

RAPPORT

2026

Hjerte- og karregisteret

Årsrapport for 2025

Årsrapport for 2025

Hjerte- og karregisteret

Annabel Eide Ohldieck

Gunhild Forland Slungård

Liv Cecilie Vestrheim Thomsen

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Område for helsedata og digitalisering

Avdeling for helseregisterforskning og -utvikling

Juni 2026

Tittel:

Årsrapport for 2025 - Hjerte- og karregisteret

Forfattere:

Annabel Eide Ohldieck

Gunhild Forland Slungård

Liv Cecilie Vestrheim Thomsen

Oppdragsgiver:

Folkehelseinstituttet

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

ISBN elektronisk utgave:

978-82-8406-572-4

Sitering:

Ohldieck AE, Slungård GF, Thomsen LCV. Årsrapport for 2025 – Hjerte- og karregisteret.

Citation:

Ohldieck AE, Slungård GF, Thomsen LCV. Annual Report 2025 – The Norwegian Cardiovascular Disease Registry.

DOI (Permanent lenke i Nasjonalt vitenarkiv):

<https://doi.org/10.21349/jyac-2g59>

Statistikken fra Hjerte- og karregisteret er definert som offisiell statistikk og inngår i det nasjonale programmet for offisiell statistikk under hovedområdet helse og omsorg. Dette innebærer at produksjon og publisering av statistikken følger nasjonale krav til kvalitet, dokumentasjon og tilgjengelighet.

FORORD

Hjerte- og karsykdom er fortsatt en ledende årsak til sykdomsbyrde i Norge, og representerer en betydelig utfordring for folkehelsen og for bærekraften i helse- og omsorgstjenestene. Til tross for en betydelig reduksjon i dødelighet de siste tiårene, lever stadig flere med kronisk hjerte- og karsykdom som følge av økt overlevelse og en aldrende befolkning. Dette innebærer økt behov for langvarig oppfølging, behandling og rehabilitering, med tilhørende kostnader for både individ og samfunn.

Antallet pasienter som behandles for en hjerte- og kartilstand i spesialisthelsetjenesten i Norge er økende. I 2025 var dette antallet 390 833 pasienter fordelt på 210 386 menn og 180 447 kvinner.

I både nasjonale strategier og EUs Safe Hearts-plan pekes det på et tydelig behov for å flytte tyngdepunktet fra *behandling* til *forebygging* av hjerte- og karsykdom. Folkehelse rapportens temautgave fra 2026 «De viktigste folkehelseutfordringene» viser at flere av de store sykdomsgruppene, inkludert hjerte- og karsykdommer, i stor grad kan forebygges, og at forebygging er den mest kostnadseffektive strategien for å redusere sykdomsbyrden. Måltrettet innsats mot modifiserbare risikofaktorer, særlig høyt blodtrykk, røyking, høyt blodsukker, fedme og høyt kolesterol, bør derfor ha høy prioritet. Hypertensjon fremstår som et særlig viktig satsingsområde fordi mange fortsatt er ubehandlet eller har utilstrekkelig kontroll, til tross for at tilstanden er enkel å oppdage og som regel lett å behandle.

EU sin “Safe Hearts-plan” er EUs første helhetlige kardiovaskulære helseplan, vedtatt av Europakommisjonen i desember 2025. Hovedmålet er å redusere byrden av hjerte- og karsykdom i Europa, gjennom systematisk forebygging og bedre håndtering av kjente risikofaktorer. For Norge blir Hjerte- og karregisteret en nøkkelinfrastruktur i dette arbeidet. Registeret, som omfatter innleggelser, polikliniske konsultasjoner og dødsfall knyttet til hjerte- og karsykdom, gjør det mulig å følge forekomst, utvikling og utfall nasjonalt over tid, identifisere geografiske forskjeller og uønsket variasjon, og gi et solid grunnlag for prioriteringer, kvalitetsforbedring og målrettet forebygging.

I møte med en raskt aldrende befolkning og økende press på helse- og omsorgstjenestene er en satsing på forebygging, støttet av gode registerdata, avgjørende for å redusere nye sykdomstilfeller, avlaste spesialisthelsetjenesten og sikre et bærekraftig helsevesen.

Denne rapporten presenterer nøkkeltall fra Hjerte- og karregisteret for 2025. Formålet er å gi et oppdatert kunnskapsgrunnlag om forekomst, behandling og dødelighet ved hjerte- og karlidelser, slik at data fra registeret kan brukes til forebyggende arbeid, kvalitetsforbedring, helseforskning samt styring og planlegging av helsetjenestene, i samsvar med formålet i hjerte- og karregisterforskriften.

Bergen, juni 2026

Annabel Eide Ohldieck, hjertespesialist, spesialist i indremedisin, PhD

Overlege ved Hjerte- og karregisteret. Folkehelseinstituttet

INNHold

Forord.....	3
Innhold	4
Hovedbudskap.....	6
Sammendrag	7
Innledning.....	7
Resultat	7
Konklusjon	7
Key messages (English).....	9
Executive summary (English)	10
Introduction	10
Results	10
Conclusion	11
1 Innledning.....	12
2 Metode.....	13
2.1 Lovhjemmel og formål for registeret.....	13
2.2 Beskrivelse av Hjerte- og karregisterets basisregister	13
2.3 Definisjoner.....	13
2.4 Datakilder.....	14
2.5 Datakvalitet.....	14
2.6 Endringer fra rapporten for 2024	15
3 Resultater	17
3.1 Oversiktstall, pasienter fra Hjerte- og karregisterets basisregister	17
3.2 Nye tilfeller med hjerte- og karsykdommer i perioden 2021-2025.....	20
3.2.1 Hjerte- og karsykdommer.....	21
3.2.2 Hypertensjon - høyt blodtrykk	22
3.2.3 Hjerteinfarkt	23
3.2.4 Iskemisk hjertesykdom	24
3.2.5 Atrieflimmer og atrieflutter.....	25
3.2.6 Hjertesvikt	26
3.2.7 Hjerneslag.....	27
3.2.8 Lite, forbigående hjerneslag, drypp (TIA).....	28
3.3 Total forekomst av hjerte- og karsykdommer i perioden 2021 til 2025.....	29
3.4 Utvalgte prosedyrer	30

3.4.1	Implantasjon eller bytte av pacemaker.....	31
3.4.2	Implantasjon eller bytte av hjertestarter (ICD)	32
3.4.3	Perkutan eller kirurgisk implantasjon av aortaklaffprotese.....	33
3.4.4	Ablasjonsbehandling av atrieflimmer og atrieflutter	34
3.4.5	Ablasjonsbehandling av forkammer reentry rytmeforstyrrelser AVNRT og AVRT	35
3.4.6	Trombektomi ved hjerneslag	36
3.5	Kjønnsforskjeller	37
3.6	Dødsfall av hjerte- og karsykdom i 2025	38
4	Diskusjon	39
4.1	Kvalitetsindikatorer og kvalitetsforbedring.....	39
4.2	Bruk i forskning	39
4.3	Grunnlag for planlegging og styring.....	40
4.4	Kvalitetsregistrene.....	40
4.5	Forutsetninger og videreutvikling.....	40

HOVEDBUDSKAP

- Antallet pasienter som er i kontakt med helsetjenesten for en hjerte- og karsykdom er økende. I spesialisthelsetjenesten i 2025 gjaldt dette 390 833 pasienter, hvorav 210 386 menn og 180 447 kvinner.
- I perioden 2021–2025 har forekomsten av hypertensjon og hjertesvikt økt noe, også når vi tar hensyn til at befolkningen blir eldre. Samtidig har forekomsten av akutt hjerteinfarkt og iskemisk hjertesykdom gått ned. For atrieflimmer/atrieflutter og hjerneslag/TIA ser vi omtrent samme eller flere tilfeller, men når vi korrigerer for alder, ligger forekomsten noe lavere, noe som tyder på at mye av økningen i antall tilfeller skyldes en aldrende befolkning.
- Bruken av avanserte behandlinger har økt fra 2016 til 2025, med særlig vekst i pacemaker, kateterbasert aortaklaffeimplantasjon og ablasjonsbehandling ved hjerterytmeforstyrrelser, mens hjertestarter-bruken er relativt stabil og kirurgisk klaffekirurgi har gått noe tilbake til fordel for kateterbaserte inngrep. Samlet peker utviklingen mot mer kateterbasert og spesialisert behandling, med økt aktivitetsnivå for flere prosedyrer.
- Det foreligger tydelige kjønnsforskjeller i hjerte- og karsykdom i Norge. Menn har gjennomgående høyere forekomst og aldersstandardiserte rater enn kvinner for de fleste sykdomsgruppene, og flere menn enn kvinner mottar behandling i spesialisthelsetjenesten.
- I 2025 døde 4 823 kvinner og 5 113 menn av hjerte- og karsykdom, ifølge foreløpige tall fra Dødsårsaksregisteret. Dette utgjorde 22 prosent av alle dødsfall, og viser at hjerte- og karsykdom fortsatt er en av de viktigste dødsårsakene i Norge. Antall dødsfall på grunn av hjerte- og karsykdommer har gått kraftig ned over mange år. De siste årene ser det ut som om denne nedgangen er i ferd med å flate ut.

SAMMENDRAG

Innledning

Hjerte- og karregisteret er et nasjonalt helseregister etablert med hjemmel i forskrift for å gi løpende og systematisk kunnskap om forekomst, risikofaktorer, behandling og utfall av hjerte- og karsykdom. Registeret består av et basisregister med data fra Norsk pasientregister (NPR) og Dødsårsaksregisteret (DÅR), og har i tillegg åtte tilknyttede kvalitetsregistre. Registeret skal støtte kvalitetssikring og kvalitetsforbedring i helsetjenesten og danne grunnlag for helseovervåking, forskning og planlegging. Ved å sammenstille data fra flere kilder gir registeret et nasjonalt bilde av utviklingen over tid og muliggjør analyser av variasjon i behandling og resultater. Formålet med årsrapporten for 2025 er å presentere nøkkeltall fra Hjerte- og karregisteret og anvende disse til å beskrive forekomst, behandling og utfall av hjerte- og karsykdom i Norge. Rapporten skal også sette funnene inn i en relevant kontekst, i samsvar med Hjerte- og karregisterets formål som grunnlag for kvalitetsforbedring, forebygging, forskning, styring, planlegging og overvåking

Resultat

I perioden 2021–2025 har antall førstegangstilfeller av hypertensjon og hjertesvikt i spesialisthelsetjenesten økt for både kvinner og menn, med en svak økning i aldersstandardiserte rater for hypertensjon og en moderat økning for hjertesvikt. Samtidig har både antall førstegangstilfeller og aldersstandardiserte rater for akutt hjerteinfarkt og iskemisk hjertesykdom falt markant, noe som tyder på en reell nedgang i disse tilstandene. For atrieflimmer/atrieflutter har antall førstegangstilfeller økt, mens aldersstandardiserte rater er svakt fallende, og for akutt hjerneslag og TIA er antallet førstegangstilfeller relativt stabilt med lett nedgang i aldersstandardiserte rater; samlet peker dette mot redusert aldersjustert risiko i en aldrende befolkning.

Bruken av invasive kardiologiske behandlinger har økt tydelig fra 2016 til 2025. Pacemakerimplantasjoner og -bytter har økt betydelig, særlig blant menn, mens bruken av implanterbar hjertestarter (ICD) er relativt stabil. For aortaklaffproteser ser vi en klar dreining fra kirurgisk aortaklaffoperasjon (SAVR) til transkateter aortaklaffimplantasjon (TAVR), med samlet flere inngrep og en økende andel kateterbasert behandling. Ablasjonsbehandling ved atrieflimmer/atrieflutter har økt markant, mens økningen for forkammer-reentry-rytmeforstyrrelser er mer moderat.

Dataene viser tydelige kjønnsforskjeller, der menn utgjør en større andel av pasientene og har høyere aldersstandardiserte rater enn kvinner for de fleste sykdomsgrupper. I 2025 døde 4 823 kvinner og 5 113 menn av hjerte- og karsykdom, om lag 22 prosent av alle dødsfall; dødeligheten har falt betydelig over flere tiår, men nedgangen ser de siste årene ut til å flate ut.

Konklusjon

Tallene viser betydelige endringer i kardiovaskulær sykdom og behandling i spesialisthelsetjenesten over tid. Insidensen av hypertensjon og hjertesvikt øker moderat også

etter justering for alder, mens aldersstandardiserte rater for akutt hjerteinfarkt, iskemisk hjertesykdom, hjerneslag og TIA er svakt fallende, noe som tyder på redusert aldersjustert risiko i en aldrende befolkning. Samtidig ser vi en tydelig oppskalering av flere invasive kardiologiske prosedyrer, med dreining fra kirurgisk til kateterbasert og mer spesialisert behandling og at flere pasienter mottar intervensjonsbehandling enn tidligere. Hjerne- og karsykdom står fortsatt for om lag én av fem dødsfall.

