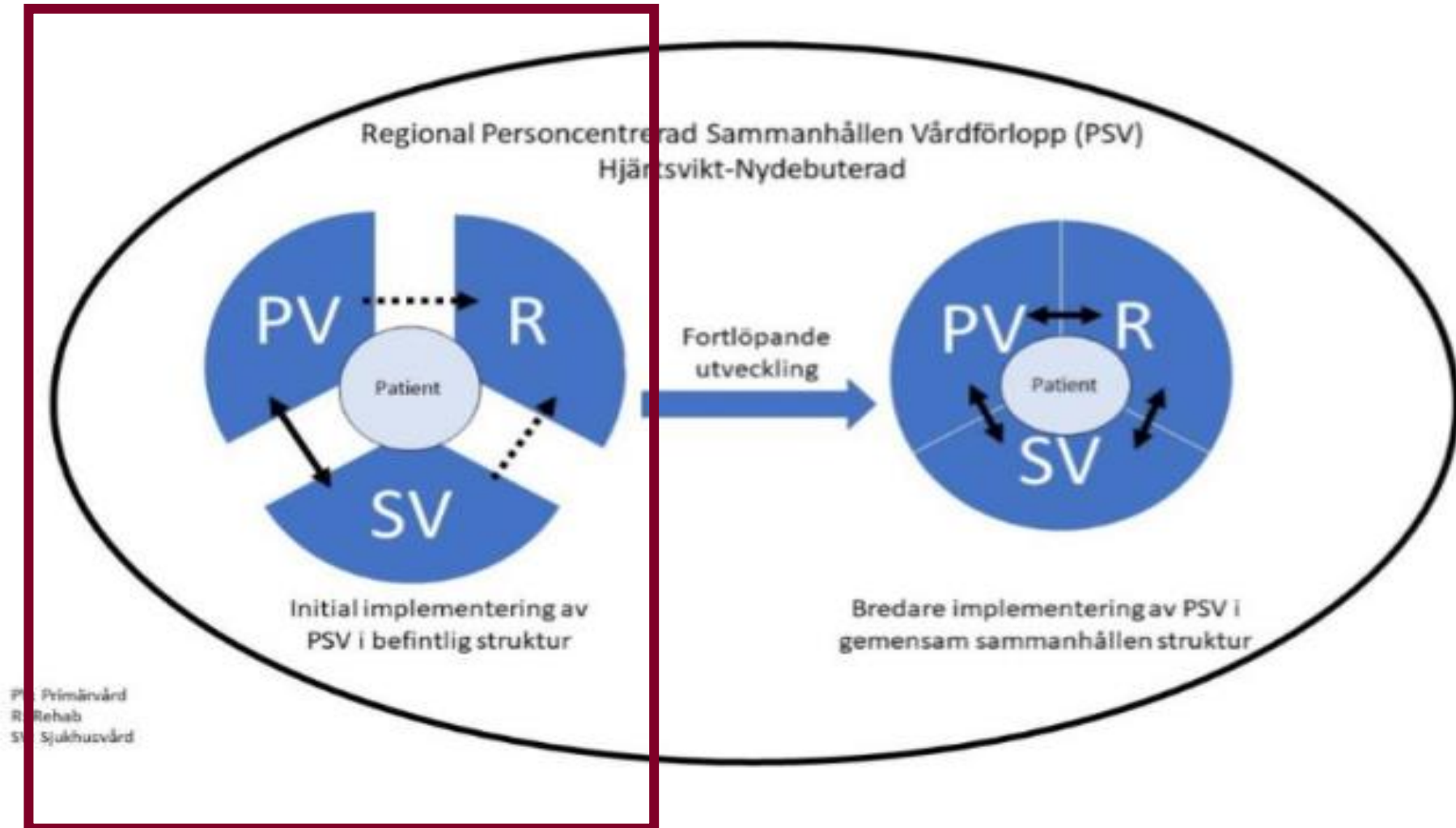
PSV II

- Årskontroller vid kronisk hjärtsvikt
- Strukturerat återbesök efter vårdtillfälle för hjärtsvikt
- Tillgång till god palliativ vård.

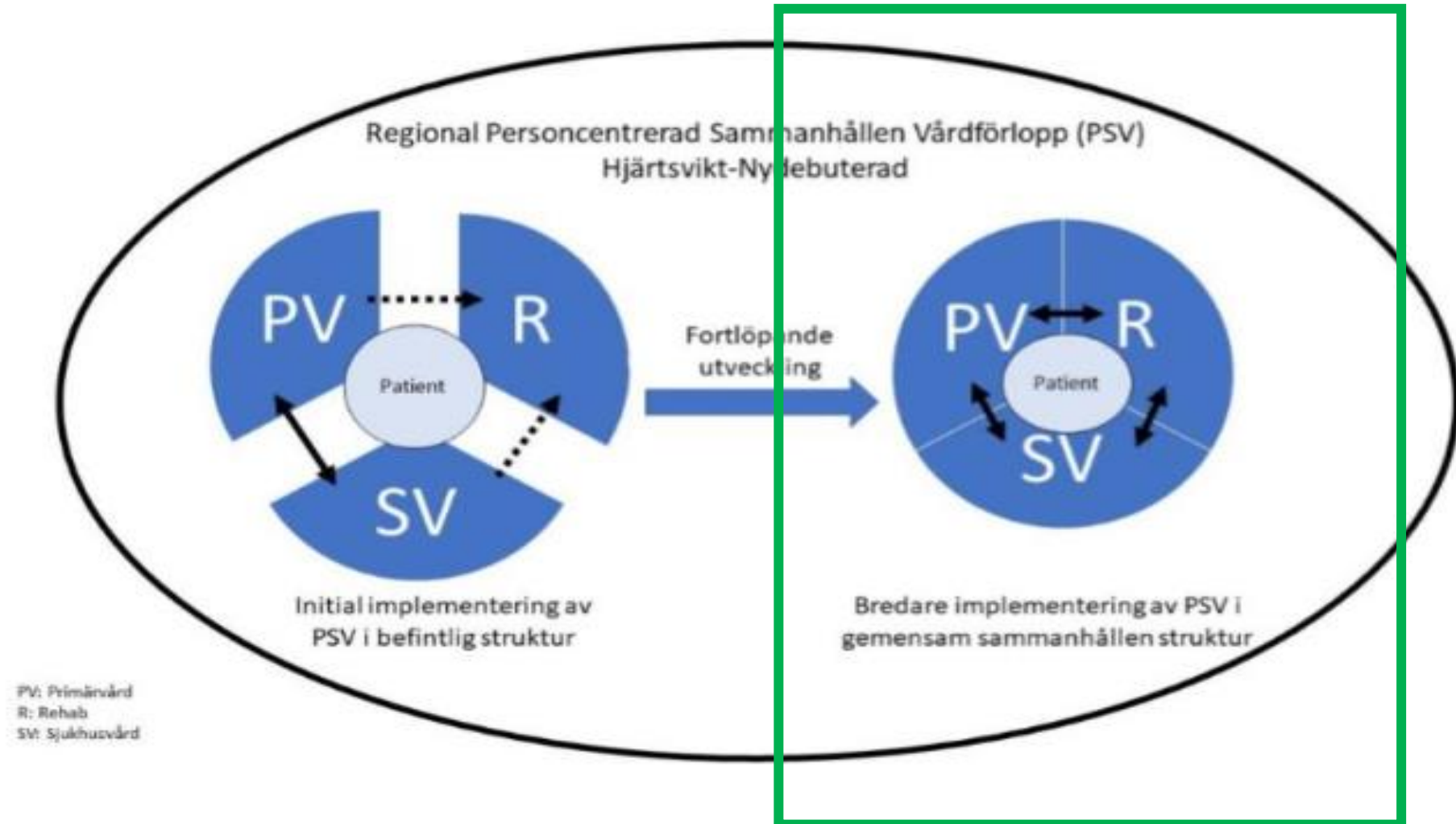
Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Det multiprofessionella teamet (läkare, hjärtsviktssköterska och fysioterapeut) nära patienten utgör grunden för hjärtsviktvården.



