

Livet etter hjerteinfarkt

INVITERT KOMMENTAR

HENRIK SCHIRMER

henrik.schirmer@medisin.uio.no

Henrik Schirmer er spesialist i indremedisin og i hjertesykdommer og professor ved Kardiovaskulær forskningsgruppe (CRG), Campus Ahus, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Han leder Hjertesviktpoliklinikken og er seksjonsleder for Forsknings- og utviklingsseksjonen ved Hjertemedisinsk avdeling, Akershus universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredragshonorar fra Amgen, Astra Zeneca, BMS, Boehringer-Ingelheim, Novartis, NovoNordisk, Sanofi Aventis og Pfizer, konsultasjonshonorar fra Novartis og bevilgning til ph.d.-prosjekt fra Helse Sør-Øst til institusjonen. Han har andel av patent på metode for utvikling av algoritme for analyse av hjertelyd og er medlem av Norsk kardiologisk arbeidsgruppe for preventiv kardiologi, hjerterehabilitering og idrettsmedisin.

Risikoen for alvorlige komplikasjoner etter hjerteinfarkt har gått ned, men livskvaliteten blir ikke den samme som før.

Forekomsten av hjerteinfarkt har falt dramatisk siden 1950-tallet, da Norge som eneste land i Europa hadde fallende levealder for menn. Siden har levealderen gått jevnt opp, og Norge har som et av få land i verden fortsatt stigende levealder (1). Hovedårsaken til dette er fallende insidens og dødelighet av hjerteinfarkt (2). Likevel fikk fortsatt 10 245 pasienter hjerteinfarkt i Norge i 2023.

Rask behandling av hjerteinfarkt har medført at ikke bare dødelighet, men også andelen som får hjertesvikt etterpå, har gått betraktelig ned (2). Dette kan være noe av årsaken til at pasienter rapporterer mindre angst etter hjerteinfarkt nå enn tidligere (3).

Govatsmark og medforfattere har i studien som nå publiseres i Tidsskriftet, kartlagt livskvalitet hos hjerteinfarktpasienter 3–4 måneder etter gjennomgått infarkt (4). Det europeiske spørreskjemaet EQ-5D som de har benyttet, kartlegger gangfunksjon, evne til personlig stell og vanlige gjøremål samt smerte/ubehag og angst/depresjon.

Forskjellen i totalskår mellom hjerteinfarktpasienter og et utvalg av normalbefolkningen er liten (0,88 vs. 0,86, forskjell 2 %) og mindre enn de 5 % som anses som klinisk relevant. Ser man på enkeltspørsmålene, har hjerteinfarktpasienter mer problemer med gange, vanlige gjøremål, angst og depresjon enn normalbefolkningen. Hjerteinfarktpasientene rapporterte derimot signifikant mindre smerte og ubehag enn normalbefolkningen. Siden enkeltspørsmål trekker i ulik retning og utjevner hverandre, blir samleskåren vanskelig å tolke.

EQ-5D har blitt kritisert for ikke å kartlegge pasienters overskudd, men bare om de har fravær av sykdom eller ikke. Det er greit å vite om pasienten greier å stelle seg selv når de skrives ut fra sykehus og om de kan gå opp en trapp, men på sikt ønsker de fleste også å kunne gå tur uten å stoppe og å ha krefter igjen ved dagens slutt. Da gir EQ-VAS-skår, som også ble benyttet i studien, et klarere svar. Dette verktøyet etterspør hvor god eller dårlig helsen er i dag på en skala fra 0 (dårlig) til 100 (best). Målt med EQ-VAS hadde hjerteinfarktpasientene 14 % lavere skår på opplevelsen av å ha god helse enn normalbefolkningen.

I den aktuelle studien rapporteres mindre forskjell i selvopplevd helse enn i Tromsøundersøkelsen, der hjerteinfarktpasienter skåret halvparten så bra som pasienter uten infarkt. Det kan forklares ved at referansepopulasjonen i Tromsøundersøkelsen var alders- og kjønnsmatchede kontrollpersoner uten sykdom (5). At kun 25 % fra normalbefolkningen besvarte skjemaet i Govatsmark og medarbeideres studie, kan også ha påvirket forskjellen.