KEY MESSAGES (ENGLISH)

- The number of patients in contact with the health services due to a cardiovascular disease is increasing. In specialist health care in 2025, this applied to 390,833 patients, of whom 210,386 were men and 180,447 were women.
- From 2021 to 2025, the prevalence of hypertension and heart failure has increased slightly, even when taking the ageing of the population into account. At the same time, the prevalence of acute myocardial infarction and ischaemic heart disease has decreased. For atrial fibrillation/flutter and stroke/TIA, the number of cases has remained similar or increased, but when adjusted for age the prevalence is somewhat lower, suggesting that much of the increase in case numbers is driven by an ageing population.
- The use of advanced treatments increased from 2016 to 2025, with particularly strong growth in pacemaker implantation, transcatheter aortic valve implantation, and catheter ablation for cardiac arrhythmias. Implantable cardioverter-defibrillator use has remained relatively stable, while surgical valve procedures have declined somewhat in favour of catheter-based interventions. Overall, these trends indicate a shift toward more catheter-based and specialised treatment, with increasing procedural activity for several interventions.
- There are clear sex differences in cardiovascular disease in Norway. Men consistently have higher prevalence and age-standardized rates than women across most disease groups, and more men than women receive treatment in specialist health services.
- In 2025, 4,823 women and 5,113 men died from cardiovascular disease, according to preliminary data from the Cause of Death Registry. This accounted for approximately 22 percent of all deaths and shows that cardiovascular disease remains one of the leading causes of death in Norway. The number of deaths due to cardiovascular disease has declined substantially over many years, but in recent years this decline appears to be levelling off.

EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)

Introduction

The Norwegian Cardiovascular Disease Registry is a national health registry established under a specific regulation of law, to provide continuous and systematic knowledge about the occurrence, risk factors, treatment, and outcomes of cardiovascular disease. The registry consists of a core database with data from the Norwegian Patient Register (NPR) and the Cause of Death Registry (DÅR), and in addition includes eight affiliated quality registries. The registry is intended to support quality assurance and quality improvement in the health services and to provide a basis for health monitoring, research, and planning. By linking data from several sources, the registry provides a national insight into long-term trends and makes it possible to analyse variation in treatment and outcomes.

The purpose of the 2025 annual report is to present key figures from the Norwegian Cardiovascular Disease Registry, and use these to describe the occurrence, treatment, and outcomes of cardiovascular disease in Norway. The report will also place the findings in a relevant context, in line with the registry's objective of serving as a basis for quality improvement, prevention, research, management, planning, and surveillance.

Results

From 2021 to 2025, incident cases of hypertension and heart failure in specialist care increased among both women and men, with slightly rising age-standardised rates for hypertension and a moderate increase for heart failure. This indicates a modest increase in age-adjusted risk in an ageing population. Over the same period, both incident cases and age-standardised rates of acute myocardial infarction and ischemic heart disease declined clearly, suggesting a real reduction at the population level.

For atrial fibrillation/flutter, the number of incident cases rose in both sexes, while age-standardised rates showed a slight decline, consistent with an increasing number of older patients rather than higher age-specific risk. For acute stroke and transient ischemic attack, incident case numbers were relatively stable, but age-standardised rates fell somewhat in both women and men, pointing to a small reduction in age-adjusted risk of acute cerebrovascular events.

Use of invasive cardiological procedures changed substantially between 2016 and 2025. Pacemaker implantations and replacements increased clearly in both sexes. Implantable cardioverter-defibrillator use remained relatively stable over time. For aortic valve disease, there was a marked shift from surgical aortic valve replacement (SAVR) to transcatheter aortic valve implantation (TAVR), with a higher total number of valve prostheses and a growing share of catheter-based procedures. Ablation therapy increased markedly for atrial fibrillation/flutter and more moderately for atrial re-entry arrhythmias in both women and men. Overall, these patterns indicate a shift from surgical to catheter-based and more specialized cardiac treatment, with higher procedural volumes for several interventions.

Registry data for 2025 show clear sex differences in both disease occurrence and use of specialist care: men account for a larger share of patients and have consistently higher age-

standardized rates than women for most cardiovascular disease groups. In 2025, 4,823 women and 5,113 men died from cardiovascular disease, representing about 22 percent of all deaths, according to preliminary data from the Cause of Death Registry. Cardiovascular mortality has declined substantially over several decades, partly due to improved prevention and treatment, but in recent years this decline appears to be levelling off.

Conclusion

These findings demonstrate important changes in cardiovascular disease burden and management in specialist health services over time. The incidence of hypertension and heart failure is increasing moderately even after age adjustment, while incident acute myocardial infarction, ischemic heart disease, stroke, and TIA show declining age-standardised rates, suggesting reduced age-adjusted risk for several major events in an ageing population. At the same time, use of invasive cardiological procedures has expanded, with marked growth in pacemaker implantation, TAVR, and ablation for atrial fibrillation/flutter, stable ICD volumes, and stable or declining SAVR activity, particularly among women.

Despite a long-term decline, cardiovascular disease still accounts for roughly one in five deaths in Norway.

1 INNLEDNING

Hjerte- og karsykdom er blant de viktigste årsakene til sykdom og død i Norge, og utgjør en betydelig del av den samlede sykdomsbyrden i befolkningen. For den enkelte kan sykdom medføre redusert livskvalitet, funksjonstap og behov for langvarig oppfølging. For helsetjenesten innebærer dette et stort og vedvarende behov for ressurser til diagnostikk, behandling og rehabilitering. I takt med en aldrende befolkning forventes det at den samlede belastningen på helsetjenesten vil øke i årene fremover.

Observasjonsstudier viser at blodtrykk, kolesterol, røyking, fedme, diabetesrisiko og samlet kardiovaskulær helse i ung voksen alder er sterkt assosiert med senere sykdom og dødelighet. Risikofaktorer som forhøyet blodtrykk, ugunstige lipidnivåer, røyking, fedme og diabetes virker over lang tid og er ofte uten symptomer, men kan føre til gradvis organskade og senere etablert sykdom. Disse faktorene øker risikoen, ikke bare for hjerte- og karsykdom, men også for blant annet redusert kognitiv funksjon og demens, enkelte kreftformer og erektil dysfunksjon. Dette understreker behovet for systematisk kartlegging og oppfølging av risikofaktorer allerede i yngre alder.

Hovedformålet med etableringen av Hjerte- og karregisteret er å bidra til bedre kvalitet på helsehjelpen til personer med hjerte- og karsykdommer. Registeret skal gi løpende og systematisk kunnskap om forekomst, behandling og utfall av hjerte- og karsykdommer, slik at data kan brukes til forebyggende arbeid, kvalitetsforbedring, forskning, styring, planlegging og overvåking av hjerte- og karsykdom i befolkningen. Gjennom sammenstilling av data fra ulike kilder gir registeret et nasjonalt bilde av utviklingen over tid og muliggjør analyser av variasjon i behandling og resultater.

Kunnskap fra registeret er sentralt for å identifisere forbedringsområder og følge effekten av tiltak, både innen behandling og forebygging. Til tross for godt dokumentert effekt av forebyggende tiltak, går en stor andel av helseressursene fortsatt til behandling av etablert sykdom og betydelig mindre til forebygging. Data fra registeret kan bidra til å synliggjøre potensialet for forebygging og til støtte utviklingen av mer målrettede tiltak.

2 METODE

2.1 Lovhjemmel og formål for registeret

Hjerte- og karregisteret (HKR) er et landsdekkende direkte personidentifiserbart helseregister uten krav om samtykke fra den registrerte, med hjemmel i Helseregisterloven § 11. Det ble vedtatt opprettet av Stortinget mars 2010, og har en egen forskrift, Hjerte- og karregisterforskriften, som trådte i kraft 1. januar 2012. Registeret ble formelt åpnet 12. desember 2012. HKRs formål er å bidra til bedre kvalitet på helsehjelpen til personer med hjerte- og karsykdommer. Folkehelseinstituttet er dataansvarlig for alle registrene i HKR.

2.2 Beskrivelse av Hjerte- og karregisterets basisregister

HKRs basisregister (heretter omtalt som basisregisteret) inneholder opplysninger om diagnoser og prosedyrer fra spesialisthelsetjenesten for alle pasienter som har blitt oppført med minst én av de kvalifiserende diagnosekodene eller prosedyrekodene for inklusjon i HKR. For kvalifiserende diagnosekoder eller prosedyrekoder viser vi til HKR sine internettsider. Når en person er pasient i spesialisthelsetjenesten, fører helsepersonell opp opplysninger om diagnoser og utførte prosedyrer (utredninger og behandlinger) i pasientjournalen. Diagnosekoder (ICD-10) og prosedyrekoder (etter klassifikasjon for medisinske, kirurgiske og radiologiske prosedyrer) meldes sammen med pasientenes fødselsnummer direkte til Norsk pasientregister (NPR). Opplysningene fra NPR overføres og kvalitetssikres deretter i basisregisteret. Opplysninger om dødsårsak for alle pasientene som dør under eller i etterkant av kontakten med spesialisthelsetjenesten innhentes fra Dødsårsaksregisteret. I tillegg blir opplysninger om dødsfall med hjerte- og karsykdom som dødsårsak innhentet fra Dødsårsaksregisteret uavhengig av om det foreligger tidligere registreringer av hjerte- og karsykdom i basisregisteret. Fra Folkeregisteret hentes opplysninger om gyldig fødselsnummer, status i Folkeregisteret (f.eks. bosatt i Norge, emigrert eller død) med tilhørende dato, fødekommune eller fødeland og bosted.

2.3 Definisjoner

Hoveddiagnose

Den diagnosekoden som er oppført som hovedtilstand i Norsk pasientregister (NPR). For hver episode er det kun én hovedtilstand som er registrert.

Bidiagnose

Den eller de diagnosekodene som er oppført som andre tilstandskoder i NPR. For hver episode kan et ubegrenset antall bidiagnoser registreres.

Kvalifiserende koder

Det er 768 aktuelle diagnosekoder i ICD-10 og 8 prosedyrekoder i Norsk klinisk prosedyrekodeverk (NPKK) som kvalifiserer for inklusjon i Hjerte- og karregisterets (HKRs) basisregister. For komplett liste over alle kvalifiserende koder vises det til HKRs internettsider.

Pasient

Individ registrert i NPR med minst én kvalifiserende diagnosekode for inklusjon i HKRs basisregister.

Episode

Poliklinisk konsultasjon eller opphold ved sykehus i spesialisthelsetjenesten.

Opphold

Episoder fra samme sykehus som overlapper eller som er registrert med mindre enn 24 timer mellom ut- og innskrivningstidspunkt slås sammen til opphold.

Førstegangstilfelle

Sykdomstilfelle/tilstand som ikke er registrert i HKR i løpet av fem årganger forut for aktuelt diagnoseår. Sykdomsdiagnosen er basert på hoved- eller bidiagnose registrert i spesialisthelsetjenesten (ved innleggelse eller poliklinisk besøk) eller diagnoser som er registrert som dødsårsak på dødsmelding. Se også definisjoner i [Hjerte- og karregisterets statistikkbank](#).

Tilbakeblikksperiode

Tidsperiode med historiske data som brukes for å identifisere tidligere registrerte diagnoser. I rapporten har vi brukt fem års tilbakeblikksperiode.

Insidens

Antall nye sykdomstilfeller eller hendelser i en gitt periode i en gitt befolkning. Insidens kan oppgis som et absolutt antall per år eller som en rate per 100 000 personer per år.

Aldersspesifikk rate

Aldersspesifikk rate beregnes ved å dividere det observerte antall nye tilfeller i en gitt aldersgruppe og tidsperiode med det tilsvarende antall personår fra populasjonen under risiko i samme aldersgruppe og tidsperiode. Resultatet oppgis oftest som en rate per 100 000 per år.

Aldersstandardisert rate

En aldersstandardisert rate er et samlet mål for raten som en befolkningsgruppe (populasjon) ville ha hatt, hvis den hadde en standard aldersstruktur. Standardisering er nødvendig når man skal sammenligne flere populasjoner med forskjellig aldersstruktur fordi alder har stor betydning for risikoen for å få sykdom. En aldersstandardisert rate er et vektet gjennomsnitt av de aldersspesifikke ratene, hvor vektene er proporsjonene av standardpopulasjonen i de korresponderende aldersgrupper. I denne rapporten er norsk middelpopulasjon i 2025 brukt som standardpopulasjon.

Underliggende dødsårsak

Den sykdom eller skade som startet rekken av de sykelige tilstander som ledet direkte til døden, eller de ytre omstendigheter ved den ulykke eller voldshandling som var årsaken til den dødelige skade.

2.4 Datakilder

HKR har hjemmel til å behandle opplysninger f.o.m. 2012. Grunnet tekniske utfordringer rundt overgang til ny teknisk plattform, er det kun opplysninger fra 2016 som er tilrettelagt for analyse. Vi har derfor brukt data fra basisregisteret fra og med 1.1.2016 til og med 31.12.2025 i denne rapporten. For førstegangstilfeller er antall og rater oppgitt fra og med år 2021. Dette er fordi en tilbakeblikksperiode på 5 år er benyttet for å definere et tilfelle som førstegangstilfelle.

Befolkningsmengden og befolkningssammensetningen endrer seg fra år til år. For å kunne sammenligne trender over tid, er det nødvendig å justere for befolkningens størrelse og alderssammensetning. For beregning av aldersspesifikke rater er populasjonen ved årsslutt (fra [Statistisk sentralbyrå](#)) brukt for hvert år i perioden 2021–2025 (folketallet 1.januar i påfølgende år) i femårige aldersgrupper. Vi har siden forrige rapport, utgitt i 2025, endret fra bruk av Eurostat sin standardpopulasjon fra 2013 til bruk av middelbefolkningen i Norge i 2025 som standardpopulasjon for å beregne aldersstandardiserte dødelighetsrater. Middelbefolkningen er definert som gjennomsnittet av befolkningen 1. januar det aktuelle året og befolkningen 1. januar året etter.