Det multiprofessionella teamet (läkare, hjärtsviktssköterska och fysioterapeut) nära patienten utgör grunden för hjärtsviktvården.



Definition

- **UNIVERSAL DEFINITION OF HF**

HF is a clinical syndrome with current or prior

- Symptoms and/or signs (*Table 6*) caused by a structural and/or functional cardiac abnormality (as determined by EF <50%, abnormal cardiac chamber enlargement, E/E' >15, moderate/severe ventricular hypertrophy or moderate/severe valvular obstructive or regurgitant lesion)
- and corroborated by *at least one* of the following:
 - Elevated natriuretic peptide levels (for values refer to *Table 7*)
 - Objective evidence of cardiogenic pulmonary or systemic congestion by diagnostic modalities such as imaging (e.g. by chest X-ray or elevated filling pressures by echocardiography) or haemodynamic measurement (e.g. right heart catheterization, pulmonary artery catheter) at rest or with provocation (e.g. exercise).

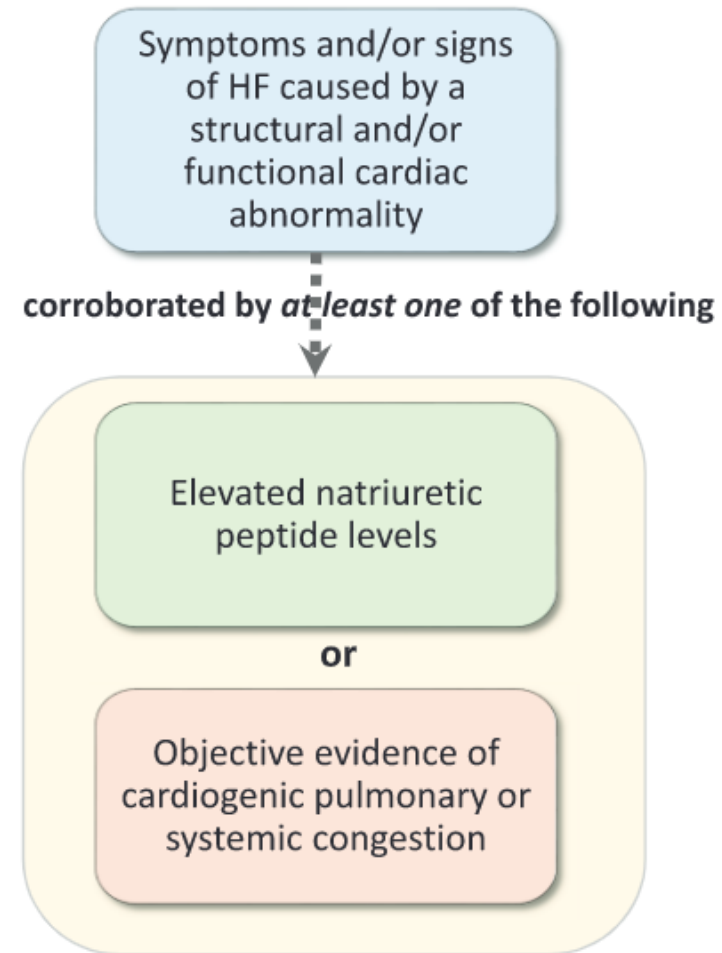


Figure 1 Universal definition of heart failure (HF).

New in Diagnosis



Type of HF		HFrEF	HFmrEF	HFpEF
CRITERIA	1	Symptoms ± Signs ^a	Symptoms ± Signs ^a	Symptoms ± Signs ^a
	2	LVEF ≤40%	LVEF 41–49% ^b	LVEF ≥50%
	3	—	—	Objective evidence of cardiac structural and/or functional abnormalities consistent with the presence of LV diastolic dysfunction/raised LV filling pressures, including raised natriuretic peptides ^c

^bFor the diagnosis of HFmrEF, the presence of other evidence of structural heart disease (e.g. increased left atrial size, LV hypertrophy or echocardiographic measures of impaired LV filling) makes the diagnosis more likely.

^cFor the diagnosis of HFpEF, the greater the number of abnormalities present, the higher the likelihood of HFpEF.

Tydligt definierat samarbete mellan sjukhus och Primärvården: **NÄR? HUR? VAD?**

1 **Vårdförloppet börjar vid välgrundad misstanke om hjärtsvikt.**

Obligatoriska uppgifter vid remiss till ekokardiografi vid hjärtsviktsmisstanke, märkt med PSV: • Anamnes och status • Funktionsklass enligt NYHA • EKG fynd, aktuellt NTproBNP, elstatus, • Övriga relevanta utförda utredningar • Aktuell medicinering

Tiden till 1st ekokardiografien förkortas

Primärvård
Akutmottagning
Öppenvårdsklinik

Utredning av hjärtsvikt

Anamnes & status

Trötthet
Andfåddhet
Ortopné
Viktuppgång
Perifera ödem
Basala lungrassel
Blåsljud
Halsvenstas

Vid ett eller flera fynd vidare utredning

NTproBNP >400*

EKG*

Ev lungröntgen

Övriga labprover:
Hb, Na, K, Krea,
ASAT, ALAT, TSH,
T3/T4, glukos

* obligatoriskt vid utredning

Välgrundad
misstanke om
hjärtsvikt

Remiss PSV till hjärteko/UCG
(inkl anamnes, EKG, NTproBNP)

Diuretika vb

Ev basbehandling

NTproBNP (ng/l)

Ålder	Osannolikt	Gråzon	Sannolikt
17-50	<125	125-400	>400
50-75	<300	300-900	>900
>75	<400	400-2000	>2000
	Hjärtsvikt osannolikt överväg andra orsaker	Hjärtsvikt möjligt andra orsaker bör också övervägas	Hjärtsvikt sannolikt

Kontinuerlite



Information till vårdpersonal inom primärvård vid misstänkt hjärtsvikt

Personcentrerat och Sammanhållet Vårdförlopp (PSV) hjärtsvikt är ett nationellt initiativ som dels syftar till att skapa ett enhetligt omhändertagande av patienter med hjärtsvikt, dels att förkorta tiden till diagnos och start av effektiv behandling. Den första november startade första fasen i införandet av PSV hjärtsvikt i VGR.

Den första fasen av PSV hjärtsvikt berör huvudsakligen specialiserad öppenvård på sjukhus. Under denna fas arbetar vi för att förbättra remisstider till ekokardiografi och TBH (teambaserad hjärtsviktsmottagning där hjärtsviktsjuksköterskor, fysioterapeuter och kardiologer arbetar i team) för att förkorta tiden till full upptitrering av hjärtsviktsläkemedel. Senare i förloppet kommer primärvården att bli mer involverad och då återkommer vi med mer information.

För att våra patienter med hjärtsvikt ska få den bästa möjliga vården i ett tidigt stadium behöver primärvård och slutenvård samverka. Därför välkomnas nu remisser med önskemål om att patienten ska handläggas enligt PSV hjärtsvikt. För att snabb handläggning enligt vårdförloppet ska vara möjlig, är följande information i remissen nödvändig:

- Ett eller flera symptom/tecken som kan vara förenliga med hjärtsvikt
- Ett aktuellt EKG
- Ett aktuellt NT-pro BNP >400
- Relevant sjukhistoria
- Uppgift om eventuella utredningar som gjorts av differentialdiagnoser i närtid
- Aktuell medicinlista inklusive eventuella nyinsatta hjärtsviktmediciner

Publicerad på
Vårdgivarnytt 2022

Markera remissen med PSV hjärtsvikt!

Remissvägarna är oförändrade och följer tidigare rutiner.

Tillsammans gör vi det möjligt att fånga upp patienterna tidigt!

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Snabbspår från ekokardiografen – diagnos - bedömning

Snabbspårsmodell PSV hjärtsvikt



TBH: Teambaserad hjärtsvikts-mottagning

Hjärtsviktdiagnosen fastställas av kardiolog som utför ekokardiografen (där Klinfys inte finns) alternativt av ansvarig kardiolog på Hjärtsviktmottagning efter genomförd ekokardiografen på Klinfys.

Remissrutiner

Remiss till TBH (team-baserad hjärtsviktmottagning) på sjukhus vid nydiagnostiserad hjärtsvikt utan tidigare misstanke, märkt med PSV.

