

Supplementfil

Årsrapport NHSR

Utarbeidet av Nasjonalt sekretariat for Norsk hjertesviktregister
Seksjon for medisinske kvalitetsregistre
St. Olavs hospital HF
15.06.2023

Marianne Lægren¹, Eva Kjøl Slind¹, Charlotte Björk Ingul¹, Torfinn Eriksen-Volnes¹,
Carina Bach¹, Martin Blindheimsvik², Peder Langeland Myhre³,
Stein Ørn⁴, Torstein Hole⁵, Lars Gullestad⁶, Kristina Larsby⁷, Rune Mo⁸,
Tone Norekvål⁹, Halvard Kjelås¹⁰

¹Seksjon for medisinske kvalitetsregistre, Fagavdelingen, St. Olavs hospital HF

² Servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, Helse Midt-Norge RHF

³ Akershus universitetssykehus HF,

⁴ Stavanger Universitetssykehus, Helse Stavanger HF

⁵ Ålesund sjukehus, Møre og Romsdal HF

⁶ Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus HF

⁷ Tromsø sykehus, Universitetssykehuset Nord-Norge HF

⁸ Norsk Cardiologisk Selskap

⁹ Helse Bergen HF

¹⁰ Brukerutvalget St. Olavs hospital HF

Innhold

Vedlegg 1. Bevisbaserte doser av sykdomsmodifiserende medikamenter	2
*Tabell 1. Bevisbaserte doser av sykdomsmodifiserende medikamenter i sentrale randomiserte hjertesviktstudier med redusert tømingsgrad (HFREF)	2
Vedlegg 2. Definisjon av Hjertesvikt.....	3
Definisjon av Hjertesvikt	3
Figur 1. Hvordan stille diagnosen hjertesvikt.....	4
Tabell 1. New York Heart Associations (NYHA) funksjonalitetsklassifisering.....	5
Figur 2. Hjertets anatomi	5
Definisjon av Hjertesviktpoliklinikk.....	6
Vedlegg 3. Anbefaling vedrørende drift av Hjertesviktpoliklinikk.....	3
Anbefaling vedrørende drift av Hjertesviktpoliklinikk	7
Referanser til Vedlegg 3	8
Vedlegg 4. Brev angående henvisningsgrad til Hjertesviktpoliklinikk.....	9
Vedlegg 5. Resultater korrekthetsstudien NHSR 2019 data.....	10
Vedlegg 6. Eksempel på brev «Manglende hjertesviktpoliklinikk 2019» sendt til 10 sykehus uten Hjertesviktpoliklinikk.....	11
Vedlegg 7. Brev ad. forskjeller i oppfølging av pasienter med hjertesvikt i Norge	14
Tabell 1. Antall møtte på Hjertesviktpoliklinikk* pr. 100 000 innbyggere nasjonalt og for de individuelle helseforetakene.	15
Tabell 2. Sykepleiestillinger ved Hjertesviktpoliklinikkene pr. 100 000 innbyggere pr. RHF/HF/Sykehus	16
Vedlegg 8. Svar fra Helse- og omsorgsdepartementet	19
Vedlegg 9. Svar fra ulike organisasjoner på brev ad. forskjeller i oppfølging av pasienter med hjertesvikt i Norge	20
Vedlegg 10. Artikkel i Dagens medisin	21
Slår alarm om oppfølging av pasienter med hjertesvikt.....	21
Vedlegg 11. Artikkel i LHL sitt nyhetsbrev.....	26
Stor ulikhet i antall pasienter med hjertesvikt som følges opp i Norge på Hjertesviktpoliklinikk....	26
Vedlegg 12. Bestilling 1 Dekningsgradsanalyse.....	28
Vedlegg 13. Bestilling 2 CRT-P/D data	29
Vedlegg 14. Bestilling 3 Bruk av Hjertesviktpoliklinikk.....	30
Vedlegg 15. Bestilling 4 Andel oppfølging innen 28 dager (%).....	31

Vedlegg 1. Bevisbaserte doser av sykdomsmodifiserende medikamenter

***Tabell 1. Bevisbaserte doser av sykdomsmodifiserende medikamenter i sentrale randomiserte hjertesviktstudier med redusert tømingsgrad (HF_rEF)**

	Startdose (mg)	Måldose (mg)
ACE-hemmer		
Captopril ^a	6,25 x3	50 x3
Enalapril	2,5 x2	10-20 x2
Lisinopril ^b	2,5-5,0 x1	20-35 x1
Ramipril	2,5 x1	10 x1
Trandolapril ^a	0,5 x1	4 x1
Betablokkere		
Bisoprolol	1,25 x1	10 x1
Carvedilol	3,125 x2	25 x2 ^d
Metoprolol succinat CR/XL	12,5-25 x1	200 x1
Nebivolol ^c	1,25 x1	10 x1
ARB		
Candesartan	4-8 x1	32 x1
Valsartan	40 x2	160 x2
Losartan ^{b,c}	50 x1	150 x1
MRA		
Eplerenon	25 x1	50 x1
Spironolacton	25 x1	50 x1
ARB-kombinasjon		
Sacubitril/valsartan	100 x2	200 x2
I_f-kanal blokker		
Ivabradin	5 x2	7,5 x2

*Modifisert etter Tabell 7.2 i ESC Guidelines 2021¹.

ACE = angiotensin-converting enzyme; ARB = angiotensin receptor blocker; ARB-kombinasjon = angiotensin receptor neprilysin inhibitor/valsartan;

^aindikasjon for en ACE-hemmer hvor måldosen er utledet fra profylaksestudier etter hjerteinfarkt.

^bViser medikamenter hvor en høyere dose er vist å redusere morbiditet/mortalitet sammenlignet med lavere dose av det samme medikamentet, men det er ikke dokumentert i randomiserte, placebokontrollerte studier og den optimale dosen er usikker.

^cViser behandling som ikke er vist å redusere kardiovaskulær eller total mortalitet hos pasienter med hjertesvikt (eller vist å være "non-inferior" i forhold til en behandling som gjør dette).

^dEn maksimal dose på 50 mg x2 kan gis til pasienter med vekt over 85 kg.

Vedlegg 2. Definisjon av Hjertesvikt

Definisjon av Hjertesvikt

Fagrådet har valgt definisjonen fra ESC Guidelines for hjertesvikt fra 2021¹, som også har fått tilslutning fra kvalitetsutvalget i Norsk Cardiologisk Selskap (NCS). Denne sier at det i tillegg til symptomer/funn forenelig med hjertesvikt også må foreligge funn ved bildemessig undersøkelse (oftest ekkokardiografi – EKKO) som tilsier systolisk eller diastolisk dysfunksjon i venstre hjertekammer. I hjertesviktregisteret har en også valgt å inkludere pasienter som har ren svikt i høyre hjertekammer som ikke er en konsekvens av lungesykdom. Dette gjelder blant annet pasienter med arytmodig høyre ventrikkel kardiomyopati (ARVC) og infarkt som bare omfatter høyre ventrikkel.