2.5 Datakvalitet

Hjerte- og karregisteret utfører årlig dekningsgradsanalyser der innholdet i basisregisteret sammenlignes med innholdet i Hjerte- og karregisterets kvalitetsregistre. Dekningsgraden for enkelte diagnosegrupper og prosedyregupper i basisregisteret basert på data fra

spesialisthelsetjenesten sammenlignet med tilsvarende data i aktuelt kvalitetsregister er vist i tabellen under. For dødsårsaker er dekningsgraden i Dødsårsaksregisteret 98,6 %.

Tabell 1. Dekningsgrad for basisregisteret, 2025.

Kvalitetsregister/ Fagområde	Dekningsgrad for HKR basisregister
Hjerneslag	97,9 %
Hjerteinfarkt	98,4 %
Hjertestans	71,1 %
Hjertesvikt	79,1 %
Hjertekirurgi	87,5 %
Karkirurgi	92,9 %
Ablasjon	91,9 %

2.6 Endringer fra rapporten for 2024

ALDERSSTANDARDISERTE RATER

I denne rapporten benyttes aldersstandardisering med norsk middelpopulasjon i 2025 som standardpopulasjon. Dette er en endring fra tidligere årsrapporter, hvor man har brukt Eurostats standardpopulasjon. I Hjerter- og karregisterets statistikkbank er rater med begge aldersstandardiseringene tilgjengelig.

HYPERTENSJON

Hypertensjon er løftet frem i denne rapporten da hypertensjon er en av de viktigste risikofaktorene for hjerteinfarkt, hjerneslag, hjertesvikt, rytmeforstyrrelser og annen hjerte- og karsykdom.

WHO anslår at rundt en tredjedel av voksne nordmenn mellom 30 og 79 år har høyt blodtrykk, bare om lag halvparten får behandling, mens kun én av tre har god blodtrykkskontroll. Høyt blodtrykk er lett å måle og som regel enkelt å behandle.

Vedvarende forhøyet blodtrykk skader blodårene og akselererer aterosklerose. Den samme karpåvirkningen gjør høyt blodtrykk til en sentral risikofaktor for kognitiv svikt, vaskulær demens og erektil dysfunksjon. Siden forekomsten av hypertensjon øker kraftig med alder, bidrar tilstanden i betydelig grad til insidens og prevalens av flere av de store folkesykdommene, og effektiv blodtrykkskontroll er derfor et nøkkeltiltak i forebygging på tvers av diagnosegrupper.

KJØNNSFORSKJELLER

Vi har i årets rapport lagt til et eget avsnitt som gjelder kjønnsforskjeller. I tråd med nasjonale føringer for likestilling og likeverdige helsetjenester presenteres resultater gjennomgående fordelt på kjønn der datagrunnlaget gjør det mulig. ([Strategi for likestilling mellom kvinner og menn 2025-2030 - regjeringen.no](#)) Dette gjør det mulig å identifisere eventuelle kjønnsforskjeller i forekomst, behandling og utfall av hjerte- og karsykdom, og gir et bedre grunnlag for planlegging og målrettede tiltak. Mye av tidligere forskning og kliniske retningslinjer bygger i stor grad på mannlige pasienter, og kan dermed gi mindre treffsikker diagnostikk og behandling for kvinner. Kvinner og menn kan ha ulike sykdomsforløp og varianter, få ulik behandling og til dels respondere ulikt på medikamenter, noe som igjen kan

påvirke prognosen. Uten et bevisst kjønnsperspektiv risikerer vi både feil diagnoser og utilstrekkelig eller feil behandling hos begge kjønn, noe som undergraver målet om likeverdig helsehjelp.

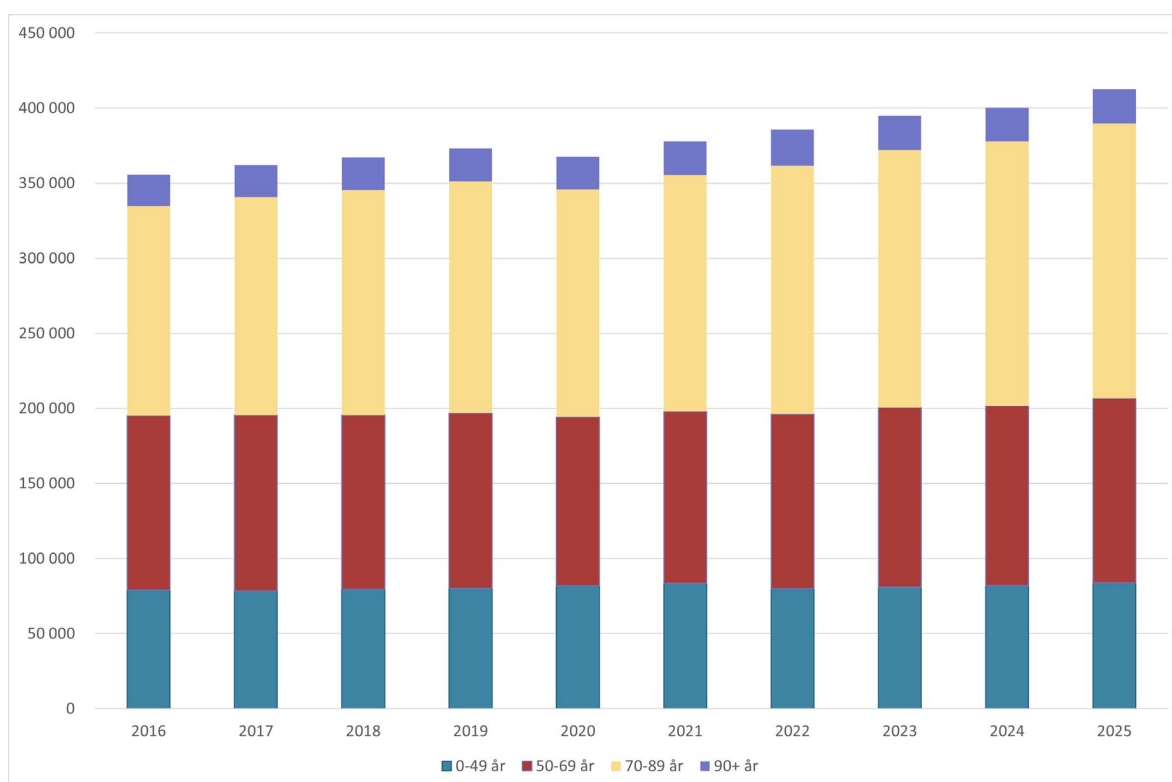
3 RESULTATER

3.1 Oversiktstall, pasienter fra Hjerne- og karregisterets basisregister

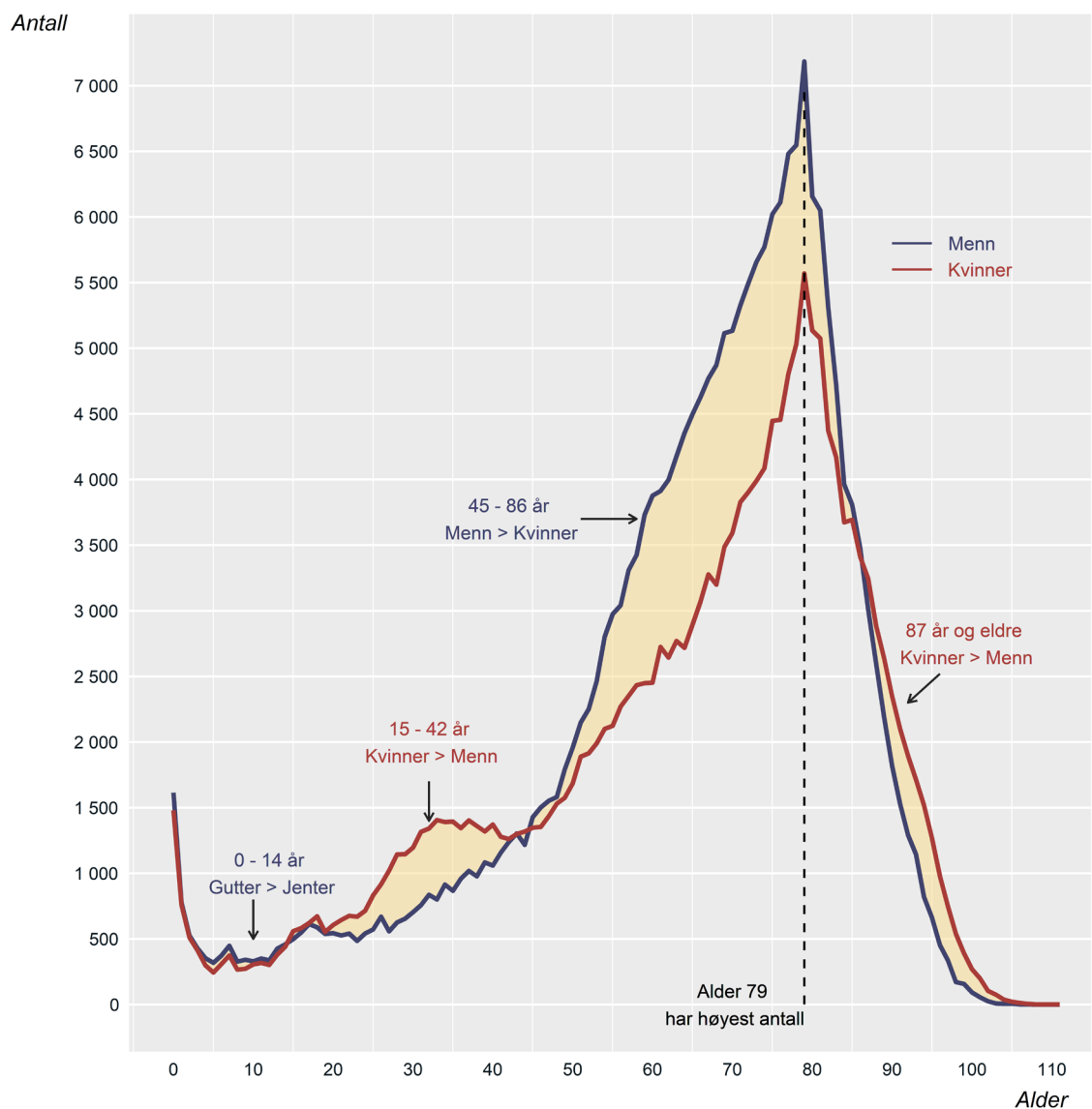
I 2025 var det registrert til sammen 412 472 pasienter fordelt på 220 544 menn og 191 928 kvinner i Hjerne- og karregisterets basisregister (tabell 2). Det vil si at 7,8 % av menn og 6,9 % av kvinner i befolkningen har fått behandling i spesialisthelsetjenesten for hjerne- og karsykdom eller har dødd av hjerne- og karsykdom i 2025. Ved opphold i sykehus og ved polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten registreres det vanligvis en hoved-tilstand (hoveddiagnose) og eventuelt én eller flere andre tilstander (bidiagnoser). Tabell 2 viser fordeling mellom hjerne- og karsykdom som hoved- eller bidiagnose hos kvinner og menn. Figur 1 viser antall personer med hjerne- og karsykdom 2016-2025. Figur 2 viser antall kvinner og menn som fikk behandling i spesialisthelsetjenesten fordelt på alder.

Tabell 2. Pasienter fordelt på hoved- og bidiagnoser og dødsfall i Hjerne- og karregisterets basisdel, 2025.

Pasienter	Menn (antall, %)	Kvinner (antall, %)
Hoveddiagnose fra kvalifiserende diagnosekoder	177 139 (80 %)	147 066 (77 %)
Kun bidiagnose (en eller flere) fra kvalifiserende diagnosekoder	33 247 (15 %)	33 381 (17 %)
Dødsfall uten episode i sykehus samme år	10 158 (5 %)	11 481 (6 %)
Totalt antall pasienter	220 544 (100 %)	191 928 (100 %)



Figur 1. Antall personer med hjerte- og karsykdom 2016-2025. Fra 2016 til 2025 er det en 16 % økning av antall personer. Tallene er basert på personer som har hatt minst ett opphold i spesialisthelsetjenesten med en kvalifiserende hjerte- og karsykdomsdiagnose eller som har hatt hjerte- og karsykdom som dødsårsak. Fargene i søylene viser fordelingen mellom aldersgruppene angitt i figuren.



Figur 2. Antall kvinner og menn som fikk behandling for hjerte- og karsykdom i spesialisthelsetjenesten i 2025 fordelt på alder.