Obligatoriska remissuppgifter vid remiss

- Anamnes och status
- Funktionsklass enligt NYHA
- EKG-fynd, aktuellt NTproBNP, elstatus, hb
- **Fynd från ekokardiografi**
- Övriga relevanta utförda utredningar
- Aktuell medicinering

Management of HFrEF

To reduce mortality - for all patients

ACE-I/ARNI

BB

MRA

SGLT2i

Management of patients with HFmrEF

Diuretics for
fluid retention
(Class I)

Dapagliflozin/
Empagliflozin
(Class I)

ACEI/ARNI/ARB
(Class IIb)

MRA
(Class IIb)

Beta-blocker
(Class IIb)

Management of patients with HFpEF

Diuretics for
fluid retention
(Class I)

Dapagliflozin/
Empagliflozin
(Class I)

Treatment for aetiology,
CV and non-CV comorbidities
(Class I)

Recommendations

An SGLT2 inhibitor (dapagliflozin or empagliflozin) is recommended in patients with HFpEF to reduce the risk of HF hospitalization or CV death.

Class	Level
I	A

TIDIG och SNABB!



- **TIDIG:** I studier har man visat behandlingseffekt inom 2-4 veckor
- **SNABB:** Snabbare jämfört med långsammare läkemedelssekvensering minskade antalet sjukhusinläggningar eller CV-död med så mycket som 47 per 1000 patienter (1)
- **STRONG-HF(2)**

1. Shen L et al, Eur Heart J 2022
2. Mebazaa A et al, Lancet 2022
3. Packer M and McMurray, Eur J Heart Fail 2021

De flesta RCT visade en snabb behandlingseffekt, inom 2–4 veckor efter påbörjad behandling

Table 2 Early effects of foundational treatments on major outcomes in large-scale trials

Trial	Study drug; starting and target doses	Endpoint reported	Time of assessment	Dose at time of assessment	Hazard ratio (95% CI)	Comments
SOLVD Treatment	Enalapril Starting dose: 2.5-5 mg BID Target dose 10 mg BID	All-cause mortality or hospitalization for heart failure	Effect at 14 days	Enalapril 2.5-5 mg BID	0.65 (0.39-1.06)	Effect size with starting dose at 14 days comparable to overall trial
			Effect at 30 days	Mixture of starting and target doses	0.49 (0.33-0.73)	
			Effect in overall trial (mean follow-up, 41 months)	Mean: 16.6 mg daily overall	0.74 (0.66–0.82)	
COPERNICUS	Carvedilol Starting dose: 3.125 mg BID Target dose: 25 mg BID	All-cause mortality in high-risk patients	Effect at 8 weeks	Mean: 6.5 mg BID at 4 weeks and 11.6 mg BID at 6 weeks	0.20 (0.06-0.70)	Major separation of Kaplan-Meier curves at 4 weeks
			Effect in overall trial (mean follow-up, 10.5 months)	Mean: 18.5 mg BID at 4 months	0.61 (0.41-0.89)	
		All-cause mortality or all-cause hospitalization in high-risk patients	Effect at 8 weeks	Mean: 6.5 mg BID at 4 weeks and 11.6 mg BID at 6 weeks	0.71 (0.48-1.04)	Major separation of Kaplan-Meier curves at 4 weeks
			Effect in overall trial (mean follow-up, 10.5 months)	Mean: 18.5 mg BID at 4 months	0.71 (0.56-0.89)	
EPHESUS	Eplerenone Starting dose: 25 mg QD Target dose: 50 mg QD	All-cause mortality	Effect at 30 days	25 mg QD by study design	0.69 (0.54, 0.89)	Significant effect with starting dose at 30 days
			Overall effect (mean follow-up, 16 months)	42.6 mg QD overall	0.85 (0.75, 0.96)	
		Sudden cardiac death	Effect at 30 days	25 mg QD by study design	0.63 (0.40, 1.00)	Significant effect with starting dose at 30 days
			Overall effect (mean follow-up, 16 months)	42.6 mg QD overall	0.79 (0.64, 0.97)	
PARADIGM-HF	Sacubitril/valsartan 97/103 mg BID (randomized at target dose)	Cardiovascular death or hospitalization for heart failure	Effect at 30 days	Most patients maintained at target dose	0.65 (0.45-0.93)	Significant effect at 30 days
			Effect in overall trial (median follow-up, 27 months)		0.80 (0.73, 0.87)	
EMPEROR-Reduced	Empagliflozin Starting dose: 10 mg QD Target dose: 10 mg QD	Cardiovascular death and hospitalization or urgent visit for worsening heart failure	Effect at 12 days	10 mg QD	0.42 (0.19-0.92)	Significant effect with starting dose within 28 days
			Effect at 28 days	10 mg QD	0.67 (0.44-1.00)	
			Effect in overall trial (median follow-up, 16 months)	10 mg QD	0.76 (0.67-0.87)	
DAPA-HF	Dapagliflozin Starting dose: 10 mg QD Target dose: 10 mg QD	Cardiovascular death and hospitalization or urgent visit for worsening heart failure	Effect at 28 days	10 mg QD	0.51 (0.28-0.94)	Significant effect with starting dose within 28 days
			Effect in overall trial (median follow-up, 18 months)	10 mg QD	0.74 (0.65-0.85)	

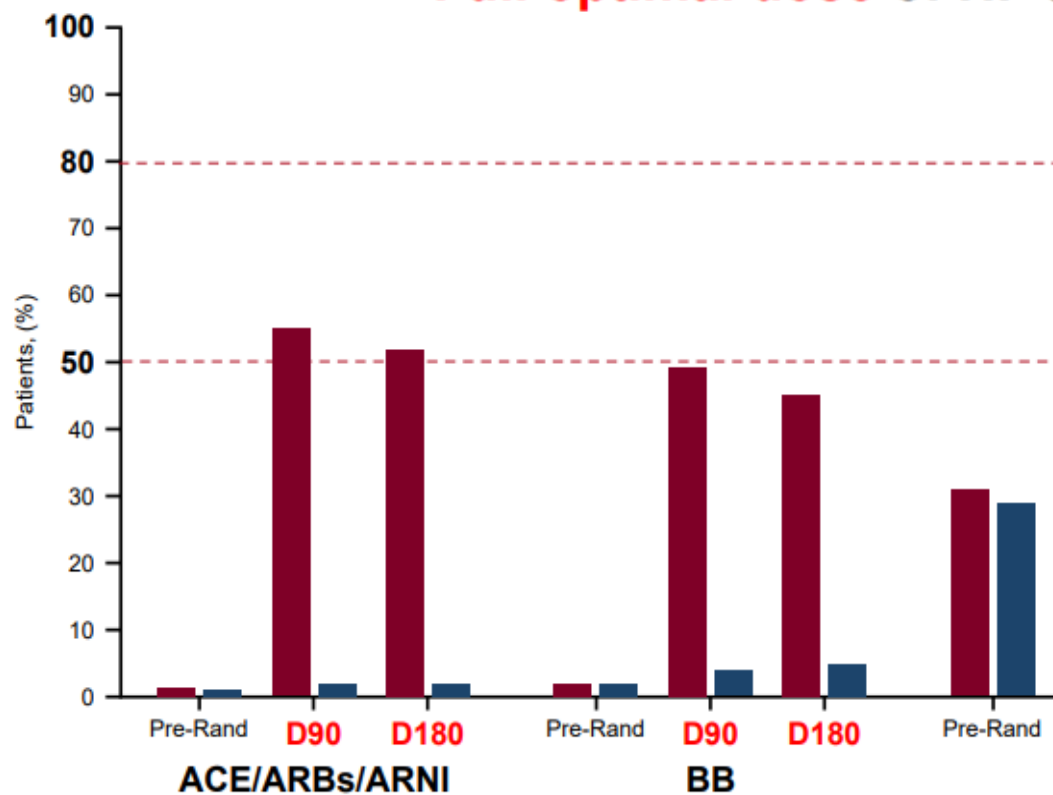
BID, twice daily; CI, confidence interval; QD, once daily.