«Det beste tiltaket for å forebygge plager etter hjerteinfarkt er å forebygge at pasienten rammes»

Når Govatsmark og medarbeidere finner lavere skår for pasienter med hjerteinfarkt som ikke fanges opp av EKG (NSTEMI-infarkt) og lavere skår hos kvinner, bør dette tas på alvor, ikke bare med å tilby rehabilitering til alle infarktpasienter, men også bedre sekundærprofylakse, særlig der selvopplevd helse (EQ-VAS-skår) er lav (6, 7).

Overlevelsen etter hjerteinfarkt i Norge er i verdensklasse, med bedre utfall for norske pasienter enn for de 1 % rikeste i USA (8). Færre får hjertesvikt fordi behandlingen ikke bare redder liv, men oftest igangsettes så raskt til at det ikke blir stor skade og påfølgende hjertesvikt. Men for de 15 % som ikke får brystmerter som presenterende symptom, kommer oftest akuttbehandlingen for sent til at hjertet ikke skades varig.

Fortsatt er derfor det beste tiltaket for å forebygge plager etter hjerteinfarkt å forebygge at pasienten rammes. Insidensen av hjerteinfarkt er fortsatt fallende. Færre røykere, lavere blodtrykk og kolesterol og lavere insidens av diabetes i befolkningen er med på å redusere risikoen, men det er fortsatt mye å hente,

særlig ved å ta måloppnåelse på alvor (9, 10). Halvparten av pasientene på blodtrykksbehandling har ikke blodtrykk < 140/90 mmHg, og enda færre når behandlingsmålet for kolesterolsenkning etter hjerteinfarkt (7, 9).

REFERENCES

1. Steel N, Bauer-Staeb CMM, Ford JA et al. Changing life expectancy in European countries 1990-2021: a subanalysis of causes and risk factors from the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Public Health* 2025; 10: e172–88. [PubMed][CrossRef]
2. Mannsverk J, Wilsgaard T, Mathiesen EB et al. Trends in Modifiable Risk Factors Are Associated With Declining Incidence of Hospitalized and Nonhospitalized Acute Coronary Heart Disease in a Population. *Circulation* 2016; 133: 74–81. [PubMed][CrossRef]
3. Hanssen TA, Nordrehaug JE, Eide GE et al. Anxiety and depression after acute myocardial infarction: an 18-month follow-up study with repeated measures and comparison with a reference population. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009; 16: 651–9. [PubMed][CrossRef]
4. Govatsmark RES, Halle KK, Garratt AM et al. Helse relatert livskvalitet etter hjerteinfarkt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.24.0179. [CrossRef]
5. Lorem GF, Schirmer H, Emaus N. Health Impact Index. Development and validation of a method for classifying comorbid disease measured against self-reported health. *PLoS One* 2016; 11: e0148830. [PubMed][CrossRef]
6. Olsen SJ, Schirmer H, Bønaa KH et al. Cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention: Results from a nationwide survey. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2018; 17: 273–9. [PubMed][CrossRef]
7. Sverre E, Peersen K, Husebye E et al. Unfavourable risk factor control after coronary events in routine clinical practice. *BMC Cardiovasc Disord* 2017; 17: 40. [PubMed][CrossRef]
8. Emanuel EJ, Gudbranson E, Van Parys J et al. Comparing Health Outcomes of Privileged US Citizens With Those of Average Residents of Other Developed Countries. *JAMA Intern Med* 2021; 181: 339–44. [PubMed][CrossRef]
9. Eggen AE, Mathiesen EB, Wilsgaard T et al. Trends in cardiovascular risk factors across levels of education in a general population: is the educational gap increasing? The Tromsø study 1994-2008. *J Epidemiol Community Health* 2014; 68: 712–9. [PubMed][CrossRef]
10. Ruiz PLD, Stene LC, Bakken IJ et al. Decreasing incidence of pharmacologically and non-pharmacologically treated type 2 diabetes in

Norway: a nationwide study. *Diabetologia* 2018; 61: 2310–8. [PubMed]
[CrossRef]

Publisert: 20. mars 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0168
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.