ESC Guidelines angir 3 kategorier hjertesvikt:

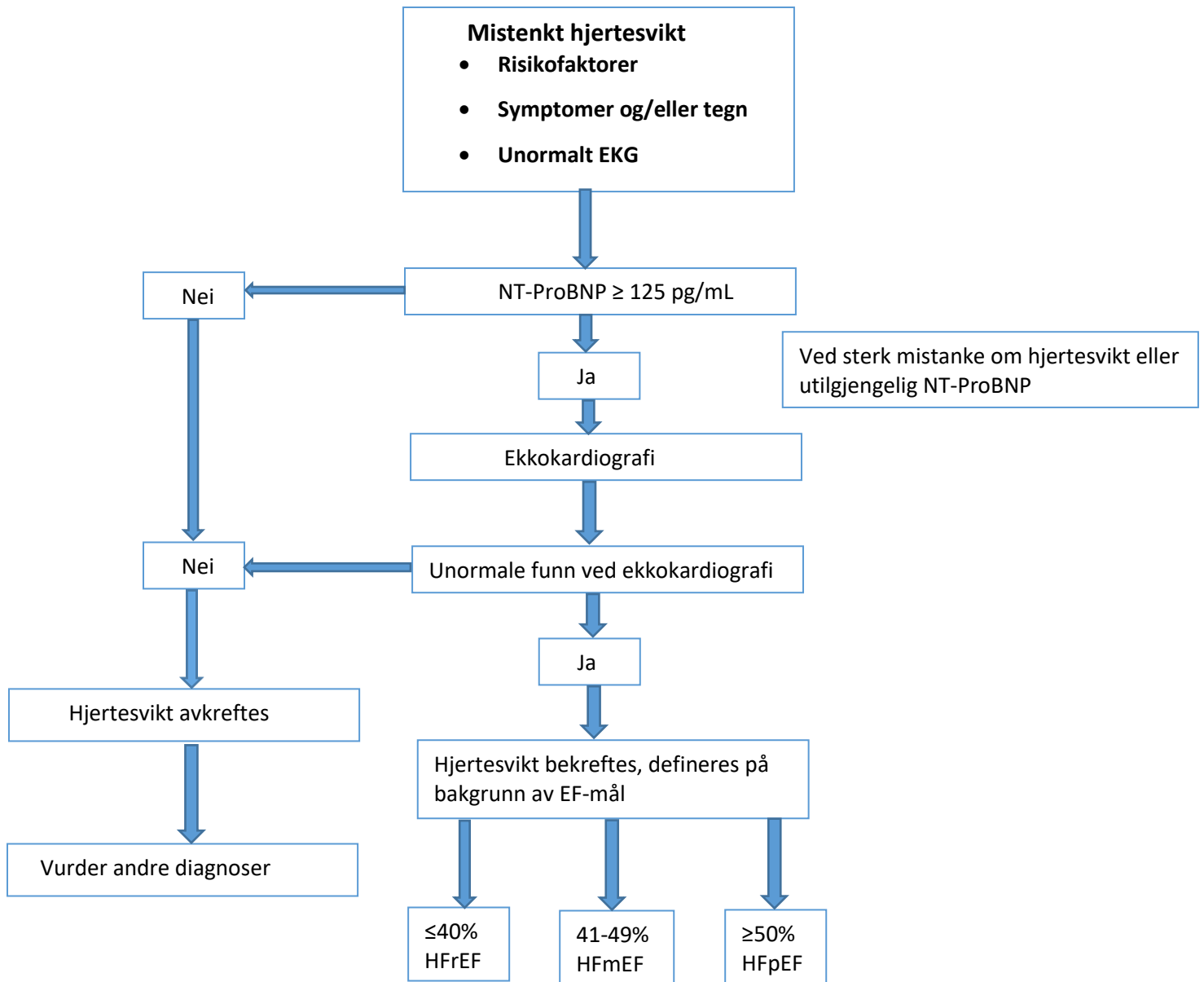
1. Hjertesvikt med nedsatt tømingsgrad (EF \leq 40 %) = Heart Failure with reduced EF - HFrEF
 - Symptomer typisk for hjertesvikt (NYHA)
 - Tegn typisk for hjertesvikt
 - Redusert venstre ventrikkels tømingsgrad
2. Hjertesvikt med middels område for tømingsgrad (EF 41-49 %) = Heart Failure mildly reduced EF - HFmrEF
 - ESC kom i 2021 med denne betegnelsen av hjertesvikt for å øke oppmerksomhet på disse pasientene med hensyn til forskning
3. Hjertesvikt med bevart tømingsgrad (EF \geq 50 %) = Heart Failure with preserved EF - HFpEF
 - Symptomer typisk for hjertesvikt (NYHA)
 - Tegn typisk for hjertesvikt
 - Normal venstre ventrikkels tømingsgrad og venstre ventrikkel ikke dilatert
 - Relevant strukturell hjertesykdom (venstre ventrikkel hypertrofi/venstre atrieforstørrelse) og/eller diastolisk dysfunksjon

De studiene som har vist redusert dødelighet og symptombedring ved bruk av medisiner har inkludert pasienter med nedsatt tømingsgrad i venstre hjertekammer (HFrEF).

Ved bevart tømingsgrad (HFpEF) har alle medikamentstudier så langt gitt skuffende resultater i forhold til å påvirke dødelighet. Disse pasientene må få økt oppmerksomhet for behandling av grunnlidelsen og opplæring til å håndtere væskebalansen. Tiltak for å bedre livskvaliteten har de samme utfordringer som pasienter med de andre kategoriene av tømingsgraden (EF).

For pasientene med middels område for tømingsgraden (HFmrEF) har det kommet en del data som tyder på effekt av medikamenter slik som for pasienter med redusert tømingsgrad (HFrEF).

Figur 1. Hvordan stille diagnosen hjertesvikt (basert på ESC guidelines 2021)

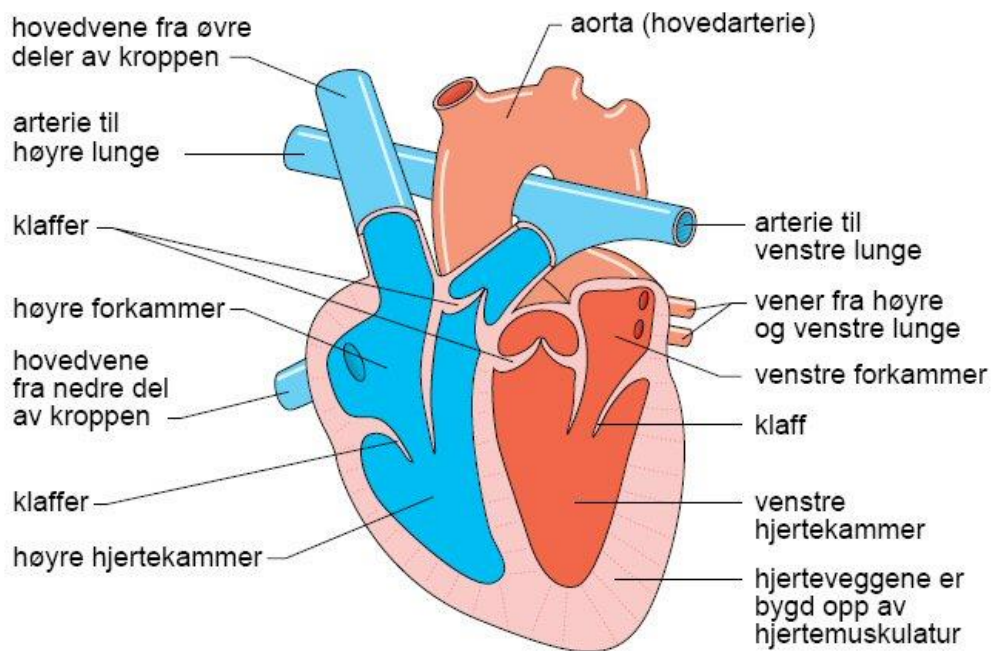


Tabell 1. New York Heart Associations (NYHA) funksjonalitetsklassifisering

har laget følgende kriterier for inndelingen av hjertesvikt:

Klasse I:	Ingen begrensninger i fysisk kapasitet. Vanlig fysisk aktivitet forårsaker ikke uvanlig tretthet, hjertebank eller pustebesvær.
Klasse II:	Liten begrensning i fysisk kapasitet. Har det bra i hvile. Vanlig fysisk aktivitet forårsaker tretthet, hjertebank eller pustebesvær.
Klasse III:	Merkbar begrensning i fysisk kapasitet. Har det bra i hvile. Mindre enn vanlig fysisk aktivitet forårsaker tretthet, hjertebank eller pustebesvær.
Klasse IV:	Ikke i stand til å utføre fysisk aktivitet uten ubehag. Symptomer på hjertesvikt i hvile. Hvis fysisk aktivitet utføres, øker ubehaget.

Figur 2. Hjertets anatomi



Hjertet består av fire hjertekammer; høyre og venstre forkammer, og høyre og venstre hjertekammer. Venstre hjertekammers ejeksjonsfraksjon (EF) angir hvor stor andel blod venstre hjertekammer pumper per hjerteslag målt i prosent. Normal EF ≥ 50 %.

Definisjon av Hjertesviktpoliklinikk

Hjertesvikt er en tilstand som ofte har et svingende forløp og mange av pasientene har behov for hyppige medikamentjusteringer og laboratorieundersøkelser. Symptomforverring medfører ofte sykehusinnleggelse og dødeligheten er høy. Oppfølging ved en Hjertesviktpoliklinikk kan være et viktig alternativ til døgnopphold på sykehus. Tverrfaglig oppfølging etter hjertesvikt er en IA anbefaling i ESC Guidelines 2021¹. Hjertesviktpoliklinikkene er i hovedsak bemannet av sykepleiere med en ansvarlig lege som kontaktperson og rådgiver. Hovedoppgavene til en Hjertesviktpoliklinikk er å tilby pasientundervisning, støtte til egenmestring, kliniske undersøkelser, funksjonstesting og medikament justeringer.

En hjertesviktpoliklinikk skal tilby:

- Informasjon og opplæring om hjertesvikt
- Justering og titrering av hjertesviktmedikamenter
- Avanserte laborietjenester
- Mulighet for funksjonsmålinger (Ekkokardiografi, 6 minutter gangtest)
- Strukturert måling av sykdomsspesifikk livskvalitet (MLHFQ Living with Heart Failure Questionnaire)

En hjertesviktpoliklinikk bør tilby:

- Tverrfaglig tilbud med hjertetreningsgrupper eller strukturert treningsopplegg (klasse IA anbefaling fra ESC)
- Infusjonsbehandling (f.eks. intravenøst jern)

Kriterier for henvisning til hjertesviktpoliklinikk

- Hjertesvikt må være diagnostisert i henhold til ESC 2021 guidelines¹
- Behov for informasjon og opplæring
- Behov for titrering av medikamenter
- Pasienten må være i stand til å møte ved en poliklinikk
- Pasienten bør være i stand til å administrere og følge opp behandlingen selv eller ved hjelp av pårørende/hjemmetjeneste.

Flertallet av pasientene på Hjertesviktpoliklinikkene er henvist fra eget sykehus etter en innleggelse for hjertesvikt (67,4 %). Mange henvises fra egen medisinsk/kardiologisk poliklinikk (26,1 %) mens et mindretall henvises direkte fra primærhelsetjenesten eller annen lege (6,5 %).

Vedlegg 3. Anbefaling vedrørende drift av Hjertesviktpoliklinikk

Anbefaling vedrørende drift av Hjertesviktpoliklinikk

Hjertesvikt er en tilstand som ofte har et svingende forløp og mange av pasientene har behov for hyppige medikamentjusteringer og laboratorieundersøkelser. Symptomforverring medfører ofte sykehusinnleggelse (1) og dødeligheten er høy (2,3). Oppfølging ved en Hjertesviktpoliklinikk kan være et viktig alternativ til døgnopphold på sykehus (4-9).

En hjertesviktpoliklinikk er i hovedsak bemannet av sykepleiere med spesialkompetanse i tett samarbeid med ansvarlig kardiolog. Hovedelementene i Hjertesviktpoliklinikken er pasientundervisning, støtte til egenmestring, kliniske undersøkelser, funksjonstesting og medikament justeringer (10, 11). Forskning viser at et poliklinisk oppfølgingsprogram ledet av spesialsykepleier gir økt etterlevelse, egenomsorg, fysisk kapasitet og livskvalitet (11,13,14). Til tross for gode bevis på nytten av etablerte Hjertesviktpoliklinikker i spesialisthelsetjenesten, er det per i dag ikke et standardisert helsetjenestetilbud i Norge. Det er rapportert nasjonale variasjoner i Hjertesviktpoliklinikkens innhold og hvert enkelt sykehus jobber ut fra egne arbeidsinstruksjoner (11,12). Styret i Norsk hjertesviktregister (NHSR) har utarbeidet en anbefaling vedrørende drift av Hjertesviktpoliklinikk i Norge basert på følgende kriterier:

1. Tverrfaglig oppfølging etter hjertesvikt er en IA anbefaling i ESC Guidelines for hjertesviktbehandling 2021 (10).

2. ESC Curriculum (15,16) anbefaler at alle sykehus som behandler akutt hjertesvikt bør ha en spesialsykepleier innen kardiologi per 100 000 innbygger for oppfølging av pasienter med hjertesvikt ved en Hjertesviktpoliklinikk.

En hjertesviktpoliklinikk skal tilby:

- Informasjon og opplæring om hjertesvikt
- Justering og titrering av hjertesviktmedikamenter
- Avanserte laboratorietjenester
- Mulighet for funksjonsmålinger (Ekkokardiografi, 6 minutter gangtest)
- Strukturert måling av sykdomsspesifikk livskvalitet (MLHFQ)
- Registrering i Norsk hjertesviktregister

En hjertesviktpoliklinikk bør tilby:

- Tverrfaglig tilbud med hjertetreningssgrupper eller strukturert treningsopplegg (klasse 1A anbefaling fra ESC)
- Infusjonsbehandling (f.eks. intravenøst jern)

3. Ifølge norsk lov nedfelt i «Hjerte- og karforskriften» er alle helseforetak i Norge som yter spesialisthelsetjenester pliktig til å melde inn opplysninger til sitt gjeldende register under «Hjerte- og karregisteret» (17). ESC Curriculum for sykepleier (16) angir registrering inn i databaser som en av sykepleierens oppgaver. Målet med et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister er å bidra til bedre kvalitet på helsehjelpen til personer med hjerte- og karsykdommer. Opplysninger i registeret skal benyttes til forebyggende arbeid, kvalitetsforbedring og helseforskning. Registeret skal også utgjøre et grunnlag for styring og planlegging av helsetjenester rettet mot personer med hjerte- og karsykdommer, overvåking av nye tilfeller og forekomst av slike sykdommer i befolkningen (Hjerte- og karregisterforskriften § 1-2).