STRONG-HF

Study design

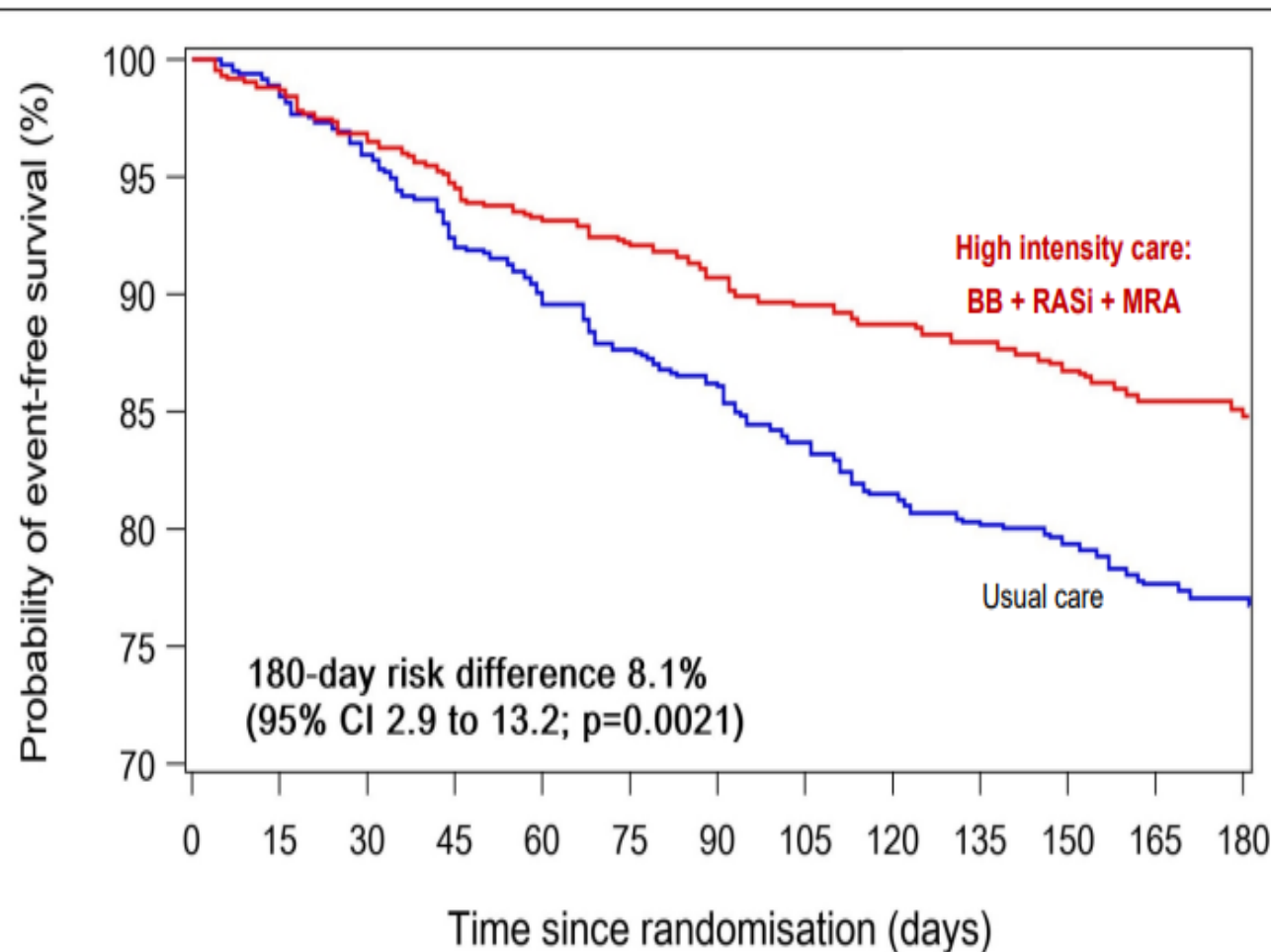
Oral HF therapies prescribed in high intensity and usual care

Full optimal dose of HF t



Patients

- 1078 patients hospitalized for acute HF
- Not already on full doses of GRMT
- Haemodynamically stable
- NT-proBNP >2500 pg/mL at screening, >10% increasing to randomization



Management of HFrEF

To reduce mortality - for all patients

ACE-I/ARNI

BB

MRA

SGLT2i

Management of patients with HFmrEF

Diuretics for
fluid retention
(Class I)

Dapagliflozin/
Empagliflozin
(Class I)

ACEI/ARNI/ARB
(Class IIb)

MRA
(Class IIb)

Beta-blocker
(Class IIb)

Management of patients with HFpEF

Diuretics for
fluid retention
(Class I)

Dapagliflozin/
Empagliflozin
(Class I)

Treatment for aetiology,
CV and non-CV comorbidities
(Class I)

Recommendations

An intensive strategy of initiation and rapid up-titration of evidence-based treatment **before discharge** and during frequent and careful **follow-up visits in the first 6 weeks** following a HF hospitalization is recommended to reduce the risk of HF rehospitalization or death.

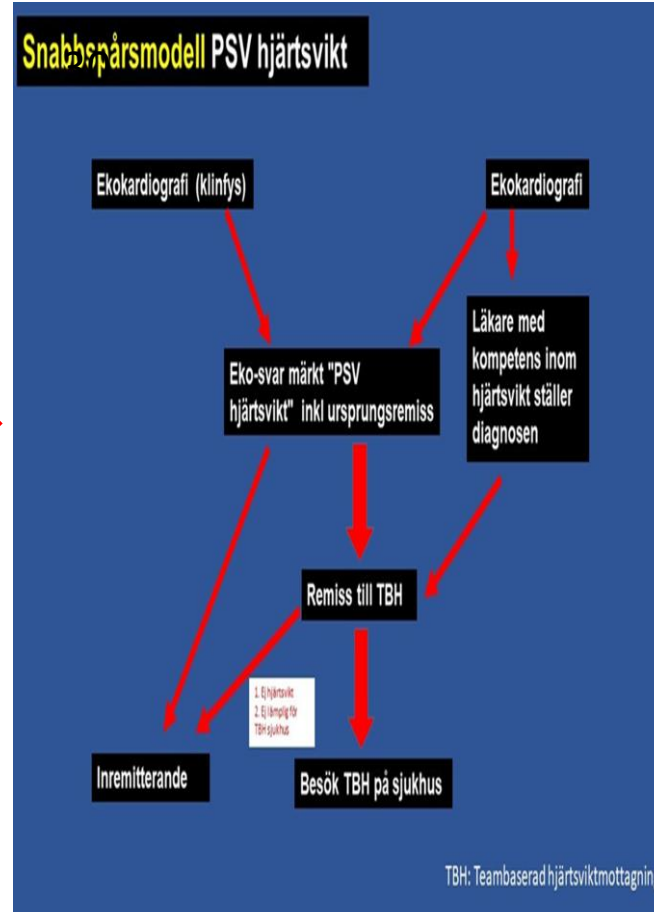
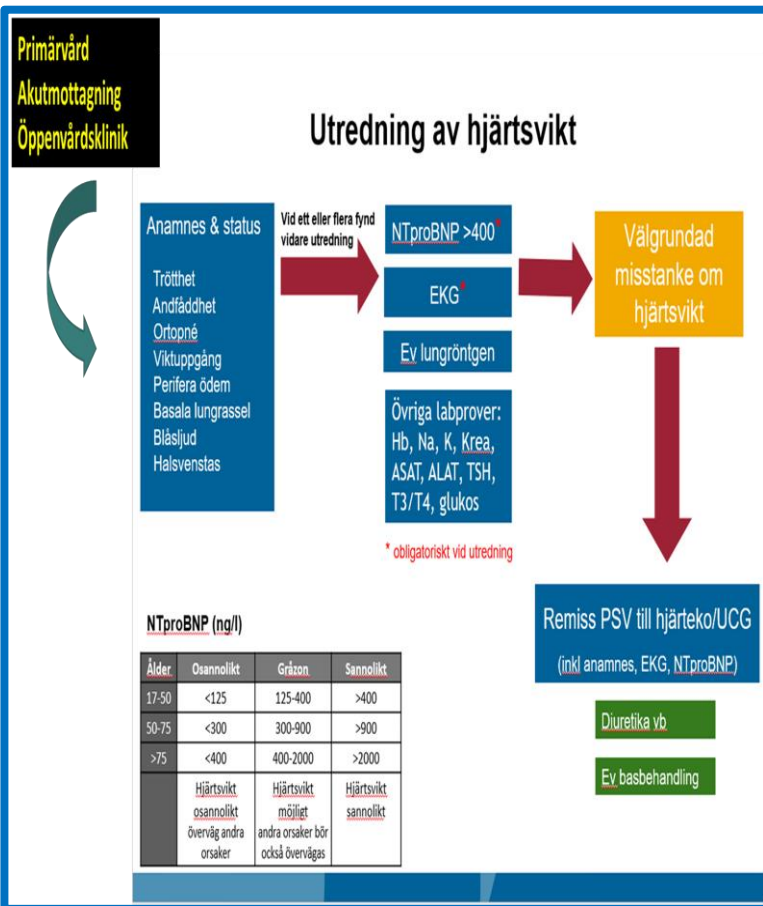
Class