3.2 Nye tilfeller med hjerte- og karsykdommer i perioden 2021-2025

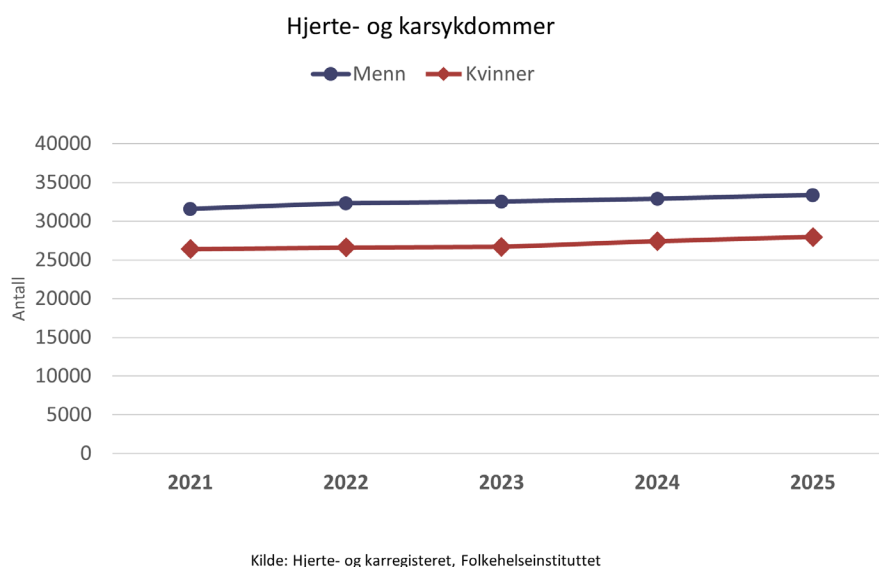
I denne delen av rapporten har vi valgt noen store og viktige sykdomsgrupper for nærmere analyse. Hver sykdomsgruppe er definert av ICD-10-koder, se tabell 3. Vi oppgir nye tilfeller (insidens) av ulike sykdomsgrupper i perioden, det vil si nye sykdomstilfeller behandlet i spesialisthelsetjenesten eller diagnoser som er registrert som dødsårsak på dødsmelding uten at diagnosen har vært registrert de fem forutgående årene, derfor er insidens oppgitt fra 2021. Hjertesvikt, hypertensjon, atrieflimmer og atrieflutter blir noen ganger behandlet i primærhelsetjenesten, slik at for disse sykdomsgruppene er estimatene mer usikre enn for hjerteinfarkt og hjerneslag som nesten alltid behandles på sykehus.

Tabell 3. Utvalgte sykdomsgrupper for nærmere analyse, 2025.

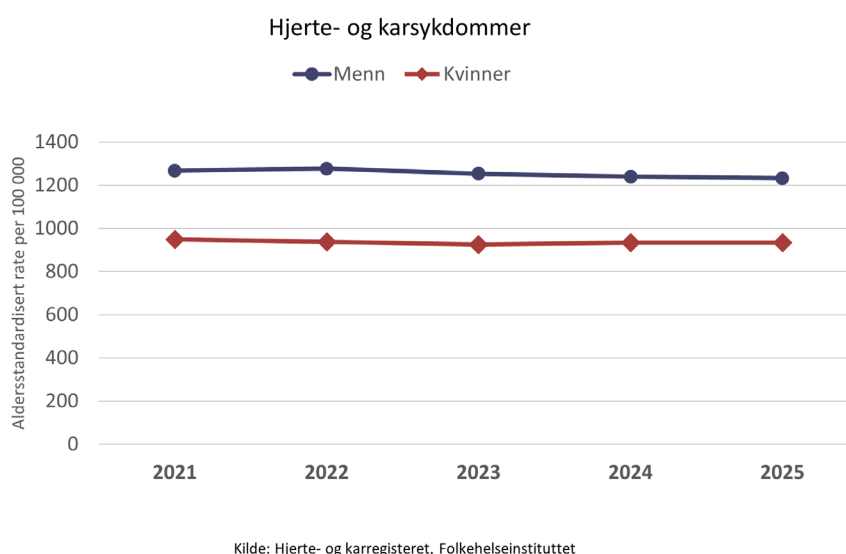
Sykdomsgruppe	ICD-10-koder
Hjerte- og karsykdommer	I00-I99
Hypertensjon	I10-I15
Akutt hjerteinfarkt	I21-I22
Iskemisk hjertesykdom	I20-I25
Atrieflimmer og atrieflutter	I48
Hjertesvikt	I11.0, I13.0, I13.2, I42.0, I43.0, I43.1, I43.2, I43.8, I50.0, I50.1, I50.9
Akutt hjerneslag	I61, I63-I64
Forbigående cerebrale iskemiske anfall (TIA)	G45

3.2.1 Hjerte- og karsykdommer

Antallet førstegangstilfeller av hjerte- og karsykdommer har vært relativt stabilt i perioden 2021–2025, med en økning fra 26 410 til 27 966 blant kvinner og fra 31 605 til 33 398 blant menn. De aldersstandardiserte ratene har samtidig vist en svak nedgang, fra 949 til 934 per 100 000 kvinner og fra 1 267 til 1 233 per 100 000 menn, noe som tyder på at økningen i antall tilfeller i hovedsak kan forklares av en aldrende befolkning snarere enn en reell økning i aldersjustert risiko. Tallene omfatter alle hjerte- og kardiagnoser samlet, og kan dermed maskere at utviklingen for enkeltgrupper av diagnoser spriker, med tydelig nedgang for noen tilstander og økning eller stabilitet for andre. Dette nyanseres og illustreres i de påfølgende resultatavsnittene. Figur 3 og 4 viser antall og aldersstandardiserte rater for nye tilfeller med hjerte- og karsykdommer hos kvinner og menn.



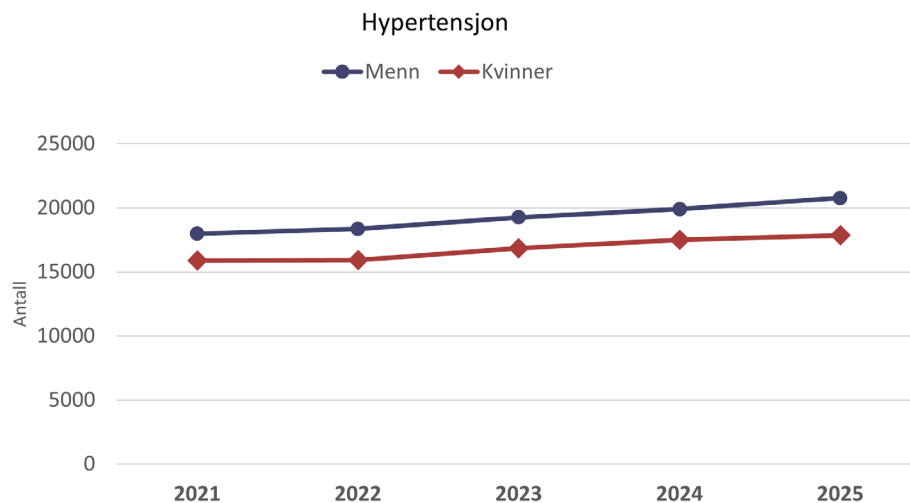
Figur 3. Antall nye pasienter med hjerte- og karsykdommer per år for kvinner og menn, 2021-2025.



Figur 4. Aldersstandardiserte rater per 100 000 for nye pasienter med hjerte- og karsykdommer per år for kvinner og menn, 2021-2025.

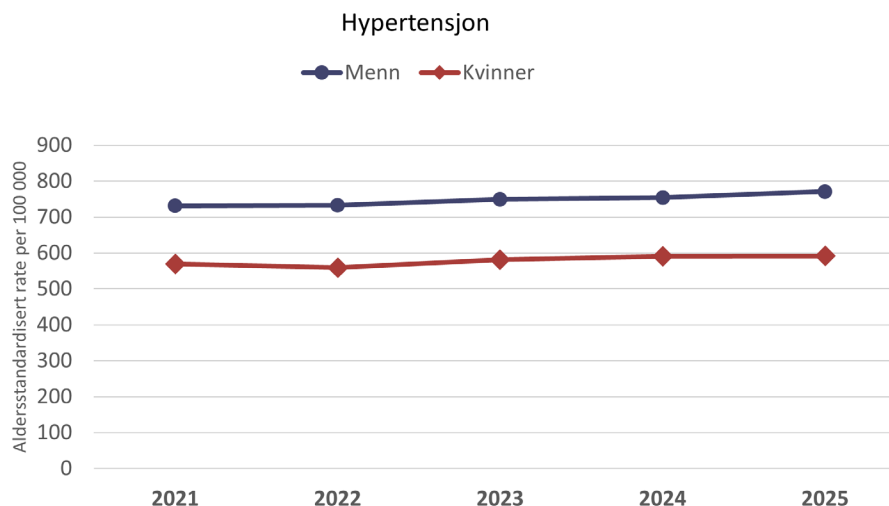
3.2.2 Hypertensjon - høyt blodtrykk

Fra 2021 til 2025 har antallet førstegangstilfeller av hypertensjon økt fra 15 882 til 17 855 blant kvinner og fra 17 998 til 20 778 blant menn. I samme periode har de aldersstandardiserte ratene for hypertensjon vist en moderat økning, fra 570 til 592 per 100 000 kvinner og fra 732 til 771 per 100 000 menn, noe som tyder på at veksten ikke bare kan forklares av en aldrende befolkning, men også av en reell økning i aldersjustert risiko for hypertensjon. Hypertensjon er oftest en bidiagnose når diagnosen er registrert i spesialisthelsetjenesten. Figur 5 og 6 viser antall og aldersstandardiserte rater for nye tilfeller med hypertensjon hos kvinner og menn.



Kilde: Hjerteregisteret, Folkehelseinstituttet

Figur 6. Antall nye pasienter med hypertensjon per år for kvinner og menn, 2021-2025.



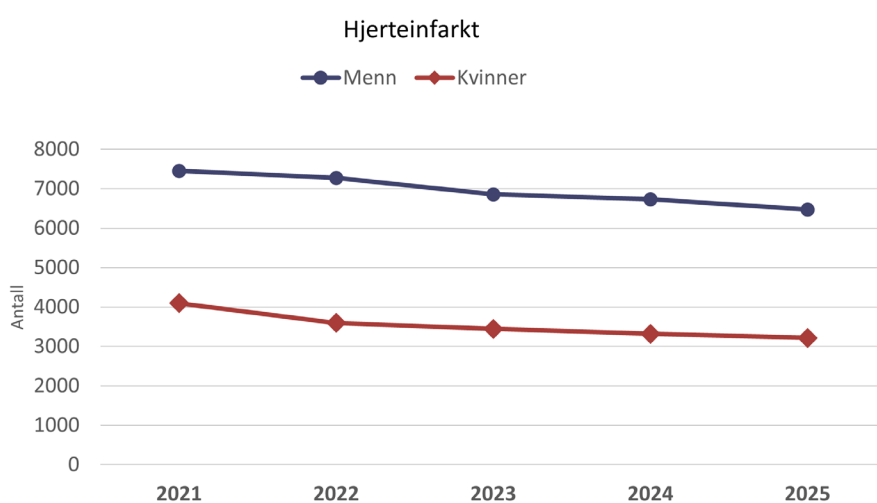
Kilde: Hjerteregisteret, Folkehelseinstituttet

Figur 5. Aldersstandardiserte rater per 100 000 for nye pasienter med hypertensjon per år for kvinner og menn, 2021-2025.

Tallene i denne rapporten omfatter kun personer med høyt blodtrykk som er registrert i spesialisthelsetjenesten. Mange personer med høyt blodtrykk blir utredet og fulgt opp i primærhelsetjenesten uten å være innom sykehus, og dersom disse også var inkludert, ville prevalensen og insidensen av høyt blodtrykk i befolkningen kanskje vært høyere enn det som framgår av disse tallene.

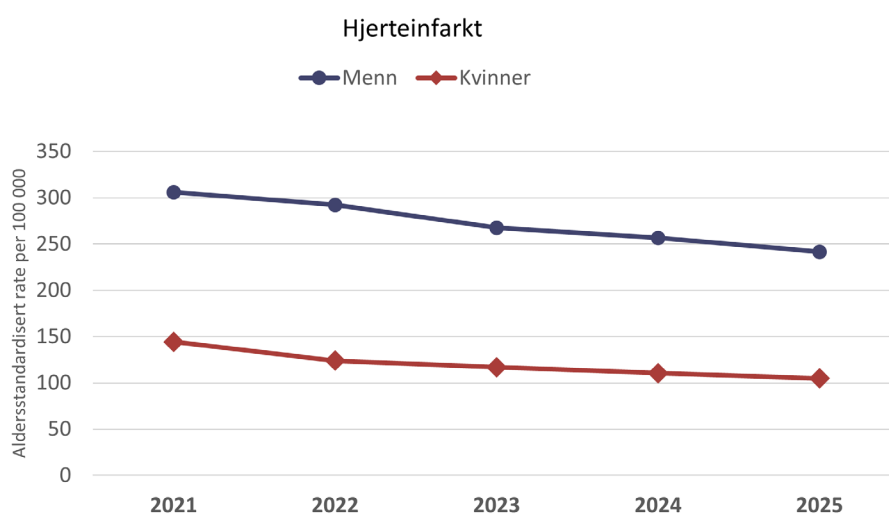
3.2.3 Hjerterinfarkt

Fra 2021 til 2025 har antallet førstegangstilfeller av akutt hjerterinfarkt falt fra 4 100 til 3 216 blant kvinner og fra 7 453 til 6 471 blant menn. I samme periode har de aldersstandardiserte ratene for akutt hjerterinfarkt gått ned fra 144 til 105 per 100 000 kvinner og fra 306 til 242 per 100 000 menn, noe som tyder på en reell reduksjon i aldersjustert risiko for akutt hjerterinfarkt i befolkningen hos begge kjønn. Figur 7 og 8 viser antall og aldersstandardiserte rater for nye tilfeller med hjerterinfarkt hos kvinner og menn.



Kilde: Hjerter- og karregisteret, Folkehelseinstituttet

Figur 8. Antall nye pasienter med hjerterinfarkt per år for kvinner og menn, 2021-2025.