Med vennlig hilsen

Styret i Norsk hjertesviktregister

v/ faglig leder Dr. Morten Grundtvig

Referanser til Vedlegg 3

Anbefaling vedrørende drift av Hjertesviktpoliklinikk

1. Hjerteregisteret. Rapport for 2016. Folkehelseinstituttets hjemmesider. 2017.
2. Chun S, Tu JV, Wijeyesundera HC, Austin PC, Wang X, Levy D, et al. Lifetime analysis of hospitalizations and survival of patients newly admitted with heart failure. *Circ Heart Fail*. 2012;5(4):414-21.
3. Ho KK, Anderson KM, Kannel WB, Grossman W, Levy D. Survival after the onset of congestive heart failure in Framingham Heart Study subjects. *Circulation*. 1993;88(1):107-15.
4. Phillips CO, Wright SM, Kern DE, Singa RM, Shepperd S, Rubin HR. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure - A meta-analysis. *JAMA*. 2004;291(11):1358-67.
5. Stewart S, Vandebroek AJ, Pearson S, Horowitz JD. Prolonged beneficial effects of a home-based intervention on unplanned readmissions and mortality among patients with congestive heart failure. *Arch Intern Med*. 1999;159(3):257-61.
6. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission - A systematic review of randomized trials. *JACC*. 2004;44(4):810-9.
7. Feltner C, Jones CD, Cene CW, Zheng ZJ, Sueta CA, Coker-Schwimmer E, et al. Transitional Care Interventions to Prevent Readmissions for Persons With Heart Failure A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2014;160(11):774-+.
8. Schou M, Gustafsson F, Videbaek L, Tuxen C, Keller N, Handberg J, et al. Extended heart failure clinic follow-up in low-risk patients: a randomized clinical trial (NorthStar). *EHJ*. 2013;34(6):432-42.
9. Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, Aaronson KD. Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation*. 2005;111(2):179-85.
10. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2016 Aug;18(8):891-975.
11. Hole T, Grundtvig M, Gullestad L, Flonaes B, Westheim A. Improved quality of life in Norwegian heart failure patients after follow-up in outpatient heart failure clinics: results from the Norwegian Heart Failure Registry. *Eur J Heart Fail* 2010;12(11):1247-52.
12. Brørs G, Vågen A G, Jørgensen M, Olsen S. Sykepleieleidet hjertesviktpoliklinikk ved norske sykehus. *Hjerteposten*. 2016; Utgave Nr. 3.
13. Takeda A, Taylor SJ, Taylor RS, Khan F, Krum H, Underwood M. Clinical service organisation for heart failure. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012;9:Cd002752.
14. Pihl E, Cider A, Stromberg A, Fridlund B, Martensson J. Exercise in elderly patients with chronic heart failure in primary care: effects on physical capacity and health-related quality of life. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2011;10(3):150-8.
15. Riley JP, Astin F, Crespo-Leiro MG, Deaton CM, Kienhorst J, Lambrinou E, McDonagh TA, Rushton CA, Stromberg A, Filippatos G, Anker SD. Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Heart Failure nurse Curriculum. *Eur J Heart Fail*. 2016 Jul;18(7):736-43.
16. McDonagh TA, Gardner RS, Lainscak M, Nielsen OW, Parissis J, Filippatos G, Anker SD. Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Specialist Heart Failure Curriculum. *Eur J Heart Fail*. 2014 Feb;16(2):151-62.
17. Hjerteregisteret forskriften: <https://lovdata.no/SF/forskrift/2011-12-16-1250/§2-1>

Vedlegg 4. Brev angående henvisningsgrad til Hjertesviktpoliklinikk



Norsk hjertesviktregister

St. Olavs hospital HF
Edvard Griegs gate 10
7030 Trondheim

Trondheim 27.11.2018

Til

Leder ved medisinsk/hjertemedisinsk klinikk

Ad. Henvisningsgrad til Hjertesviktpoliklinikk.

Ad. Henvisningsgrad til Hjertesviktpoliklinikk.

I «Årsrapport 2017» viser Norsk hjertesviktregister (NHSR) for første gang kvalitetsindikatoren «Henvisningsgrad: Andel pasienter med diagnosen hjertesvikt utskrevet i live som ble henvist til Hjertesviktpoliklinikk (%)».

Hensikten med kvalitetsindikatoren er å øke oppmerksomheten på den begrensede bruken av Hjertesviktpoliklinikk slik at flere pasienter får tilbudet.

Europeans Society of Cardiology Guidelines fra 2021¹ angir tverrfaglig oppfølging av pasienter med hjertesvikt som sterk anbefaling (klasse IA), uansett målt hjertefunksjon. I Norge tilbys denne tverrfaglige oppfølgingen ved en Hjertesviktpoliklinikk. Enkelte pasienter med hjertesvikt utskrevet fra sykehus egner ikke for poliklinisk oppfølging, men det er helt sikkert at en majoritet av utskrevne pasienter vil ha nytte av videre informasjon, opplæring og kontroller av medisiner.

Det opplyses om at sykehuset får 0,042 DRG (tilsvarer kr 911,99 – tall for 2019) for hver konsultasjon som utføres av en sykepleier ved Hjertesviktpoliklinikken.

Som incentivmiddel for å registrere pasienten i NHSR vil hver pasient som registreres i registeret i tillegg generere kr 200,- i to år fra 1.1.2019 til det Regionale Helseforetaket ved bruk av særkoden B0039 ved innregistrering.

Fagrådet i NHSR ber deg lese «Årsrapport 2017» fra NHSR hvor man kan lese detaljer om henvisningspraksis side 4, 58, 59, 60, 65, 72 og 73 og fra ditt sykehus på side 58:

https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/6_arsrapport_2017_norsk_hjertesviktregister.pdf

Dersom det skulle være behov for ytterligere opplysninger, vennligst ta kontakt med: Eva Kjøl Slind, Registerkoordinator Norsk hjertesviktregister

Tlf: 934 47 192, e-post: eva.kjol.slind@stolav.no

Med vennlig hilsen

Dr. Morten Grundtvig

Faglig leder

Norsk hjertesviktregister

Vedlegg 5. Resultater korrekthetsstudien NHSR 2019 data

Variable	St. Olav		Levanger		Ålesund		Metode
	Sjb 2019 N=72		Sjb 2019 N=140		Sjb 2019 N=66		
	Resultat	N	Resultat	N	Resultat	N	
Hb	1	31	1	60	0,98	28	ICC
Na	0,80	31	0,97	60	1	28	ICC
Kreatinin	1	31	1	60	1	29	ICC
ProBNPpgml	0,69	31	1	59	1	25	ICC
ACE	1	31	0,98	60	0,97	30	Gwets AC1
ACEdose	1	31	0,99	60	0,76	30	ICC
ARB	0,97	31	0,83	60	0,97	30	Gwets AC1
ARBdose	0,99	31	1	60	0,99	30	ICC
ARBkombinasjon	1	31	1	60	1	30	Gwets AC1
ARBkombDose	1	31	1	60	0,96	29	ICC
Betablokker	0,94	31	0,97	60	1	30	Gwets AC1
BetablDose	0,83	31	0,99	60	0,97	30	ICC
Aldoantagonist	1	31	0,98	60	0,97	30	Gwets AC1
AldoAntaDose	1	31	0,93	60	0,94	30	ICC
FurosemidDose	0,87	31	0,99	60	0,90	30	ICC
BumetanidDose	1	31	0,92	60	1	30	ICC
EFfb	0,93	31	0,96	58	0,98	30	ICC

Vedlegg 6. Eksempel på brev «Manglende hjertesviktpoliklinikk 2019» sendt til 10 sykehus uten Hjertesviktpoliklinikk.