Level

I

B

Snabbspår rakt till hjärtsviktmottagning

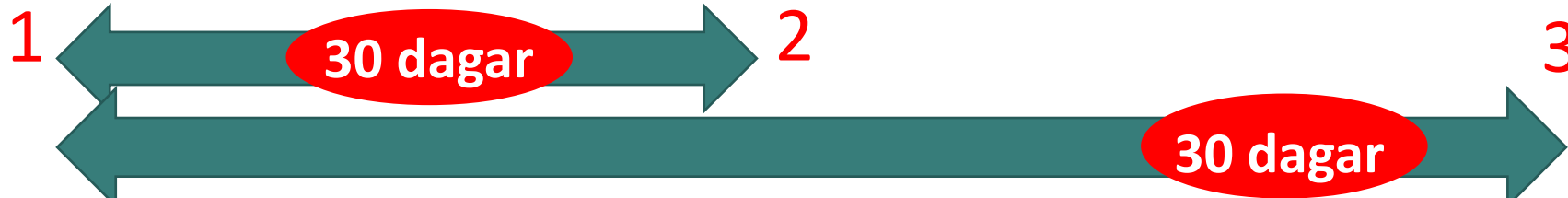


Teambaserad hjärtsviktmottagning (TBH)

Efter att hjärtsviktsdiagnosen ställts ansvarar vederbörande specialistläkare för att patienten remitteras till TBH.

Denna mottagning bemannas av sjuksköterska, läkare och fysioterapeut med hjärtsviktsutbildning, och omhändertas i första hand på sjukhusbaserad TBH.

På TBH upprättas tillsammans med patienten en individualiserad plan för vidare utredning, behandling och uppföljning samt för bedömning hos fysioterapeut inom hjärtrehabilitering



Tydligt definierat samarbete mellan sjukhus och Primärvården: **NÄR? HUR? VAD?**

1 **Vårdförloppet börjar vid välgrundad misstanke om hjärtsvikt.**

Obligatoriska uppgifter vid remiss till ekokardiografi vid hjärtsviktsmisstanke, märkt med PSV: • Anamnes och status • Funktionsklass enligt NYHA • EKG fynd, aktuellt NTproBNP, elstatus, • Övriga relevanta utförda utredningar • Aktuell medicinering

2 **Utremiss från TBH på sjukhus till Primärvård:**

När patienten är bedömd att vara stabil i sin hjärtsvikt kan utremittering till primärvården ske. Dock ej tidigare än att patienten är bedömd enligt TBH.

Obligatoriska uppgifter vid ut-remiss till Primärvården: • Sammanfattande utredning och behandling enligt vårdplan • Aktuell medicinsk behandling • Plan för fortsatt behandling och uppföljning • Information om pågående sjukskrivning • Om aktuellt; Kontaktuppgifter till TBH-teamet.

Utremiss från TBH på sjukhus till primärvård

När följande är uppnått bör utremittering ske

- Stabila patienter med optimal medicinsk behandling för hjärtsvikt
- Patienter utan behov för ytterligare utredning avseende hjärtsvikt
- Patienter som är bedömda avseende indikation för devicebehandling för hjärtsvikt.
- Patienter som är bedömda/har blivit erbjudna och tackat nej till bedömning av fysioterapeut inom hjärtrehabilitering.

Kontinuerlite
+

Remissrutiner

Obligatoriska remissuppgifter till primärvården

- Sammanfattande utredning och behandling enligt vårdplan
- Aktuell medicinsk behandling
- Plan för fortsatt behandling och uppföljning
- Information om pågående sjukskrivning, om aktuellt
- Kontaktuppgifter till TBH-teamet.

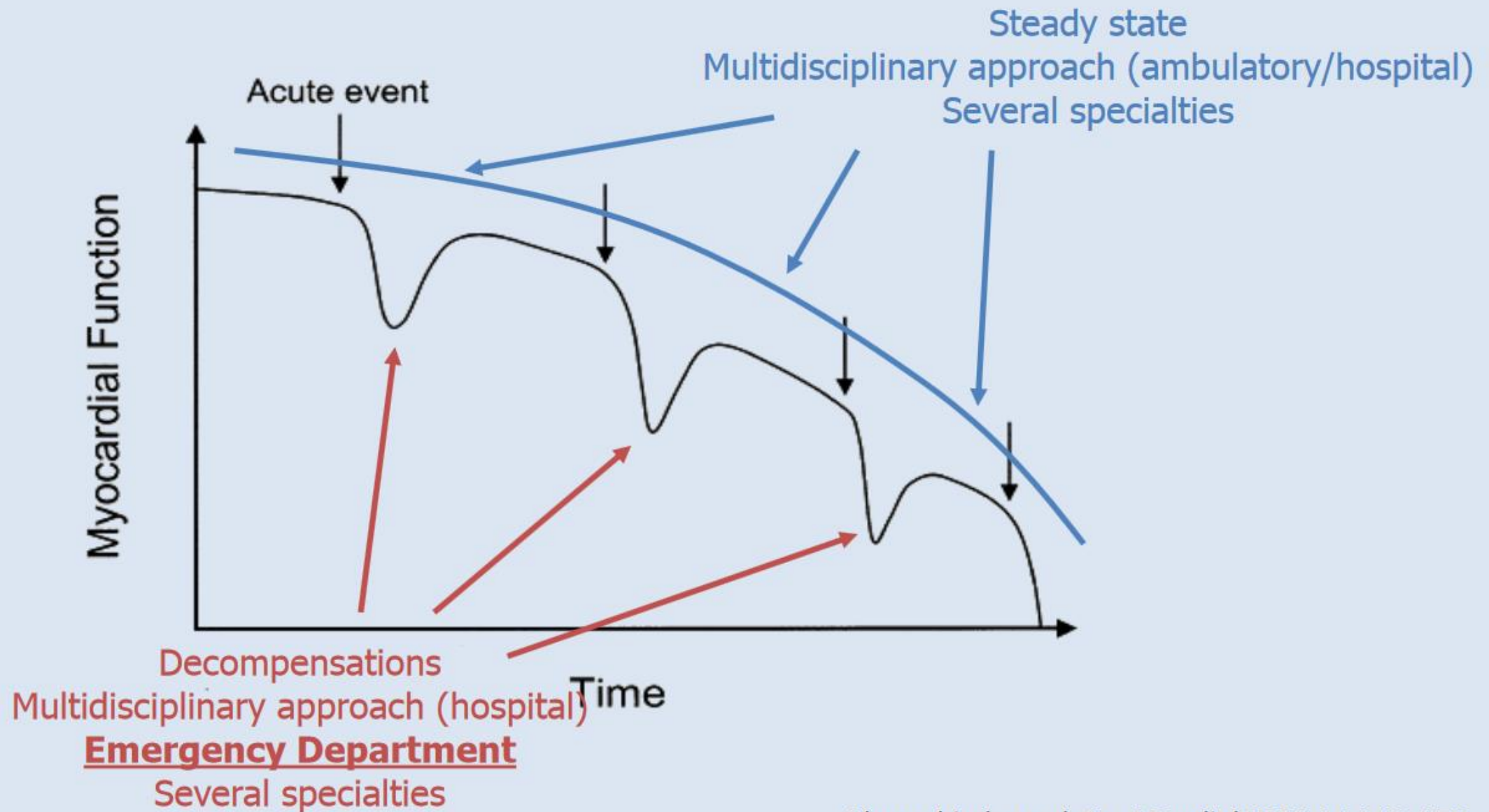
Remissrutiner - vårdplan

Obligatoriska uppgifter för vårdplan:

Startas för varje patient vid inskrivning i TBH och uppdateras kontinuerligt avseende delmål, mål och planerad åtgärder/utredningar).