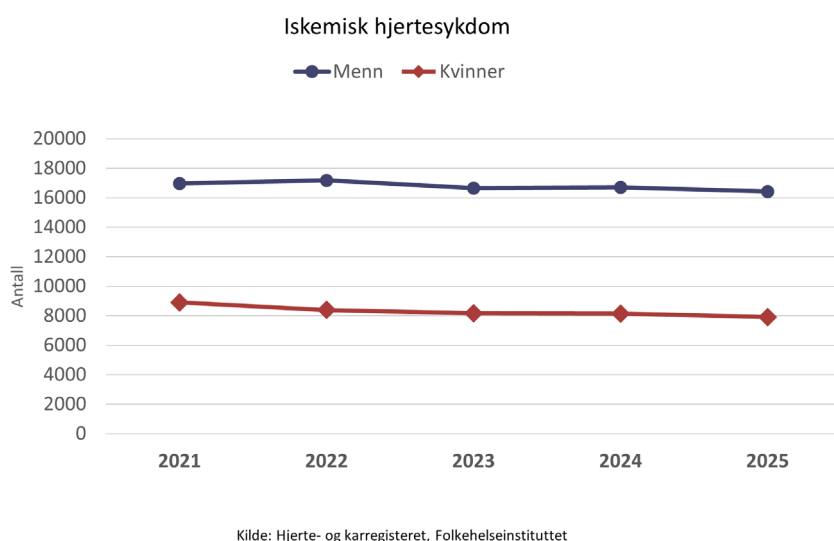
Kilde: Hjerter- og karregisteret, Folkehelseinstituttet

Figur 7. Aldersstandardiserte rater per 100 000 for nye pasienter med hjerterinfarkt per år for kvinner og menn, 2021-2025.

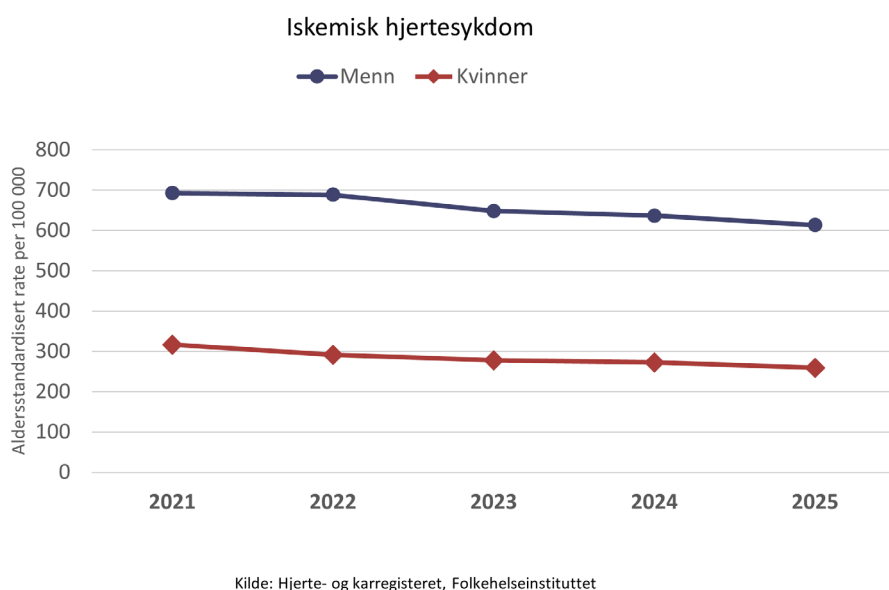
3.2.4 Iskemisk hjertesykdom

De iskemiske hjertesykdommene i ICD-10 (I20–I25) omfatter hele spekteret fra stabile symptomer til akutte hendelser og kronisk sykdom. Angina pectoris, akutt hjerteinfarkt, påfølgende hjerteinfarkt, senkomplikasjoner etter akutt hjerteinfarkt, andre akutte og subakutte iskemiske hjertesykdommer og kronisk iskemisk hjertesykdom.

Fra 2021 til 2025 har antallet førstegangstilfeller av iskemisk hjertesykdom falt fra 8 912 til 7 909 blant kvinner og fra 16 959 til 16 422 blant menn. I samme periode har de aldersstandardiserte ratene gått ned fra 316 til 259 per 100 000 kvinner og fra 693 til 614 per 100 000 menn, noe som tyder på en tydelig reduksjon i aldersjustert risiko for iskemisk hjertesykdom i befolkningen hos begge kjønn. Figur 9 og 10 viser antall og aldersstandardiserte rater for nye tilfeller med iskemisk hjertesykdom hos kvinner og menn



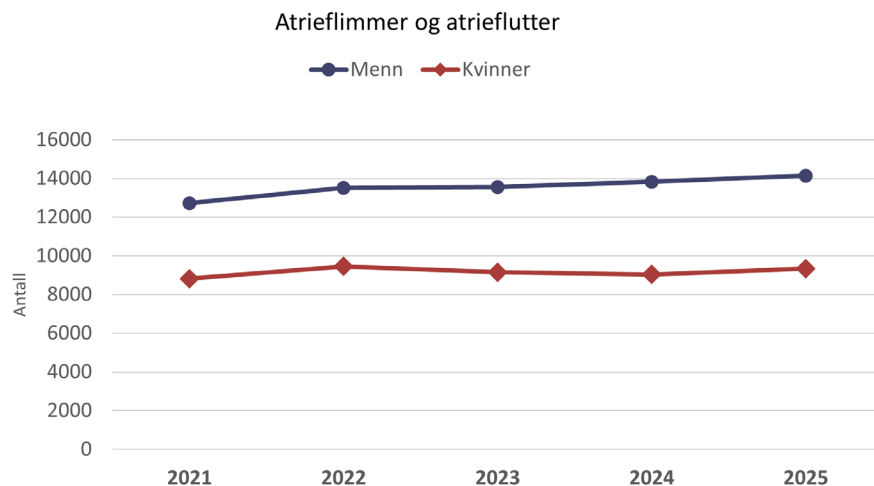
Figur 9. Antall nye pasienter med iskemisk hjertesykdom for kvinner og menn, 2021-2025.



Figur 10. Aldersstandardiserte rater per 100 000 for nye pasienter med iskemisk hjertesykdom per år for kvinner og menn, 2021-2025.

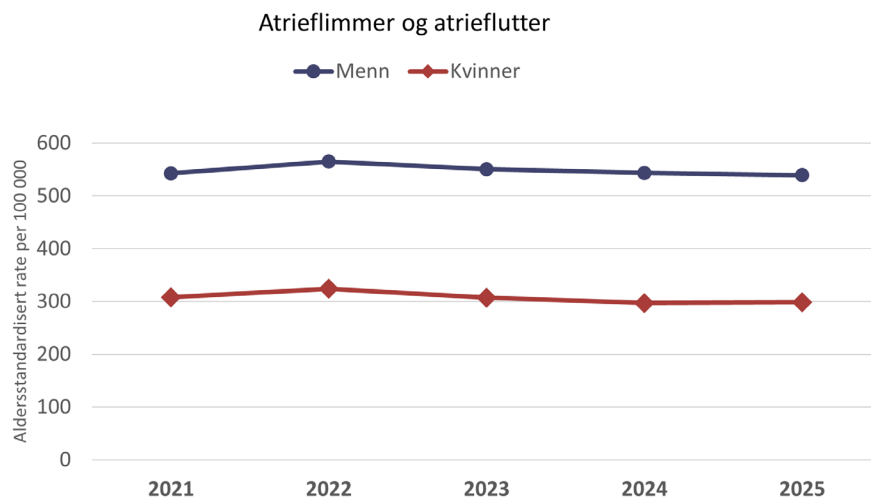
3.2.5 Atrieflimmer og atrieflutter

Antall førstegangstilfeller av atrieflimmer og atrieflutter økte i perioden 2021–2025 både blant kvinner og menn. Samtidig viser de aldersstandardiserte ratene en svak nedgang (fra 305 til 299 per 100 000 hos kvinner og fra 543 til 539 per 100 000 hos menn), noe som tyder på at endringen i aldersjustert forekomst over tid er liten. Dette betyr at økningen i antall pasienter i stor grad kan henge sammen med at befolkningen blir eldre, snarere enn en klar økning i risiko innenfor de enkelte aldersgruppene. Figur 11 og 12 viser antall og aldersstandardiserte rater for nye tilfeller med atrieflimmer og -flutter hos kvinner og menn.



Kilde: Hjerte- og karregisteret, Folkehelseinstituttet

Figur 11. Antall nye pasienter med atrieflimmer og atrieflutter per år for kvinner og menn, 2021-2025.

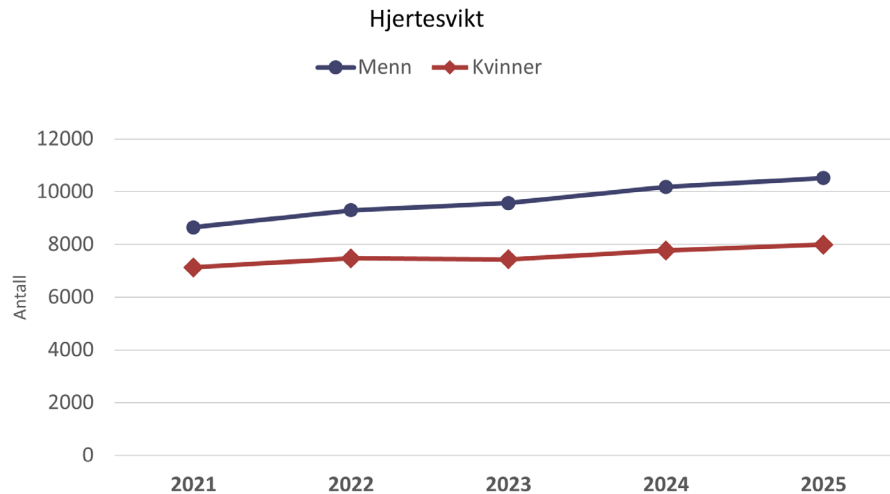


Kilde: Hjerte- og karregisteret, Folkehelseinstituttet

Figur 12. Aldersstandardiserte rater per 100 000 for nye pasienter med atrieflimmer og atrieflutter per år for kvinner og menn, 2021-2025.

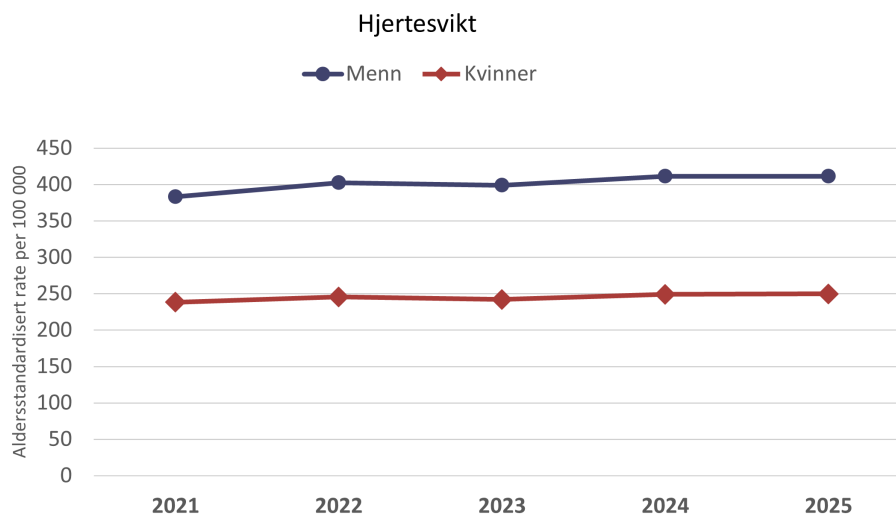
3.2.6 Hjertesvikt

Antall førstegangstilfeller av hjertesvikt økte i perioden 2021–2025 både blant kvinner og menn, fra 7 133 til 7 996 tilfeller hos kvinner og fra 8 652 til 10 523 hos menn. De aldersstandardiserte ratene har samtidig økt moderat, fra 238 til 250 per 100 000 hos kvinner og fra 383 til 411 per 100 000 hos menn, noe som tyder på en viss økning i aldersjustert risiko for hjertesvikt. Figur 13 og 14 viser antall og aldersstandardiserte rater for nye tilfeller med hjertesvikt hos kvinner og menn.



Kilde: Hjerne- og karregisteret, Folkehelseinstituttet

Figur 14. Antall nye pasienter med hjertesvikt per år for kvinner og menn, 2021-2025.



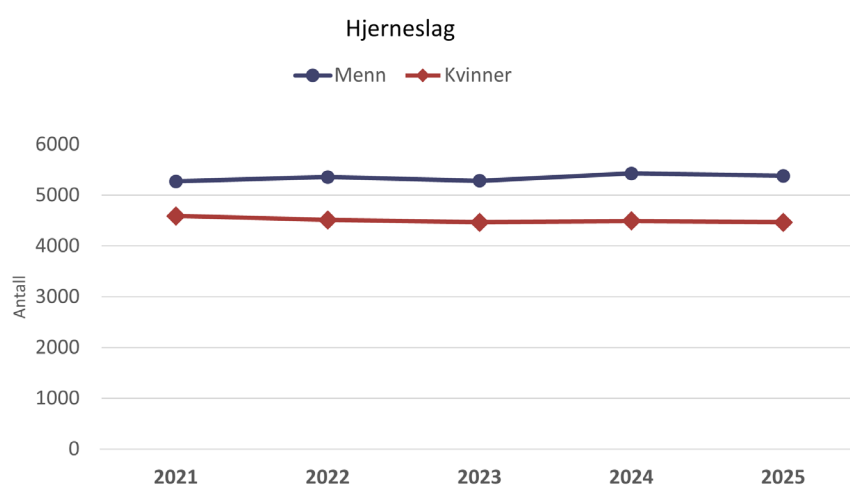
Kilde: Hjerne- og karregisteret, Folkehelseinstituttet

Figur 13. Aldersstandardiserte rater per 100 000 for nye pasienter med atrieflimmer og atrieflutter per år for kvinner og menn, 2021-2025.