Norsk hjertesviktregister

St. Olavs hospital HF
Seksjon for medisinske kvalitetsregistre
Postboks 3250 Torgarden
7006 Trondheim

Trondheim 17.12.2019

Til administrasjonen ved Finnmarkssykehuset HF

Ad: Manglende hjertesviktpoliklinikk

Den europeisk hjerteforeningen angir den sterkeste anbefaling (klasse IA) at pasienter med hjertesvikt skal ha tverrfaglig oppfølging for sykdommen. Dette har Norsk Cardiologisk sluttet seg til.

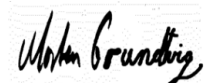
Vedlagt ligger tabell over sykehus i Norge med utskrivning av pasienter med hjertesvikt som ikke har hjertesviktpoliklinikk. Finnmarkssykehuset HF har ikke en eneste hjertesviktpoliklinikk.

Hammerfest skrev ut 149 pasienter i live med hjertesviktdiagnose i 2018 og Kirkenes sykehus 76 pasienter, men ingen av sykehusene har en hjertesviktpoliklinikk. Fagrådet i Norsk hjertesviktregister anbefaler at det opprettes en hjertesviktpoliklinikk for tverrfaglig oppfølging av denne pasientgruppen ved begge sykehusene.

Det opplyses om at sykehuset får 0,042 DRG (tilsvarer kr 911,99 – tall for 2018) for hver konsultasjon som utføres av en sykepleier ved Hjertesviktpoliklinikken.

Dersom det skulle være behov for ytterligere opplysninger, vennligst ta kontakt med: Eva Kjøl Slind, Daglig leder for Norsk hjertesviktregister, tlf. 934 47 192, e-post: eva.kjol.slind@stolav.no

Med vennlig hilsen



Morten Grundtvig
Faglig leder
Norsk hjertesviktregister

Lenke til «Årsrapport 2018» for Norsk hjertesviktregister:

https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/5_arsrapport_2018_norsk_hjertesviktregister_2.pdf

Vedlegg

1. Manglende Hjertesviktpoliklinikk 2019

Vedlegg 1. Manglende Hjertesviktpoliklinikk 2019

Områder uten Hjertesviktpoliklinikk (røde områder)

Det er 10 sykehus i Norge med 33 – 154 pasienter utskrevet i live med en hjertesviktdiagnose som ikke har et tilbud om Hjertesviktpoliklinikk selv om dette har den sterkeste anbefaling (klasse IA) fra den europeiske hjertesviktforeningen (1).

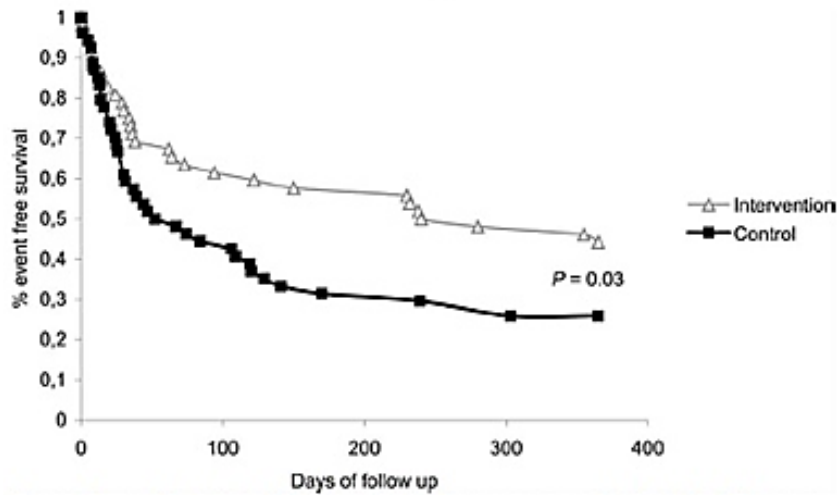
Sykehus	Antall utskrevet m/ hjertesvikt
Lærdal	33
Odda	39
Lofoten	67
Mosjøen	74
Kirkenes	76
Tynset	86
Sandnessjøen	94
Vesterålen	113
Hammerfest	149
Voss sjukehus	154



Til sammenligning ble det på Nordfjord sjukehus utskrevet 79 pasienter med en hjertesviktdiagnose i 2018. Hjertesviktpoliklinikken registrerte 39 pasienter.

Mange undersøkelser viser klare fordeler ved en hjertesviktpoliklinikk. Her er en resultatet fra en randomisert undersøkelse i Sverige.

Tid til første hendelse sykehusinnleggelse eller død



From: Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure Results from a prospective, randomised trial
Eur Heart J. 2003;24(11):1014-1023. doi:10.1016/S0195-668X(03)00112-X
Eur Heart J | The European Society of Cardiology

[1] 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur J Heart Fail. 2016 Aug;18(8):891-975.

Vedlegg 7. Brev ad. forskjeller i oppfølging av pasienter med hjertesvikt i Norge

Norsk hjertesviktregister

St. Olavs hospital HF
Postboks 3250 Torgarden
7006 Trondheim

20.01.2021

Fagdirektør

Sendt pr. e-post til alle Helseforetakene

Ad. Forskjeller i oppfølging av pasienter med hjertesvikt i Norge

Regjeringen har et uttalt mål at forskjellene i behandling og oppfølging av pasienter skal utjevnes i Norge. Forskjellene fremkommer veldig tydelig for hjertesvikt for denne pasientpopulasjonen i Norsk hjertesviktregister (NHSR). NHSR er et medisinsk kvalitetsregister i stadium 4A.

Norsk hjertesviktregister viser i «Årsrapport 2019» store forskjeller i innsatsen for å behandle og følge opp pasienter med hjertesvikt ved helseforetakene i Norge. Tabell 1 «Antall møtte på Hjertesviktpoliklinikk pr. 100 000 innbyggere nasjonalt og for de individuelle helseforetakene» viser at det kun er i 3 helseforetak hvor det møter over 90 pasienter med hjertesvikt pr. 100 000 innbyggere. Den Europeiske hjerteforeningen gir den sterkeste anbefaling (klasse IA) at pasienter med hjertesvikt gis tverrfaglig behandling og oppfølging (1). Norsk Cardiologisk selskap har sluttet seg til anbefalingene.

Tabell 2 viser at antall sykepleiestillinger pr. 100 000 innbyggere ved Hjertesviktpoliklinikkene varierer betydelig mellom helseforetakene. ESC Curriculum (2,3) anbefaler at alle sykehus som behandler hjertesvikt bør ha én spesialsykepleier innen kardiologi pr 100 000 innbygger for oppfølging av pasienter med hjertesvikt ved en Hjertesviktpoliklinikk. Dette er kun oppnådd i Nord-Trøndelag HF og i Universitetet i Nord Norge. Svært mange steder bør sykepleiestillingene mer enn dobles og i Finnmarksykehuset HF finnes ikke én sykepleiestilling for å drive en Hjertesviktpoliklinikk. Det er ikke oppnådd i mange HF og antallet går fra 0,0 til 1,3 stillinger.