- Huvuddiagnos och datum: HFrEF (I50.1A), HFmrEF (I50.1B), HFpEF (I50.1C)
- Etiologi
- NYHA-Klass
- Första linjens behandling, motivering till ej uppnådd maximal måldos.
- Ställningstagande till andra linjens behandling som CRT, ICD, ivabradin)
- Återbesök till läkare/ Sjuksköterska
- Planerade undersökningar
- Information om pågående sjukskrivning, om aktuellt

- Remiss till fysioterapeut inom hjärtrehabilitering
- Remiss till kurator
- Genomförd rådgivning
- Planering
- Indikation för återremittering till sjukhus
- Hälsohistoria
- Social bakgrund
- Livsstil
- Kommunikation
- Omvårdnadstatus
- Provtagning
- Välbefinnande



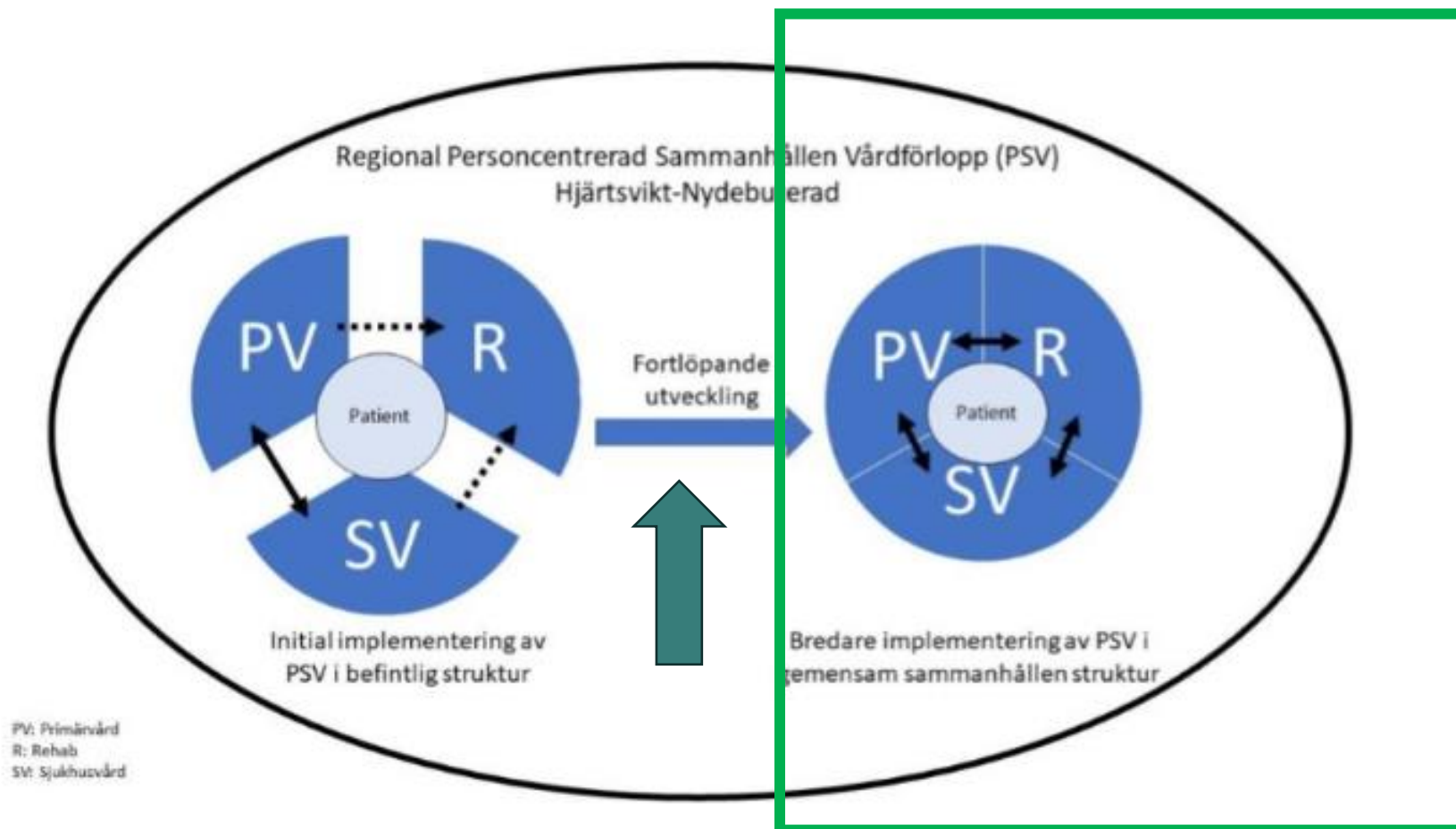
Gheorghiade et al. Am J Cardiol 2005;96:11G-17G

Återremittering från Primärvården till TBH på sjukhus

Vid eventuell försämring i hjärtsviktssjukdomen ska patienten återremitteras till TBH på sjukhus för ställningstagande till tilläggsbehandling eller vidare utredning:

- Tilltaksplan
 - Svårare hjärtsvikt
 - Nytt hjärtsvikt
 - Kraftigt försämrad
 - Övrig
- Obligatoriska remissuppgifter vid åter-remiss från Primärvården till TBH på sjukhus
- Frågeställning
- Aktuell status
 - Funktionsklass enligt NYHA
 - Undersökningsfynd inklusive aktuellt EKG fynd, aktuella provsvar inklusive NTproBNP, elstatus, Hb
 - Övriga relevanta utförda utredningar
 - Aktuell medicinering
 - Information om pågående sjukskrivning, om aktuellt

De olika delarna av vårdsystemet samverkar med varandra utifrån en gemensam målsättning grundad i såväl det som patienten anser viktigast och det som har bäst vetenskapligt stöd. Det multiprofessionella teamet (läkare, hjärtsviktssköterska och fysioterapeut) nära patienten utgör grunden för hjärtsviktvården.





Uppdateras 4 am automatiskt

Indikatorrapport RPT_Hjärtsvikt

Ägare: Kunskapsorganisation
Källa: Denodo, CDW_Hjärtsvikt
Rapport uppdateringsintervall:

Senaste uppdatering:
2024-03-06 08:22:35

Om rapporten:
Rapporten är framtagen på uppdrag av det regionala processteamet för hjärtsvikt i samarbete med VGR:s förvaltningar.
Rapporten visar utfallet för ett antal överenskomna indikatorer.

Obs! Denna version av rapporten är avsedd för detaljerad kvalitetsgranskning. För att kunna spåra data tillbaka källsystemen (Elvis, Melior etc) innehåller rapporten personnummer och har därför särskild behörighetsstyrning. Endast access för BI-utvecklare lokalt och regionalt är därför möjligt i dagsläget.