Diagnosen hjertesvikt omfatter to hovedtyper, hjertesvikt med redusert ejeksjonsfraksjon (HFrEF) og hjertesvikt med bevart ejeksjonsfraksjon (HFpEF). Flere studier og faglige oversikter viser at pasienter med HFpEF utgjør om lag halvparten av alle med hjertesvikt, særlig blant eldre og kvinner, men at tilstanden er diagnostisk krevende og ofte undererkjent. På bakgrunn av dette er det derfor sannsynlig at forekomsten av hjertesvikt er underestimert i registeret.

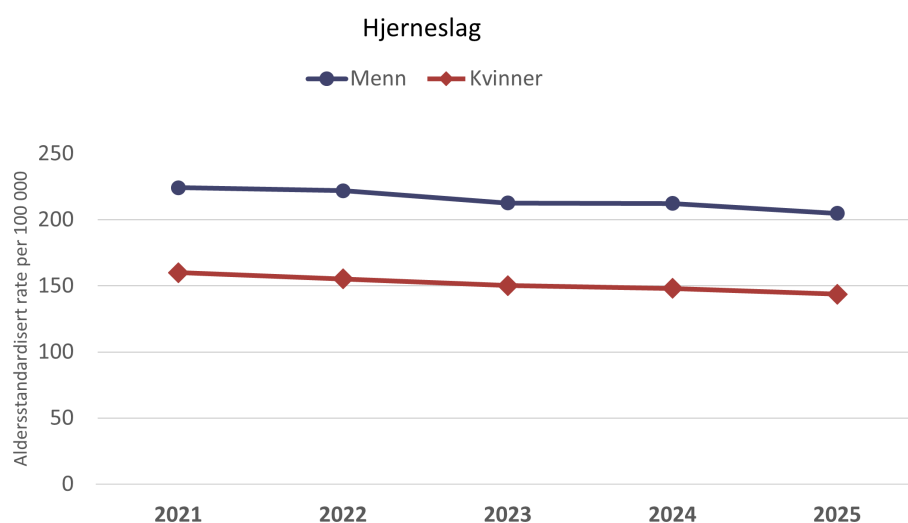
3.2.7 Hjerneslag

Antallet førstegangstilfeller av akutt hjerneslag var relativt stabilt i perioden 2021–2025, med små endringer i antall tilfeller hos både kvinner og menn. Antallet gikk ned fra 4 593 til 4 464 hos kvinner og opp fra 5 272 til 5 380 hos menn. Når tallene justeres for alderssammensetning, ser vi en svak nedgang i raten av nye tilfeller per 100 000 innbyggere, fra 160 til 144 hos kvinner og fra 224 til 205 hos menn. Dette tyder på at den aldersjusterte risikoen for førstegangshjerneslag i befolkningen har gått noe ned i perioden. Figur 15 og 16 viser antall og aldersstandardiserte rater for nye tilfeller med hjerneslag hos kvinner og menn.



Kilde: Hjerteregisteret, Folkehelseinstituttet

Figur 16. Antall nye pasienter med hjerneslag per år for kvinner og menn, 2021-2025.

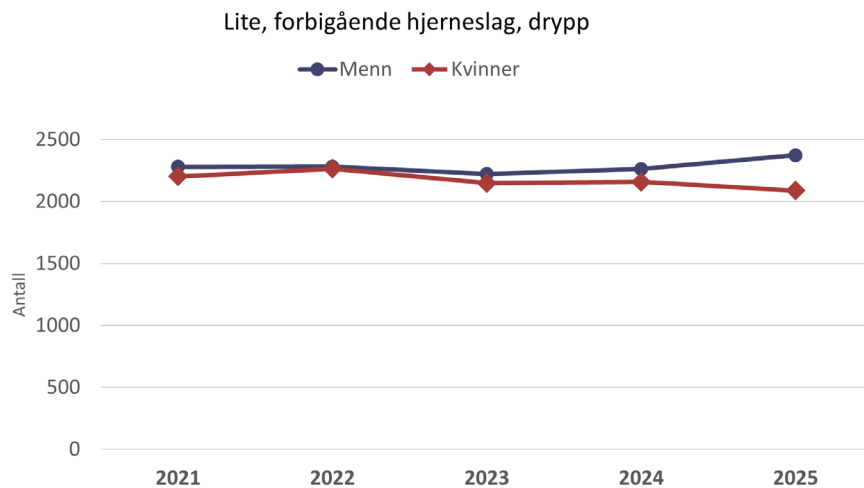


Kilde: Hjerteregisteret, Folkehelseinstituttet

Figur 15. Aldersstandardiserte rater per 100 000 for nye pasienter med hjerneslag per år for kvinner og menn, 2021-2025.

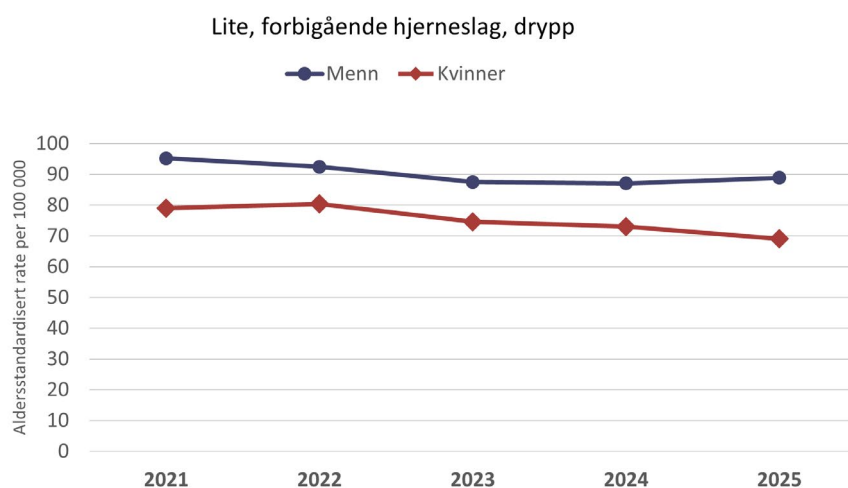
3.2.8 Lite, forbigående hjerneslag, drypp (TIA)

Antallet førstegangstilfeller av drypp (TIA) var relativt stabilt i perioden 2021–2025, med en svak nedgang hos kvinner (fra 2 203 til 2 090) og en liten økning hos menn (fra 2 281 til 2 375). Når tallene justeres for alderssammensetning, ser vi en nedgang i aldersstandardisert rate av førstegangstilfeller både hos kvinner og menn, fra 79 til 69 per 100 000 hos kvinner og fra 95 til 89 per 100 000 hos menn. Dette tyder på at den aldersjusterte risikoen for TIA i befolkningen har gått noe ned i perioden. Figur 17 og 18 viser antall og aldersstandardiserte rater for nye tilfeller med TIA hos kvinner og menn.



Kilde: Hjerte- og karregisteret, Folkehelseinstituttet

Figur 18. Antall nye pasienter med forbigående cerebrale iskemiske anfall per år for kvinner og menn, 2021-2025.



Kilde: Hjerte- og karregisteret, Folkehelseinstituttet

Figur 17. Aldersstandardiserte rater per 100 000 for nye pasienter med forbigående cerebrale iskemiske anfall per år for kvinner og menn, 2021-2025.

3.3 Total forekomst av hjerte- og karsykdommer i perioden 2021 til 2025

I denne delen av rapporten oppgir vi det totale antallet pasienter som har fått behandling for forskjellige typer hjerte- og karsykdom i spesialisthelsetjenesten og/eller har hatt hjerte- og karsykdom som dødsårsak per år fra 2021 til 2025 (Tabell 4). Hver sykdomsgruppe er definert av ICD-10-koder, se tabell 3.

Tabell 4. Antallet kvinner og menn som har fått behandling i spesialisthelsetjenesten for forskjellige typer hjerte- og karsykdom eller dødd av hjerte- og karsykdom i løpet av ett år.

		2021	2022	2023	2024	2025
Menn	Pasienter totalt	199447	206376	211555	214983	220544
	Hypertensjon	28959	29114	29590	30693	31847
	Akutt hjerteinfarkt	8586	8327	7884	7712	7425
	Atrieflimmer og atrieflutter	29354	31189	31079	31414	32631
	Hjertesvikt	17861	18994	19849	20653	21561
	Akutt hjerneslag	5906	5993	5968	6093	6076
Kvinner	Pasienter totalt	178504	179316	183376	185252	191928
	Hypertensjon	25553	24935	25598	26309	27088
	Akutt hjerteinfarkt	4720	4157	3900	3758	3643
	Atrieflimmer og atrieflutter	20050	20699	20290	20317	20827
	Hjertesvikt	12647	13051	13106	13513	14063
	Akutt hjerneslag	5086	5063	4962	5036	4992

Antallet som ble registrert i basisregisteret økte i perioden 2021-2025 fra 377 951 til 412 472 pasienter årlig. Antallet pasienter som mottok behandling for hjerte- og karsykdommer i spesialisthelsetjenesten økte, mens det var en liten nedgang i antallet som døde av hjerte og karsykdommer.

Når det gjelder hypertensjon, viste tallene for 2025 at 14 % av alle personene i Hjerte- og karregisteret hadde hypertensjon.

I kvalitetsregistrene var andelen høyere: I NORIC (Norsk register for invasiv kardiologi) hadde 60 % av pasientene som fikk utført hjertekateterisering hypertensjon, og i AblaNor (Nasjonalt register for ablasjonsbehandling og elektrofysiologi i Norge) hadde 40 % av dem som fikk ablasjon for atrieflimmer eller -flutter i 2025 hypertensjon. I NORKAR (Norsk karkirurgisk register) hadde 64 % av pasientene som gjennomgikk karkirurgi hypertensjon. I Hjertesviktregisteret i 2025 hadde 47 % av de registrerte pasientene hypertensjon, og i Hjerteinfarktregisteret hadde 51 % av pasientene med hjerteinfarkt hypertensjon.

3.4 Utvalgte prosedyrer

I denne delen av rapporten presenteres utvalgte prosedyrer for behandling av hjerte- og karsykdommer (Tabell 5). En oversikt over hvilke prosedyrer som dekkes av de ulike kvalitetsregistrene finnes i tabell 6.

Tabell 5. Utvalgte prosedyrer for behandling av hjerte- og karsykdommer

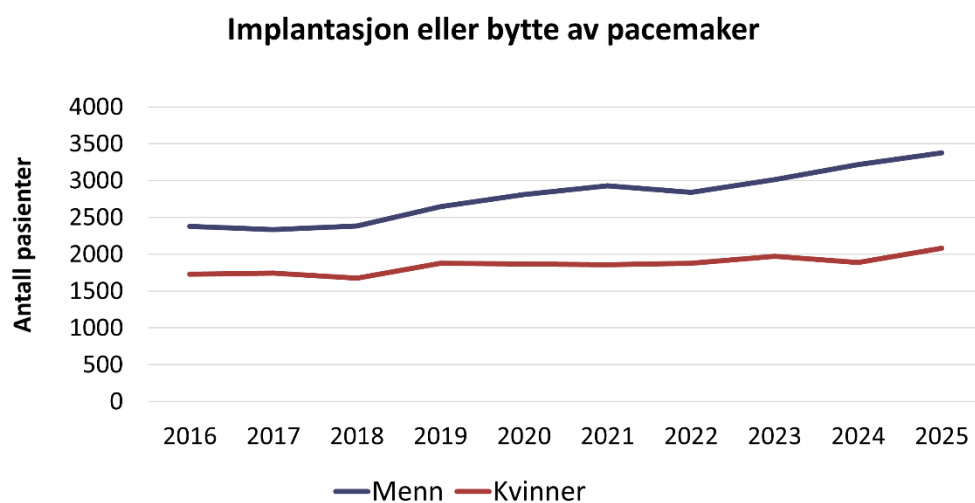
Prosedyregruppe	Prosedyrekoder (NPKP)
Implantasjon eller bytte av pacemaker	FPE00, FPE10, FPE20, FPE26, FPE30, FPE40, FPE96, FPGC05, FPK10A, FPK13A, FPK16A, FPK20A, FPK23A, FPK60A, FPK96A
Implantasjon eller bytte av ICD	FPG30, FPG33, FPG36, FPG40, FPG96, FPGC10, FPK30A, FPK33A, FPK36A, FPK40A
Perkutan implantasjon av aortaklaffeprotese (TAVR)	FMD12, FMD13, FMK12A, FMK14A
Kirurgisk implantasjon av aortaklaffeprotese (SAVR)	FMD00, FMD10, FMD20
Ablasjonsbehandling av atrieflimmer og atrieflutter	FPB32, FPB35, FPO10A, FPO25A i kombinasjon med ICD-10-kode I48
Ablasjonsbehandling av forkammer reentry rytmeforstyrrelser, AVNRT og AVRT	FPB32, FPB35, FPO10A, FPO25A i kombinasjon med ICD-10-kode I45.6 eller I47.1
Trombektomi ved hjerneslag	AAE11B, PAE20B, PAE21B

Tabell 6. Prosedyrer beskrevet i de medisinske kvalitetsregistrene tilknyttet Hjerte- og karregisteret

Prosedyregruppe	Kvalitetsregister
Koronar angiografi	Norsk register for invasiv kardiologi
Perkutan koronar intervensjon (PCI)	Norsk register for invasiv kardiologi
Perkutan implantasjon av aortaklaffeprotese (TAVR)	Norsk register for invasiv kardiologi
All åpen hjertekirurgi	Norsk hjertekirurgiregister
Ablasjonsbehandling av atrieflimmer og atrieflutter	Nasjonalt register for ablasjonsbehandling og elektrofysiologi
Ablasjonsbehandling av forkammer reentry rytmeforstyrrelser	Nasjonalt register for ablasjonsbehandling og elektrofysiologi
Inngrep på carotis	Norsk karkirurgisk register
Behandling av abdominal aorta aneurisme	Norsk karkirurgisk register

3.4.1 Implantasjon eller bytte av pacemaker

En pacemaker er en liten «hjertedatamaskin» som opereres inn under huden, koblet til ledninger som er i kontakt med hjertet, og hjelper hjertet å slå når pulsen blir for lav. Ved hjertesvikt kan man få en spesiell pacemaker (CRT) som også hjelper hjertets kamre å slå mer samtidig, slik at hjertet pumper mer effektivt. I 2025 var det 2 082 kvinner og 3 374 menn som fikk utført implantasjon eller bytte av permanent pacemaker. Dette er en økning fra 1 731 kvinner og 2 379 menn som fikk utført implantasjon eller bytte av permanent pacemaker i 2016 (Figur 19).