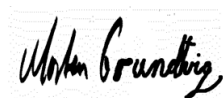
Vi vet at oppfølging ved en Hjertesviktpoliklinikk bedrer overlevelsen og livskvaliteten samt reduserer innleggelsene for hjertesvikt. Pasienter med hjertesvikt er økende i Norge og disse har en dårligere prognose enn for de fleste kreftformer.

Hjertesviktpoliklinikk er en billig aktivitet fordi hver konsultasjon honoreres med 0,037 DRG-poeng (tilsvarer kr 864.30). Refusjonen er uavhengig om det er sykepleier eller lege som gir konsultasjonen og aktiviteten er nærmest selvfinansierende.

Det er sterkt ønskelig at fagdirektørene legger forholdene til rette for at sykepleiedekningen ved helseforetakene økes for å kunne gi mange flere hjertesviktpasienter, som har en alvorlig prognose og dårlig livskvalitet, et tilbud om behandling og oppfølging.

Vennligst send dette brevet visere til relevante personer i ditt HF som kan ta affære for å øke bemanningen på Hjertesviktpoliklinikken.

Mvh



Morten Grundtvig, MD, PhD.
Faglig leder NHSR.

Tabell 1. Antall møtte på Hjertesviktpoliklinikk* pr. 100 000 innbyggere nasjonalt og for de individuelle helseforetakene.

Helseforetak	Innbyggere	Antall møtte i NPR**	Antall møtte pr. 100 000
Helse Nord-Trøndelag HF	137 000	201	147
Sykehuset Telemark HF	170 000	180	106
Nordlandssykehuset HF	136 000	130	96
Helse Møre og Romsdal HF	266 274	212	80
Sykehuset i Vestfold HF	230 000	180	78
Sørlandet sykehus HF	295 000	206	70
Sykehuset Østfold HF	317 000	216	68
Helse Fonna HF	220 000	144	65
Vestre Viken HF	500 000	326	65
Nasjonalt	5 299 216	3 237	61
Helse Bergen HF (med private)	459 703	251	55
Sykehuset Innlandet HF	368 000	198	54
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	194 239	103	53
St. Olavs Hospital HF	310 000	163	53
Helgelandssykehuset HF	77 000	38	49
Oslo Universitetssykehus HF (med private)	510 000	250	49
Akershus Universitetssykehus HF	600 000	267	45
Helse Førde HF	110 000	40	36
Helse Stavanger HF	369 000	132	27
Finnmarkssykehuset HF	30 000	0	0

*Folkehelseinstituttet finner antall møtte på Hjertesviktpoliklinikk ved å finne antall pasienter med en av hoveddiagnosekodene I110, I130, I132, I500, I501, I509 og bidiagnosekoden Z71.9 sammen pr. helseforetak.

**NPR= Norsk pasientregister.

Tabell 2. Sykepleiestillinger ved Hjertesviktpoliklinikkene pr. 100 000 innbyggere pr. RHF/HF/Sykehus

RHF/HF/sykehus	Sykepleiestillinger	Innbyggere	Sykepleiestillinger per 100 000
Nasjonalt	30,6	5 299 216	0,6
Helse Sør- Øst RHF	17,6	2 673 000	0,7
Akershus HF	3,0	600 000	0,5
Akershus	2,2		
Kongsvinger	0,8		
Sykehuset Innlandet HF	1,8	368 000	0,3
Elverum	0,2		
Gjøvik	0,2		
Hamar	0,8		
Lillehammer	0,6		
Tynset	0,0		
Vestre Viken HF	2,5	500 000	0,5
Bærum	0,8		
Drammen	1,0		
Kongsberg	0,2		
Ringerike	0,5		
Oslo universitetssykehus HF	2,5	510 000	0,5
Diakonhjemmet	0,8		
Lovisenberg	0,7		
Ullevål	1,0		
Sykehuset Telemark HF	1,3	170 000	0,8
Notodden	0,2		
Skien	1,1		
Sykehuset i Vestfold HF	1,6	230 000	0,7
Tønsberg	1,6		
Sykehuset Østfold HF	2,6	317 000	0,8
Østfold	2,6		
Sørlandet sykehus HF	2,4	295 000	0,8
Arendal	0,9		
Flekkefjord	0,2		
Kristiansand	1,3		

Helse Vest RHF	3,8	1 158 703	0,3
Helse Bergen HF	1,6	459 703	0,3
Haraldsplass	0,4		
Haukeland	1,2		
Voss	0,0		
Helse Fonna HF	0,8	220 000	0,4
Haugesund	0,8		
Odda	0,0		
Stord	0,0		
Helse Førde HF	0,5	110 000	0,4
Nordfjord	0,0		
Førde	0,5		
Lærdal	0,0		
Helse Stavanger HF	0,9	369 000	0,2
Stavanger	0,9		
Helse Midt-Norge RHF	5,8	713 274	0,8
Helse Nord- Trøndelag HF	1,8	137 000	1,3
Levanger	1,3		
Namsos	0,5		
Helse Møre og Romsdal HF	2,1	266 274	0,8
Kristiansund	0,2		
Molde	0,4		
Volda	0,5		
Ålesund	1,0		
St Olav HF	2,0	310 000	0,6
Orkdal	0,2		
St. Olavs hospital	1,8		
Helse Nord RHF	4,2	437 239	1,1
Finnmarksykehuset HF	0,0	30 000	0,0
Hammerfest	0,0		
Kirkenes	0,0		
Helgelandssykehuset HF	0,8	77 000	1,0
Mo i Rana	0,8		
Mosjøen	0,0		
Sandnessjøen	0,0		
Nordlandssykehuset HF	1,2	136 000	0,8
Bodø	1,2		
Lofoten	0,0		
Vesterålen	0,0		
UNN HF	2,2	194 239	1,1
Harstad	0,5		
Narvik	0,2		
Tromsø	1,5		

Referanser:

1. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, Falk V, Gonzalez-Juanatey JR, Harjola VP, Jankowska EA, Jessup M, Linde C, Nihoyannopoulos P, Parissis JT, Pieske B, Riley JP, Rosano GMC, Ruilope LM, Ruschitzka F, Rutten FH, van der Meer P, Group ESCSD. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2016 Jul 14;37(27):2129-2200.
2. Riley JP, Astin F, Crespo-Leiro MG, Deaton CM, Kienhorst J, Lambrinou E, McDonagh TA, Rushton CA, Stromberg A, Filippatos G, Anker SD. Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Heart Failure nurse Curriculum. *Eur J Heart Fail*. 2016 Jul;18(7):736-43.
3. McDonagh TA, Gardner RS, Lainscak M, Nielsen OW, Parissis J, Filippatos G, Anker SD. Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Specialist Heart Failure Curriculum. *Eur J Heart Fail*. 2014 Feb;16(2):151-62.

Vedlegg:

Årsrapport Norsk hjertesviktregister med revidert kapittel 6.8
Anbefaling vedrørende drift av Hjertesviktpoliklinikk

Vedlegg 8. Svar fra Helse- og omsorgsdepartementet



DET KONGELIGE HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Norsk hjertesviktregister
v/Eva Kjøl Slind

Deres ref

Vår ref
21/350-2

Dato
23. februar 2021

Oppfølging av pasienter med hjertesvikt i Norge

Jeg viser til e-post datert 20. januar 2021 om oppfølging av pasienter med hjertesvikt.