Klicka här för tips om hur du använder Power BI

Försättsida
Definitioner och begrepp
Teambaserade hjärtmott
Översikt
Indikator1 (detaljinfo)
Indikator2 (detaljinfo)
Indikator3 (detaljinfo)
Indikator4 (detaljinfo)
Indikator5 (detaljinfo)
Indikator6 (detaljinfo)
Indikator7 (detaljinfo)
Indikatorbeskrivningar
Rapportdokumentation

Översikt Indikatorer

Källa:CDW_hjärtsvikt Denodo

Senast uppdaterad:
2025-10-13 09:02:09

5 069

Antal misstänkta patienter

18 544

Antal fastställda patienter

Datum

2021-01-142025-10-13

Förvaltning

Alla

Ålder

Alla

Kön

Alla

Rensa alla filter

Hjärteko

Andel remisser för ekokardiografi vid välgrundad misstanke om nydebuterad hjärtsvikt som besvaras inom 30 kalenderdagar	38,0 %
Andel patienter med LVEF <40 % (HFrEF) som genomgått uppföljande ekokardiografi inom 180 dagar från diagnos	13,7 %

Hjärtsviktmott (TBH)

Andel HFrEF patienter som genomfört minst ett uppföljningsbesök på TBH inom 30 dagar

64,4 %

Fysioterapeut bedömning

Andel patienter med LVEF <50% besök fysioterapeut inom 90dagar	53,5 %
Andel patienter med LVEF <50% besök fysioterapeut inom specialiserad hjärtrehabilitering (PD009) inom 90dagar	56,9 %

Första linjes GDMT

Andel patienter med LVEF <40% (HFrEF) som hämtat ut recept Mineralkortikoidreceptor antagonist (MRA) inom 120 dagar från diagnos	26,1 %
Andel patienter med LVEF <40% (HFrEF) som hämtat ut recept på ACEi eller ARB eller betablockad eller SGLT2i inom 120 dagar från diagnos	51,8 %
Andel patienter med LVEF <40% (HFrEF) som, efter insatt första linjens behandling har kvarvarande LVEF <40 % (HFrEF,) har hämtat ut recept Angiotensin II-antagonist och Neprilysinhämmare inom 180 dagar från diagnos	14,4 %

h begrepp

Indikatorbeskrivningar

Översikt

Teambaserade hjärtmott

Indikator1 (detaljinfo)

Indikator2 (detaljinfo)

Indikator3 (detaljinfo)

Indikator fysio (detaljinfo)

Indikator4 (detaljinfo)

Indikator5 (detaljinfo)

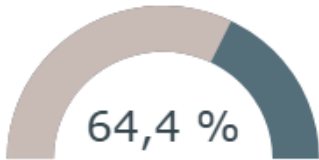
in
mning
värld
MERKAN

Indikator

Källa: CDW_hjärtsvikt Denodo

Senast uppdaterad:
2025-10-13 09:02:09

Andel patienter med LVEF <40 % (HFrEF) som genomfört minst ett uppföljningsbesök på Teambaserad Hjärtsviktsmottagning (TBH) inom 30 dagar



Indikatorbeskrivning

Datum

2021-01-14

2025-10-13

Förvaltning

Alla

Ålder

Alla

Kön

Alla

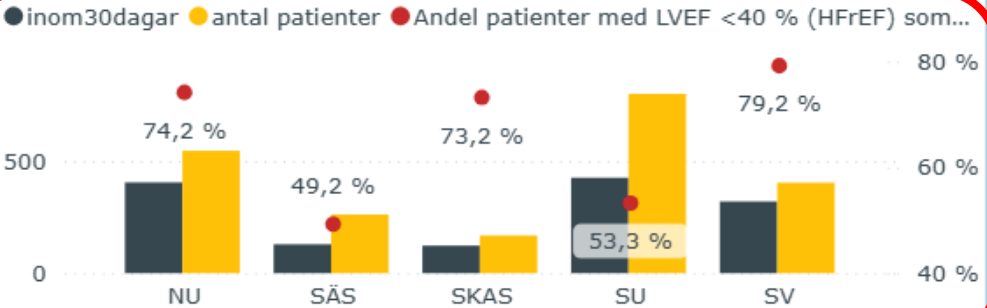


Rensa alla f

per förvaltning

Förvaltning	Antal patienter inom 30 dagar	Antal patienter totalt	Andel patienter med LVEF <40 % (HFrEF) som genomfört minst ett uppföljningsbesök på Teambaserad Hjärtsviktsmottagning (TBH) inom 30 dagar
⊕ NU	405	546	74,2 %
⊕ SÄS	129	262	49,2 %
⊕ SKAS	123	168	73,2 %
⊕ SU	426	800	53,3 %
⊕ SV	320	404	79,2 %
Totalt	1 403	2 180	64,4 %

per förvaltning



Andel patienter med LVEF <40% (HFrEF) som genomfört minst ett uppföljningsbesök på Teambaserad Hjärtsviktsmottagning (TBH) inom 30 dagar från diagnos

förvaltning	patient_id	psvhjs	diagnos	antal patienter	besöksdatum	plats	antal dagar	inom 30 dagar
AL	42483	2025-08-25	2025-09-02	1	2025-09-17	KARD-Hjärtmottagning Alingsås	15	1
AL	67006	2024-06-18	2024-06-18	1	2024-07-02	KARD-Hjärtmottagning Alingsås	14	1
AL	85260	2022-12-16	2022-12-29	1	2023-01-27	KARD-Hjärtmottagning Alingsås	29	1
AL	89455	2022-08-30	2022-11-02	1	2022-11-07	REHAB-Rehabmottagning Alingsås	5	1
AL	96082	2023-09-04	2023-09-18	1	2023-10-05	KARD-Hjärtmottagning Alingsås	17	1
AL	118745	2024-04-24	2024-04-24	1	2024-05-06	KARD-Hjärtmottagning Alingsås	12	1
Totalt				2 180			43	1 403

System
uppsättning
i sjukvård

NER I SAMVERKAN

Evaluating the impact of the national heart failure implementation program on survival and care optimization in Western Sweden

C. Basic¹, M. Borland², C. Nordberg Backelin¹, T. Zotova³, L. Olsson⁴, M. Fu¹ - (1) Institute of Medicine - Sahlgrenska Academy - University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden (2) Institute of Neuroscience and Physiology, Department of Health and Rehabilitation/Physiotherapy, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden (3) Region Västra Götaland, Cardiology department, Trollhättan, Sweden, (4) Region Västra Götaland, Cardiology department, Kungälv sjukhus, Sweden

Background

Optimizing heart failure (HF) care is a healthcare priority. Sweden's National Heart Failure Implementation Program (PSV-HF) aimed to standardize and improve HF care by promoting guideline directed medical therapy (GDMT) and structured pathways.

Aim

To compare GDMT prescription rates and survival in HF patients enrolled in PSV-HF versus non-enrolled patients in Western Sweden.

Methods

Patients in PSV-HF were compared to controls from primary and specialist care outside the program (January 1, 2021 – June 30, 2024). Data were sourced from regional healthcare database, the population register Västfolket, and the Prescribed Drug Register. Survival analysis used Kaplan-Meier curves and Cox proportional hazards models adjusted for clinical covariates.

Results



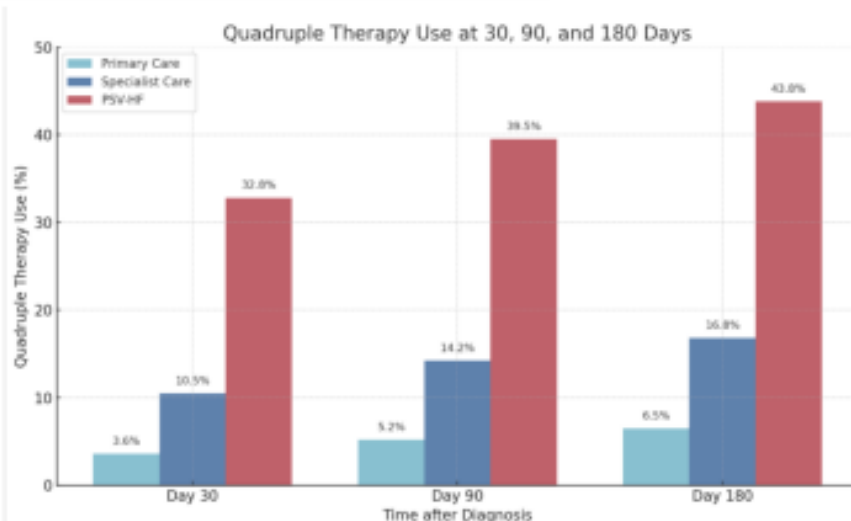
Study Groups

Total **24 186**
PSV-HF **10,682**
Primary care controls **9,785**
Specialist care controls **5,070**