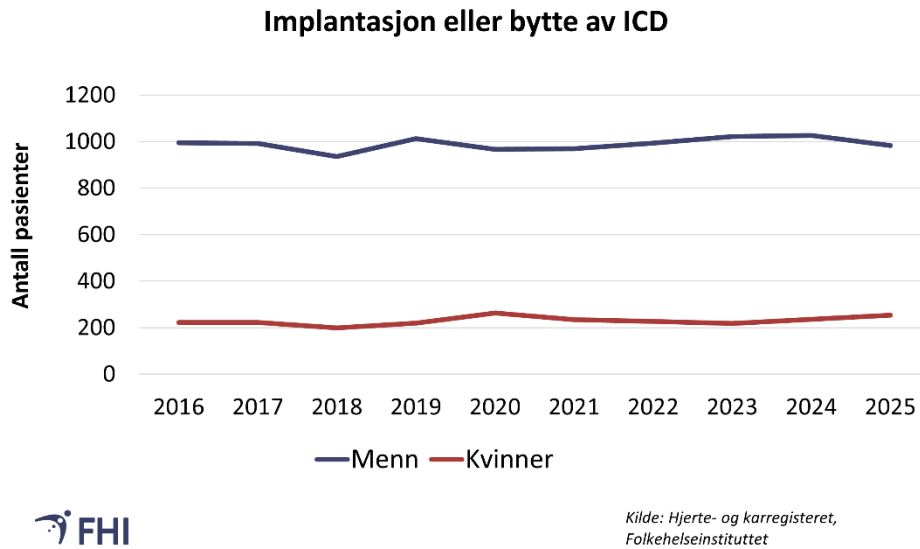


Kilde: Hjerte- og karregisteret,
Folkehelseinstituttet

Figur 19. Antall pasienter med utført implantasjon eller bytte av permanent pacemaker per år for kvinner og menn, 2016-2025.

3.4.2 Implantasjon eller bytte av hjertestarter (ICD)

Antallet implantasjoner og bytter av implanterbar hjertestarter (ICD) har vært relativt stabilt fra 2016 til 2025. I 2025 fikk 253 kvinner og 982 menn satt inn eller byttet en ICD, mot henholdsvis 222 kvinner og 995 menn i 2016. Endringene er små, og tyder ikke på noen klar økning eller nedgang i bruken av ICD i befolkningen i denne perioden (Figur 20).



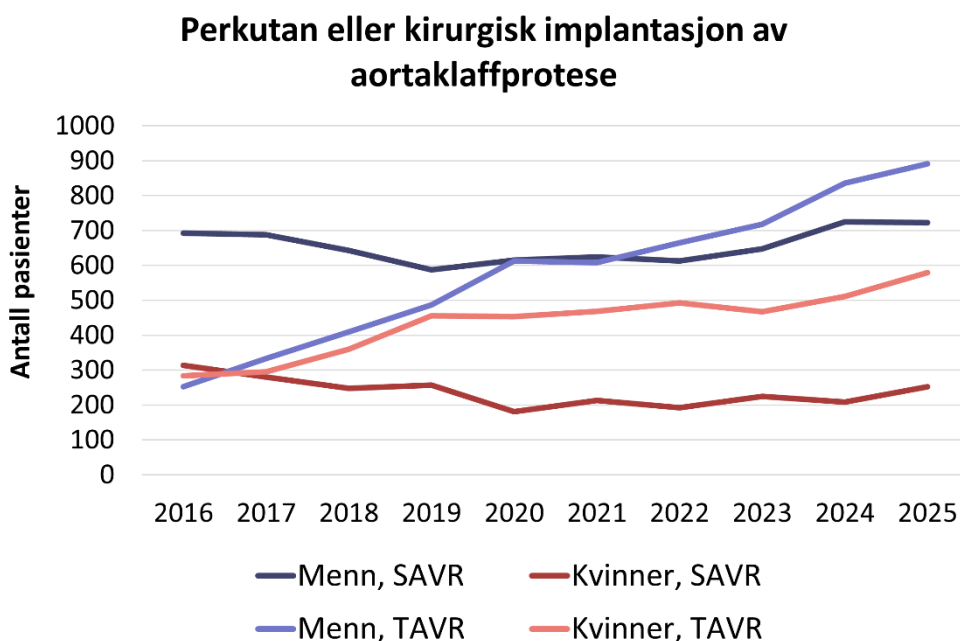
Figur 20. Antall pasienter med utført implantasjon eller bytte av ICD per år for kvinner og menn, 2016-2025.

3.4.3 Perkutan eller kirurgisk implantasjon av aortaklaffprotese

Når hjerteklaffen mellom hovedpulsåren og venstre hjertekammer (aortaklaffen) blir trang, kalles det aortastenose. Tidligere ble aortastenose kun behandlet med kirurgisk innsetting av aortaklaffprotese (SAVR). Fra 2008 behandles aortastenose også med kateterbasert perkutan innsetting av biologisk aortaklaffprotese (TAVR) i Norge. Ved TAVR brukes transkutan tilgang og kateter.

Bruken av transkateter aortaklaffimplantasjon (TAVR) har økt markant i perioden 2016–2025. Antallet prosedyrer økte fra 284 til 579 blant kvinner og fra 252 til 891 blant menn. Dette representerer en tydelig og statistisk signifikant økning i bruken av TAVR, og reflekterer en gradvis innføring og utvidet bruk av denne behandlingen i spesialisthelsetjenesten.

Antallet kirurgiske aortaklaffoperasjoner (SAVR) har vært relativt stabilt eller svakt avtagende i perioden 2016–2025. Blant kvinner gikk antallet inngrep ned fra 313 til 252, mens det blant menn var en liten økning fra 692 til 722 inngrep. Samtidig har bruken av transkateter aortaklaffimplantasjon (TAVR) økt markant, slik at det totalt sett ble implantert betydelig flere aortaklaffproteser i 2025 enn i 2016. Dette tyder på en tydelig dreining fra kirurgisk til kateterbasert behandling, snarere enn en generell økning i behovet for aortaklaffintervensjoner (Figur 21).



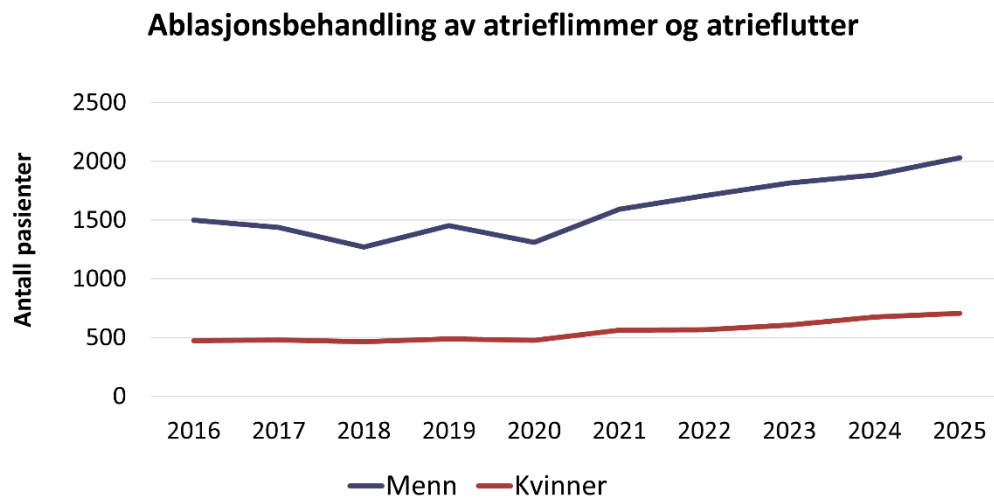
Kilde: Hjerte- og karregisteret,
Folkehelseinstituttet

Figur 21. Antall pasienter med utført transluminal/transapikal innsetting av biologisk aortaklaffprotese (TAVR) og kirurgisk innsetting av aortaklaffprotese (SAVR) per år for kvinner og menn, 2016–2025.

3.4.4 Ablasjonsbehandling av atrieflimmer og atrieflutter

Ablasjonsbehandling av atrieflimmer og atrieflutter utføres på en operasjonsstue ved hjelp av spesialiserte kartleggingssystemer for hjertet. Under inngrepet føres tynne ledninger inn via en blodåre i lysken og videre opp til hjertet. Behandlingen går ut på å ødelegge et lite område av vevet i hjertet for å forhindre de elektriske impulsene som forårsaker atrieflimmer eller atrieflutter.

Bruken av ablasjonsbehandling ved atrieflimmer og atrieflutter har økt betydelig i perioden 2016–2025. Antallet inngrep økte fra 474 til 706 blant kvinner og fra 1 500 til 2 030 blant menn. Dette tyder på en tydelig oppskalering av ablasjonsbehandling i spesialisthelsetjenesten. (Figur 22).



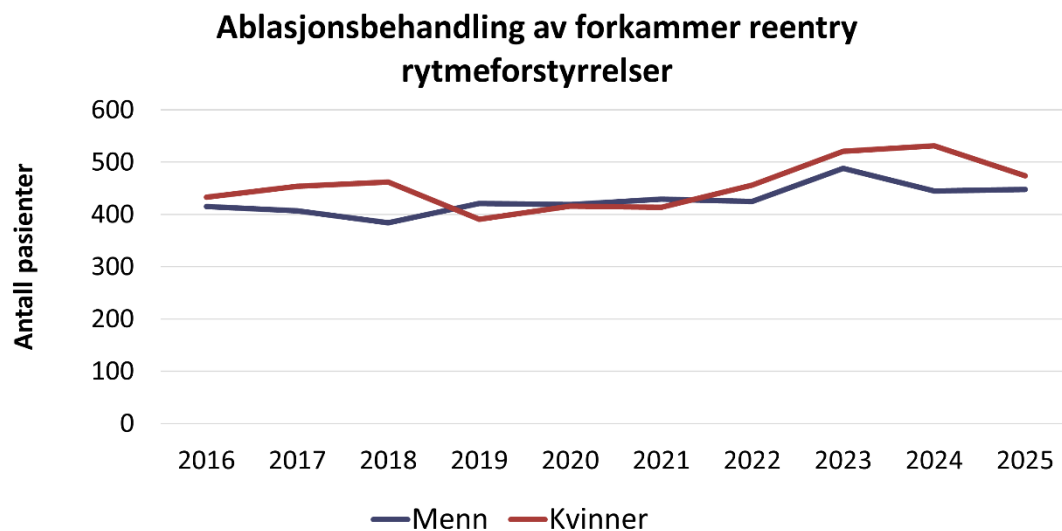
Kilde: Hjerteregisteret,
Folkehelseinstituttet

Figur 22. Antall pasienter med utført ablasjonsbehandling av atrieflimmer og atrieflutter per år for kvinner og menn, 2016-2025.

3.4.5 Ablasjonsbehandling av forkammer reentry rytmeforstyrrelser AVNRT og AVRT

Ablasjonsbehandling av forkammer-reentry-rytmeforstyrrelsene atrioventrikulær nodal reentrytakykardi (AVNRT) og atrioventrikulær reentrytakykardi (AVRT) utføres på en operasjonsstue ved hjelp av spesialiserte kartleggingssystemer for hjertet. Under inngrepet føres tynne ledninger inn via en blodåre i lysken og videre opp til hjertet. Behandlingen går ut på å ødelegge et lite område av hjertevevet for å stanse de elektriske impulsene som forårsaker rytmeforstyrrelsene.

Bruken av ablasjonsbehandling for forkammer-reentry-rytmeforstyrrelser har økt noe i perioden 2016–2025. Antallet inngrep økte fra 433 til 474 blant kvinner og fra 415 til 448 blant menn. Endringene er relativt små, og tyder på en moderat økning i bruken av denne behandlingen, med tilnærmet lik utvikling hos kvinner og menn. (Figur 23).