I e-posten framgår det at det er store forskjeller i innsatsen for å behandle og følge opp pasienter med hjertesvikt ved helseforetakene. Det framgår videre at ekspertgruppen for nasjonale medisinske kvalitetsregistre har anbefalt mer enhetlige kriterier for inntak til Hjertesviktpoliklinikker nasjonalt.

Stor variasjon kan utfordre prinsippet om likeverdig tilgang til helsetjenester, slik dere også påpeker. Vi må derfor interessere oss for uberettiget variasjon i helsetjenesten, fordi det kan være et tegn på dårlig kvalitet. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider for å øke kunnskapen om årsakene til forskjeller i helse- og tjenestetilbudet, og funnene fra Norsk hjertesviktregister viser betydningen av å utvikle gode kvalitetsregistre.

Helse- og omsorgsdepartementet har de senere årene lagt vekt på reduksjon av uønsket variasjon, både gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 og i styringen av de regionale helseforetakene. Utviklingen av helseatlas har vært et viktig virkemiddel for å få fram uønsket variasjon i forbruk. Andre virkemidler er nasjonale faglige retningslinjer, pakkeforløp og prioriteringsveiledere.

I e-posten fra dere framgår det videre at antall sykepleierstillinger per 100 000 innbyggere varierer betydelig mellom helseforetakene, og at det er behov for økt bemanning på Hjertesviktpoliklinikkene. Helse- og sykehusplan 2020–2023 gir som nevnt overordnede føringer om å redusere uønsket variasjon, og i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene framgår det at kunnskap om variasjon i kapasitetsutnyttelsen skal brukes aktivt som grunnlag for å øke kapasitet og gi mer likeverdig tilgang til helsetjenester.

Jeg forventer at helseforetakene følger opp styringssignalene og at de bruker kunnskap om variasjon for å gi mer likeverdig tilgang til helsetjenester, men det er helseforetakene som må vurdere bemanning og prioritere sine ressurser.

Med hilsen

Bent Høie

Vedlegg 9. Svar fra ulike organisasjoner på brev ad. forskjeller i oppfølging av pasienter med hjertesvikt i Norge

Hei!

Og takk for henvendelse!

Vi må diskutere dette i styret – og se hva vi kan komme opp med – vi er jo enige at oppfølging av hjertesvikt pasienter er viktig – og at dette må prioriteres.

Jeg kommer tilbake til deg!

MVH
Ole Christian

Med vennlig hilsen
Ole Christian Mjølstad
Seksjonsoverlege / phd
Leder Norsk Cardiologisk selskap

Hei
takk for dokumentene- årsrapport hadde jeg fått av Morten allerede.

Dette er klar tale og i tråd med det som vi har diskutert lenge innad AG hjertesvikt. Jeg vil bringe det videre inn i AG og så må vi diskutere strategier for å få dette satt på dagsorden. Krav om flere sviktskpl. stillinger vil nok måtte adresseres høyt nok og støttes av media. Fremstøt mot selve foretakene tror jeg har liten/ingen sjanse men det faktum at dette er ekstrem kostnadseffektiv virksomhet må jo fremheves i alle sammenhenger.

Takk for den store og ryddige jobben dere la ned!

Mvh Thomas

Dr.med. Thomas von Lueder
HSØ a vitalespesialist kardiologi
Ø Kern hjertesenter AS
Org.nr. 924487348
Lørenveien 69
0585 Oslo, Norway
M ob: +47 98207562
Epost: tomyonoslo@yahoo.com

Hei Eva

Kunne du sendt meg vedleggene en gang til, klarte å slette den ...
Dette er et veldig bra arbeid, og kanskje noe vi skulle fått frem i media også?

Vennleg helsing

Hege Andersen Amofah, MSc
Spesialsykepleier i kardiologisk sykepleie
55973632 / +4795848793
Haukeland universitetssjukehus
www.helse-bergen.no

Hei Eva og takk for rapporter.

Nasjonalforeningen for folkehelsen ønsker optimal behandling for alle hjertepasienter. En kartlegging av skjevheter i tilbud, slik det er presentert i deres årsrapport, er til hjelp for å sikre dette. Det er imidlertid ikke Nasjonalforeningens rolle å mene noe om hvordan bemanningen i helseforetakene skal være.

Med vennlig hilsen
Øivind Kristensen
Fagkonsulent hjerte og kar
Tlf: 40 44 57 93 | Hjertelinjen 23 12 00 50



Frivillig organisasjon som arbeider for å
bekjempe hjerte- og karsykdommer og demens.
Interesseorganisasjon for personer med demens
og deres pårørende.

Vedlegg 10. Artikkel i Dagens medisin

I **Dagens Medisin** ble det publisert en artikkel som følge av brev sendt ut fra Norsk hjertesviktregister (NHSR) til blant annet Helse- og omsorgsministeren Bent Høie, Direktør RHF og Fagdirektør HF.

Artikkelen belyser manglende ressurser tildelt sykehusene for drift av Hjertesviktpoliklinikk og antall sykepleierstillinger per 100 000 innbygger, samt behovet for oppfølging for alle pasienter med hjertesvikt:

[Slår alarm om oppfølging av pasienter med hjertesvikt - Nyheter, Forskning, Helsepolitikk og helseøkonomi, Folkehelse, Hjerter- og karsykdom - Dagens Medisin](#)

Slår alarm om oppfølging av pasienter med hjertesvikt

Helseforetak	Innbyggere	Antall møtte i NPR**	Antall møtte per 100 000
Helse Nord-Trøndelag HF	137 000	201	147
Sykehuset Telemark HF	170 000	180	106
Nordlandssykehuset HF	136 000	130	96
Helse Møre og Romsdal HF	266 274	212	80
Sykehuset i Vestfold HF	230 000	180	78
Sørlandet sykehus HF	295 000	206	70
Sykehuset Østfold HF	317 000	216	68
Helse Fonna HF	220 000	144	65
Vestre Viken HF	500 000	326	65
Nasjonalt	5 299 216	3 237	61
Helse Bergen HF (med private)	459 703	251	55
Sykehuset Innlandet HF	368 000	198	54
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	194 239	103	53
St. Olavs Hospital HF	310 000	163	53
Helgelandssykehuset HF	77 000	31	40
Oslo Universitetssykehus HF (med private)	510 000	25	40
Akershus Universitetssykehus HF	600 000	26	40
Helse Førde HF	110 000	40	40
Helse Stavanger HF	369 000	13	40
Finnmarkssykehuset HF	30 000	0	40

*Folkehelseinstituttet finner antall møtte på Hjertesviktpoliklinikk ved å finne antall hoveddiagnosekodene I110, I130, I132, I500, I501, I509 og bidiagnosekoden Z71.9

**NPR= Norsk pasientregister.



BEKYMRET: Faglig leder ved Norsk hjertesviktregister, Morten Grundtvig, er bekymret for ulikheten i antall pasienter med hjertesvikt som følges opp ved de registrerte sykehusene. Grundtvig mener antallet hjertepoliklinikker og sykepleierstillinger ved poliklinikkene må økes. Foto: Skjermdump/privat

Faglig leder for Norsk hjertesviktregister (NHSR), Morten Grundtvig, er bekymret for det lave antallet hjertesviktpoliklinikker og antall sykepleiere som er ansatt ved de eksisterende hjertesviktpoliklinikkene. – I Finnmark finnes det ikke hjertesviktpoliklinikk for eksempel. Det er ikke godt nok.