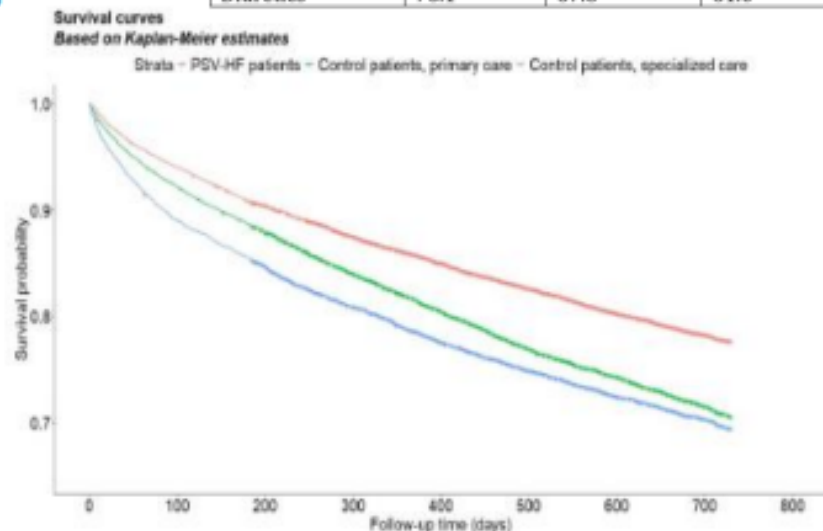
Baseline (PSV-HF vs controls)

- Age: 75 vs 82 years
- Male: 58% vs 41%
- More CV comorbidities



GDMT Prescription Rates within 1-year

Therapy	PSV-HF (%)	Primary Care Controls (%)	Specialist Care Controls (%)
ACEI/ARB	81.6	63.5	66.4
ARNI	12.3	0.4	1.3
Beta-blockers	84.9	69.8	72.2
MRA	47.6	17.4	22.1
SGLT2 inhibitors	41.8	10.4	14.9
Diuretics	76.1	67.8	61.0



Lower all-cause mortality risk in PSV-HF patients compared to controls

HR 0.70 (95% CI 0.61–0.81) at 6 months
HR 0.74 (95% CI 0.65–0.83) at 12 months
HR 0.77 (95% CI 0.70–0.86) at 24 months

Conclusion: The Swedish PSV-HF program has significantly improved HF care pathways and patient outcomes. However, further optimization, especially in quadruple therapy implementation, remains a priority.

Nyckelåtgärder i personcentrerat vårdförlopp vid kronisk hjärtsvikt PSV II

Syfte: Förbättra överlevnad, livskvalitet och jämlik vård

Fyra nyckelåtgärder:

◆ 1. SGLT2-hämmare

- Minskar dödlighet och sjukhusinläggningar (HFrEF, HFmrEF, HFpEF)
- Kostnadseffektiv: TLV 51 000–171 000 kr/QALY
- Viktigt för äldre och kvinnor
- Minska regionala skillnader

◆ 2. Regelbunden uppföljning

- Minst årlig kontroll – förbättrar följsamhet och egenvård



Verksamhetsbehov:

- Utbildning, egenmonitorering, stöd för ICD-avstängning
- Strukturerad kodning och registrering

◆ 3. Återbesök efter sjukhusinläggning

- Återbesök inom 4 veckor minskar återinläggning och död
- Viktigt för jämlik vård
- Behov av distansvård och fler sviktsjuksköterskor

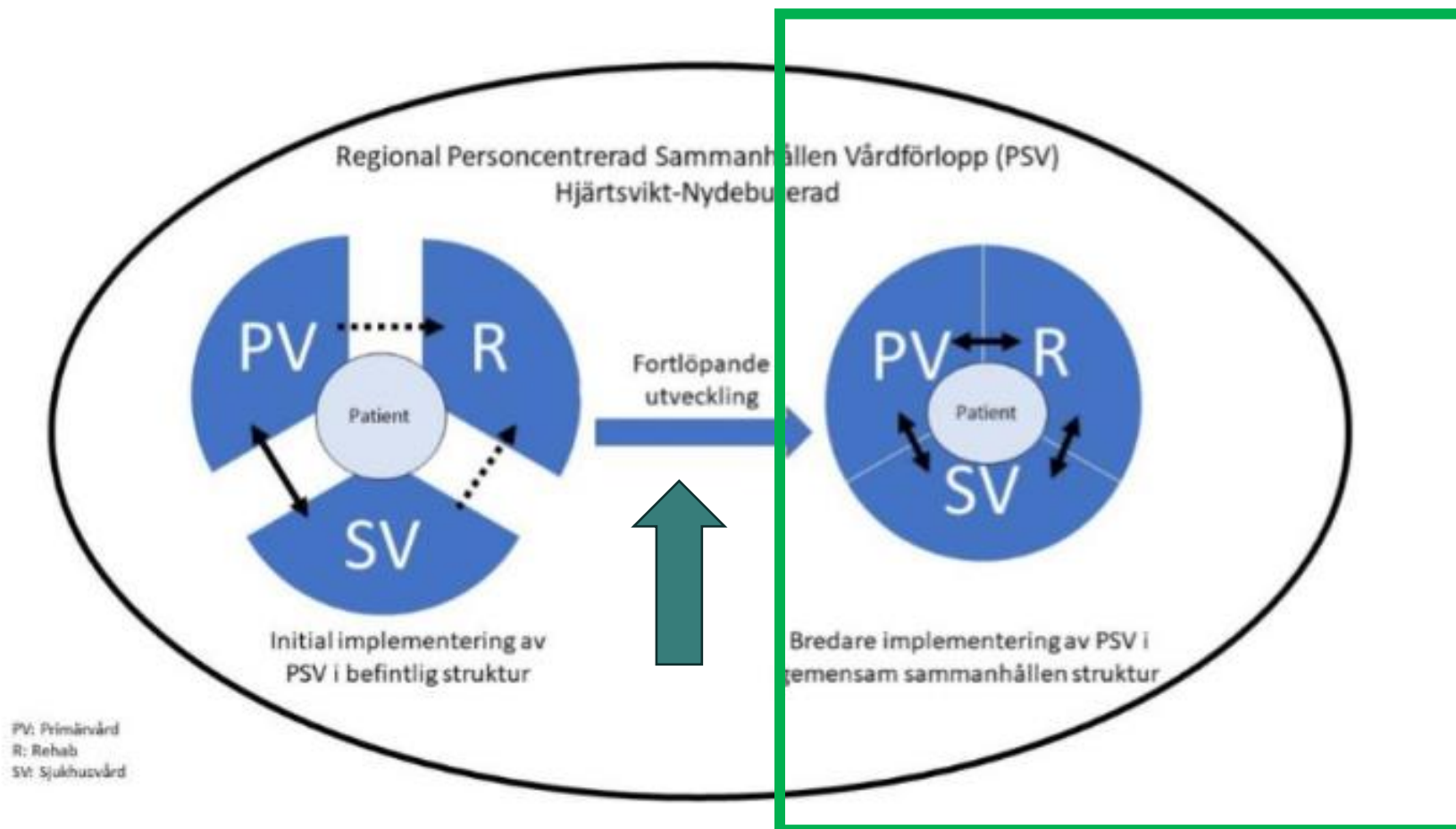
◆ 4. Palliativ vård vid hjärtsvikt

- Bör erbjudas tidigare i sjukdomsförloppet
- Inkluderar samtal, vårdplanering, läkemedelsgenomgång
- Kräver samverkan och dokumentation
- Integreras i sviktvården med palliativa team

**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

De olika delarna av vårdsystemet samverkar med varandra utifrån en gemensam målsättning grundad i såväl det som patienten anser viktigast och det som har bäst vetenskapligt stöd. **Det multiprofessionella teamet** (läkare, hjärtsviktssköterska och fysioterapeut) **nära patienten** utgör grunden för hjärtsviktvården.



A large crowd of runners is participating in a marathon on a city street. In the foreground, a bronze statue of a person holding a torch is visible. The runners are wearing various colored shirts and shorts, and the street is lined with trees and buildings. The text "TACK FÖR ER UPPMÄRKSAMHET" is overlaid on the image.

**TACK FÖR ER
UPPMÄRKSAMHET**