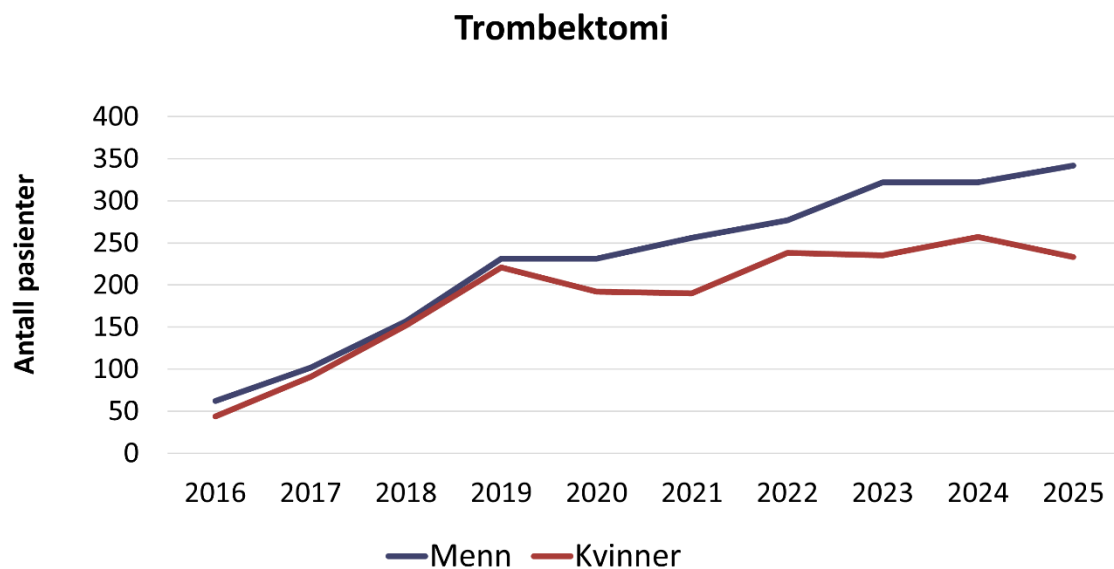


Kilde: Hjerte- og karregisteret,
Folkehelseinstituttet

Figur 23. Antall pasienter med utført ablasjonsbehandling av forkammer reentry rytmeforstyrrelser per år for kvinner og menn, 2016-2025.

3.4.6 Trombektomi ved hjerneslag

Trombektomi ved hjerneslag er en prosedyre der blodproppen i de store blodårene i hjernen fjernes mekanisk. Et kateter føres inn gjennom blodåren i lysken, opp gjennom hovedpulsåren og videre inn i blodårene i hjernen, slik at blodproppen kan tas bort med spesialutstyr. Det har vært en stor økning i antallet pasienter som fikk utført denne behandlingen fra 2016 til 2025. I 2025 var det 233 kvinner og 342 menn som fikk utført mekanisk trombektomi ved hjerneslag, sammenlignet med 44 kvinner og 62 menn i 2016. (Figur 24).



Kilde: Hjerte- og karregisteret,
Folkehelseinstituttet

Figur 24. Antall pasienter med utført trombektomi per år for kvinner og menn, 2016-2025.

3.5 Kjønnforskjeller

Kjønnforskjeller i forekomst og registrering av hjerte- og karsykdom fremkommer tydelig i Hjerte- og karregisterets data for 2025. Totalt sett er flere menn enn kvinner registrert med sykdom, både i absolutte tall og som andel av befolkningen (7,4 % av menn vs. 6,5 % av kvinner). Menn har også en høyere andel tilfeller der hjerte- og karsykdom er registrert som hoveddiagnose, mens kvinner oftere har sykdom registrert som bidiagnose eller kun fremkommet gjennom dødsårsaksdata uten forutgående sykehusopphold samme år. Dette kan tyde på kjønnforskjeller i sykdomspresentasjon, diagnostikk eller kontakt med spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder insidens, har menn gjennomgående høyere aldersstandardiserte rater enn kvinner for de fleste sykdomsgrupper, inkludert hypertensjon, iskemisk hjertesykdom, atrieflimmer, hjertesvikt og hjerneslag. Samtidig er utviklingstrekkene over tid i stor grad parallelle mellom kjønnene, med nedgang i aldersjustert risiko for hjerteinfarkt, iskemisk hjertesykdom, hjerneslag og TIA, og en moderat økning for hypertensjon og hjertesvikt. For flere tilstander, som atrieflimmer og hjerte- og karsykdommer samlet, synes økningen i antall tilfeller primært å reflektere en aldrende befolkning snarere enn økt risiko.

At en større andel menn enn kvinner mottar behandling for hjerte- og karsykdom i spesialisthelsetjenesten, reflekterer trolig i stor grad at menn har høyere insidens og tidligere debut av flere kardiovaskulære tilstander. Samtidig kan man forvente at andelen som får spesialistbehandling innenfor hver alders- og risikogruppe er relativt lik dersom tilgang og behandlingspraksis er helt likeverdig. Våre data er ikke egnet til å avgjøre om kjønnforskjellene i behandlingsandel fullt ut kan forklares av ulik sykdomsbyrde, eller om det også foreligger forskjeller i henvisning, diagnostikk og behandlingsvalg. Dette er problemstillinger som bør undersøkes nærmere i mer detaljerte analyser.

Flere studier viser at når kvinner først har en gitt risikofaktor, er den assosiert med like høy eller til dels høyere relativ risiko for klinisk sykdom sammenlignet med menn. Dette er vist for blant annet diabetes, røyking, hypertensjon og ugunstig lipidprofil, der den prosentvise risikoøkningen for hjerte- og karsykdom ofte er større hos kvinner enn hos menn ved samme risikonivå. Slike funn understreker at lavere gjennomsnittlig sykdomsforekomst hos kvinner ikke bør tolkes som at de 'tåler' risikofaktorer bedre, men tvert imot at kvinner med risikofaktorer kan være særlig sårbare og bør identifiseres og følges opp minst like aktivt som menn.

3.6 Dødsfall av hjerte- og karsykdom i 2025

I 2025 var det 4 823 kvinner og 5 113 menn som døde av hjerte- og karsykdom ifølge foreløpige tall som ble offentliggjort fra Dødsårsaksregisteret 27. april 2026. Dette utgjorde 22 % av alle dødsfall. Antall dødsfall på grunn av hjerte- og karsykdommer har gått kraftig ned over mange år. De siste årene ser det ut som om denne nedgangen er i ferd med å flate ut. Dødeligheten av hjerte- og karsykdom fortsetter å falle litt også i 2025 og er foreløpig på sitt laveste noensinne. For ytterligere informasjon om dødelighet av hjerte- og karsykdom viser vi til [Dødsårsaksregisterets statistikkbank](#).

4 DISKUSJON

Hjerte- og karregisteret er etablert for å gi løpende og systematisk kunnskap om forekomst, risikofaktorer, behandling og utfall av hjerte- og karsykdom, og rapporten viser at registeret nå kan gi et helhetlig bilde av utviklingen for de store diagnosegruppene over tid. Ved å kombinere data om diagnoser, prosedyrer, dødsårsaker og befolkningsgrunnlag kan registeret brukes til å identifisere trender i insidens og tjenestebruk på en måte få andre datakilder kan. Dette gir et unikt utgangspunkt for å følge sykdomsbyrden, vurdere om ressursbruken står i forhold til behovene og peke ut områder der forebygging og behandling kan forbedres.

Samtidig viser rapporten at potensialet i registeret kanskje ikke utnyttes fullt ut: Mange analyser er deskriptive og på aggregert nivå, mens mulighetene for mer målrettet kvalitetsforbedring, styringsinformasjon og forskning er større. Strategisk videreutvikling av registeret bør derfor ha som hovedmål å øke bruken og nytten av data. I det følgende presenteres noen forutsetninger og muligheter for økt bruk av Hjerte- og karregisteret, slik at registeret bedre kan oppfylle formålet sitt.

4.1 Kvalitetsindikatorer og kvalitetsforbedring

En kvalitetsindikator er et tall eller mål som sier noe om hvor god en tjeneste er, for eksempel hvor godt pasienter blir utredet, behandlet og fulgt opp. Et konkret eksempel innen hjerte- og karsykdom kunne være andelen pasienter over en viss alder som har fått målt blodtrykket sitt hos fastlegen.

Tilsvarende kan registeret gi informasjon angående tidsbruk i behandlingskjeden, bruk av retningslinjer og komplikasjonsrater etter prosedyrer. På samme måte kan utviklingen i bruk av TAVR versus kirurgisk klaffekirurgi, pacemaker- og ICD-implantasjoner og ablasjonsbehandlinger brukes til å utvikle indikatorer for både volum, tilgjengelighet og mulige geografiske og kjønnsrelaterte forskjeller.

Systematisk rapportering av slike indikatorer, fordelt på helseforetak, kjønn og alder, vil gi klinikere og ledere et konkret verktøy for kvalitetsforbedring. For å få reell kvalitetsforbedring forutsetter dette at indikatorene forankres i kliniske fagmiljøer, kobles til nasjonale faglige retningslinjer, og at resultater regelmessig tilbakemeldes til tjenesten i et format som er lett å bruke lokalt.

4.2 Bruk i forskning

Rapporten illustrerer at registeret har høy dekningsgrad for sentrale hjerte- og kardiovaskulære tilstander, og at det finnes tidsserier tilbake til 2016 som muliggjør trendanalyser for både forekomst og behandling. Dette gir gode rammer for epidemiologiske studier av risikofaktorer, sykdomsforløp, behandlingspraksis og prognose, som kan supplere og korrigere kunnskap fra kliniske studier som ofte har selekterte pasientgrupper. Søkelyset på systematisk kjønnsinndelte

analyser i rapporten illustrerer hvordan registeret kan brukes til å belyse temaer det har vært forsket lite på, for eksempel kjønnsforskjeller i risiko, behandling og utfall.

For å øke bruken av registeret til forskning er det viktig med tilgjengelig og godt dokumentert statistikkbank, oppdatert variabelliste med gode metadata, tydelige rutiner for søknad om datautlevering og støtte til både helseforetak og akademiske miljøer i å bruke dataene.

4.3 Grunnlag for planlegging og styring

Tallene i rapporten viser tydelige trender i både sykdomsforekomst og bruk av spesialisert behandling, blant annet økende bruk av pacemaker, TAVR og ablasjon, samt en dreining fra kirurgiske til kateterbaserte prosedyrer. Slike endringer har direkte konsekvenser for kapasitetsbehov, kompetanse, utstyrsanskaffelser og organisering av tjenesten, og kan kanskje i større grad brukes som grunnlag for nasjonal og regional planlegging. Når registeret også viser at antall og rater for noen tilstander øker (for eksempel hypertensjon og hjertesvikt) samtidig som andre tilstander avtar, gir dette viktige signaler om hvilke tjenester som må styrkes, og hvor forebyggende innsats bør intensiveres.

I tillegg synliggjør kjønnsfordelte resultater at menn i større grad enn kvinner mottar spesialistbehandling for hjerte- og karsykdom, selv om kvinnelige pasienter ofte har like høy eller høyere relativ risiko når risikofaktorer først er til stede. Dette gir styringsinformasjon som kan brukes til å vurdere om tilgangen til utredning og behandling er likeverdig, og om tiltak må rettes spesielt mot undergrupper som risikerer å få et dårligere tilbud.

4.4 Kvalitetsregistre

De åtte tilknyttede kvalitetsregistre representerer en vesentlig merverdi for Hjerne- og karregisteret, fordi de tilfører klinisk detaljerte opplysninger som ikke fanges opp i basisregisteret alene. Mens basisregisteret gir et komplett nasjonalt bilde av forekomst, behandling og utfall på diagnosenivå, gir kvalitetsregistre informasjon om prosedyrespesifikke forløp, behandlingsvalg, komplikasjoner, tidsbruk i behandlingsskjeden og pasientnær kvalitet som er nødvendig for målrettet forbedringsarbeid.

Koblingen mellom basisregisteret og de tilknyttede kvalitetsregistre gir også nye muligheter for å utvikle og følge kvalitetsindikatorer over tid, både nasjonalt og på tvers av helseforetak og regioner. Ved å bruke kvalitetsregistrenes detaljerte kliniske data, for eksempel om behandlingsmodalitet, ventetider, retningslinje-etterlevelse og komplikasjoner, og sette dette inn i et nasjonalt rammeverk via basisregisteret, kan man identifisere variasjon, definere «beste praksis» og følge effekten av implementerte tiltak.

4.5 Forutsetninger og videreutvikling

For at Hjerne- og karregisteret skal realisere sitt fulle potensial for kvalitet, styring og forskning, er datakvalitet og innhold avgjørende. Rapporten viser at registeret er avhengig av god koding i spesialisthelsetjenesten og at enkelte tekniske begrensninger har gjort at analyser så langt er gjort

på data fra og med 2016; dette understreker behovet for stabil infrastruktur og kontinuerlig kvalitetssikring. Videre vil bedre informasjon om primærhelsetjenesten, risikofaktorer og pasientrapporterte utfall kunne styrke muligheten til å følge hele pasientforløp og verdikjeden fra forebygging til rehabilitering.

En viktig del av strategien til Hjerteregistret fremover er å styrke samspillet mellom Hjerteregistret og kliniske kvalitetsregistre, slik at man både kan følge de brede folkehelse-trendene og samtidig få detaljert kvalitetsinformasjon for spesifikke pasientgrupper og prosedyrer. Det er et mål at resultater fra registret ytterligere brukes aktivt inn i nasjonale strategier for forebygging, behandling og oppfølging av hjerte- og karsykdom.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Juni 2026

Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no