

Hjerteinsufficiens i almen praksis

Introduktion

Hjertesvigt er et symptomkompleks med mange årsager. Ofte får de udløsende årsager, som eksempelvis atrieflimmer eller iskæmisk hjertesygdom meget mere opmærksomhed end hjertesvigt, men ofte vil hjertesvigtet være en større risiko for patienten i forhold til morbiditet og mortalitet.

Hjertesvigt er en sygdom man dør af. Hjertesvigt har en 1-års dødelighed på 5-50 % alt efter NYHA klasse.

Man estimerer, at 5000-7500 patienter årligt i Danmark bliver nydiagnosticeret med hjerteinsufficiens og ca. halvdelen debuterer med akut hjerteinsufficiens - det er en hyppig årsag til indlæggelser i både dag- og vagttid.

Prævalensen stiger med alderen og således har 5 % af befolkningen over 75 år og 10 % af befolkningen over 85 år hjerteinsufficiens. Det anslås, at 1-2 % af befolkningen har hjerteinsufficiens.

Da hjerteinsufficiens ofte er resultatet af anden sygdom, er disse patienter ofte multisyge, hvor type 2-diabetes, iskæmisk hjertesygdom og atrieflimmer er hyppige komorbiditeter.

Patienterne er ofte i tvivl om, hvad de fejler, de har ikke forstået mekanismerne bag sygdommen. Journalaudit har vist, at der kan være forskellige årsager til, at nogle patienter ikke kommer til årskontrol for deres hjertesvigt. Nogle fortæller deres praktiserende læge, at de følges for hjertet på hospitalet, men i virkeligheden får de blot udmålt deres pacemaker/ICD. Andre har fået stillet diagnosen under indlæggelse uden at denne oplysning er gået videre til den praktiserende læge. Og andre igen magter ikke at gå til alle de kontroller deres kroniske sygdomme fordrer og er derfor gledet ud af årskontroller.

Den medicinske behandling kan være svær at overskue og mange medikamenter har indflydelse på hjertets funktion og kan dermed influere med behandlingen. Der kan være stor forskel på, hvor langt den enkelte læge går i udredning, optitrering af medicin og løbende kontrol og justering af hjertesvigt. Der er både forskel i erfaring og interesse for emnet hos praktiserende læger, men også geografiske forskelle, specielt henvisningsmuligheder, har stor indflydelse på vores ageren. Dette modul skulle gerne udfordre alle grupper.

Endeligt har inddelingen af hjertesvigt ændret sig. DSAMs egen vejledning er ikke opdateret med disse nye inddelinger, men meget af indholdet er fortsat god latin. Måske bruger vi ikke denne nye inddelinger i hverdagen, men den er relevant at kende, da det kan have behandlingsmæssige konsekvenser.

De kardiologiske forkortelser er mange. Appendix 1 giver en oversigt over de officielle kardiologiske forkortelser.



Dette modul fokuserer på:

- Give information om den nye inddeling af hjertesvigt
- Give information om diagnosticering og kontrol af hjertesvigt
- Give viden om den medicinske behandling af hjertesvigt
- Give kendskab til ikke medicinske behandlinger i specialistregi
- Give viden om problemstillinger ved den medicinske behandling af hjertesvigt eller medicinsk behandling af andre problematikker, som har indflydelse på hjertesvigt.

De følgende cases er udvalgt for at illustrere fokuset i dette modul. Det er rigtige, men anonymiserede sygehistorier, som kan facilitere en refleksiv diskussion i gruppen. Det anbefales, at DGE-gruppen tænker på lignende sygehistorier fra egen hverdag og inddrager disse i diskussionen.

Gennemgang af alle cases er ikke obligatorisk. Hvis gruppen kommer i tidsnød og fortsat mangler at lave gruppens læringslog og individuelle refleksionsark, er det bedre at lave denne og eventuelt udelade en case. Individuelle refleksionsark, hvor gruppemedlemmerne fortæller, hvad de selv vil ændre som følge af mødet, er en essentiel del af denne læringsproces.

1. udgave udkommet: 1/6-2020