Michael Chr. A. Simonsen

PUBLISERT Onsdag 10. februar 2021 - 06:00

Norsk hjertesviktregister sendte i januar brev til blant annet helse- og omsorgsminister Bent Høie, direktørene ved de regionale helseforetakene, fagdirektører ved helseforetakene og

Nasjonalforeningen for folkehelsen. Brevet tar for seg forskjeller knyttet til oppfølgingen av pasienter med hjertesvikt i Norge som kommer frem Norsk hjertesvikregisters årsrapport for 2019.

Bekymret for ulikhet

Grundtvig er bekymret for ulikhet i antall pasienter med hjertesvikt som følges opp i Norge.

– Antall pasienter i hvert enkelt helseforetak gjenspeiler hvor mange som følges opp. Har man få sykepleiere gir det oppfølging til færre pasienter, sier Grundtvig.

I brevet vises det til tabellen «Antall møtte på hjertesviktpoliklinikk per 100 000 innbyggere nasjonalt og de individuelle helseforetakene», som viser at det kun er tre helseforetak hvor det møtes over 90 pasienter per 100 000 innbyggere i 2019. Det står også at ekspertgruppen anbefaler NHSR å jobbe med mer helhetlige kriterier for inntak til hjertesviktpoliklinikker nasjonalt.

– *Hvilke kriterier er ønskelig?*

– Hovedkriteriet er at alle med hjertesvikt skal henvises til en hjertesviktpoliklinikk hvor det gis tverrfaglig oppfølging. Etter at diagnosen er sikret, opplæring gitt og medikamentene justert vil pasientene fortsette kontroll hos fastlegen.

– *Det beskrives i brevet at kun er tre helseforetak hvor det møter over 90 pasienter med hjertesvikt per 100 000 i 2019 – hva bør det tallet ligge på?*

– Vi bør tilstrebe at det kommer nærmere hva som er tilfellet i Helse Nord-Trøndelag helseforetak hvor det møtte 147 nye pasienter per 100 000 innbyggere i 2019.

– Alle som har nytte av det bør få tilbud. Det handler ikke bare om medikamenter og behandling, men om det psykologiske og trygghet- om livskvalitet.

– Ikke godt nok

Grundtvig sier antall hjertesviktpoliklinikker må opp.

– Hjertesvikt er farligere enn mange kreftformer, men får mye mindre oppmerksomhet enn kreft.

– Det er angstdempende for pasienter å ha tilgang til en hjertesviktpoliklinikk hvor man har både tilhørighet og får oppfølging. Det er psykologisk gevinst i tillegg til at pasientene får det bedre fysisk og redusert risiko for død. Det er dokumentert i Oda Karin Nordfonns avhandling om emosjonell og praktisk byrde ved hjertesvikt.

Tabell 2. Sykepleiestillinger ved Hjertesviktpoliklinikkene per 100 000 innbyggere per RHF/HF/Sykehus

RHF/HF/sykehus	Sykepleiestillinger	Innbyggere	Sykepleiestillinger per 100 000
Nasjonalt	30,6	5 299 216	0,6
Helse Sør- Øst RHF	16,8	2 673 000	0,6
Akershus HF	3,0	600 000	0,5
Akershus	2,2		
Kongsvinger	0,8		
Sykehuset Innlandet HF	1,8	368 000	0,3
Elverum	0,2		
Gjøvik	0,2		
Hamar	0,8		
Lillehammer	0,6		
Tynset	0,0		
Vestre Viken HF	1,6	500 000	0,3
Bærum	0,8		
Drammen	0,1		
Kongsberg	0,2		
Ringerike	0,5		
Oslo universitetssykehus HF	2,5	510 000	0,5
Diakonhjemmet	0,8		
Lovisenberg	0,7		
Ullevål	1,0		
Sykehuset Telemark HF	1,3	170 000	0,8
Notodden	0,2		
Skien	1,1		
Sykehuset i Vestfold HF	1,6	230 000	0,7
Tønsberg	1,6		
Sykehuset Østfold HF	2,6	317 000	0,8
Østfold	2,6		
Sørlandet sykehus HF	2,4	295 000	0,8
Arendal	0,9		
Flekkefjord	0,2		
Kristiansand	1,3		

Side 3 av 5

SYKEPLEIERSTILLINGER: Antall stillinger ved hjertesviktpoliklinikkene per 100 000 innbyggere per regionale helseforetak/helseforetak/sykehus. Foto: Skjermdump

Grundtvig sier oppfølging av hjertesviktpasienter er noe som vanskelig lar seg gjøre på en god måte alene av fastlegen. I brevet vises det til at sykepleierstillinger per 100 000 innbyggere ved hjertesviktpoliklinikkene varierer mellom helseforetakene.

ANNONSE KUN FOR HELSEPERSONELL

Helse Vest RHF	3,8	1 158 703	0,3
Helse Bergen HF	1,6	459 703	0,3
Haraldsplass	0,4		
Haukeland	1,2		
Voss	0,0		
Helse Fonna HF	0,8	220 000	0,4
Haugesund	0,8		
Odda	0,0		
Stord	0,0		
Helse Førde HF	0,5	110 000	0,4
Nordfjord	0,0		
Førde	0,5		
Lærdal	0,0		
Helse Stavanger HF	0,9	369 000	0,2
Stavanger	0,9		
Helse Midt-Norge RHF	5,8	713 274	0,8
Helse Nord- Trøndelag HF	1,8	137 000	1,3
Levanger	1,3		
Namsos	0,5		
Helse Møre og Romsdal HF	2,1	266 274	0,8
Kristiansund	0,2		
Molde	0,4		
Volda	0,5		
Ålesund	1,0		
St Olav HF	2,0	310 000	0,6
Orkdal	0,2		
St. Olavs hospital	1,8		
Helse Nord RHF	4,2	437 239	1,1
Finnmarksykehuset HF	0,0	30 000	0,0
Hammerfest	0,0		
Kirkenes	0,0		
Helgelandssykehuset HF	0,8	77 000	1,0
Mo i Rana	0,8		
Mosjøen	0,0		
Sandnessjøen	0,0		
Nordlandssykehuset HF	1,2	136 000	0,8
Bodø	1,2		
Lofoten	0,0		
Vesterålen	0,0		
UNN HF	2,2	194 239	1,1
Harstad	0,5		
Narvik	0,2		
Tromsø	1,5		

SYKEPLEIERSTILLINGER: Videre oversikt på antall stillinger. Foto: Skjermdump

European Society of Cardiology anbefaler at alle sykehus som behandler hjertesvikt bør ha én spesialsykepleier innen kardiologi per 100 000 innbygger for oppfølging av pasienter. Det er kun oppfylt i Nord-Trøndelag helseforetak og ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN).

– Det kreves tverrfaglig oppfølging fordi det er mange ting å huske på. Livsstil, trening og den medikamentelle behandlingen er komplisert.

Pasienter med hjertesvikt som hovedsakelig skyldes lungesykdom skal følges opp av lungeleger sier Grundtvig.

– Vi vil at de med svikt som skyldes hjertet, skal få den beste behandlingen de har krav på. Det er klare anbefalinger på dette som ligger der, men som det ikke blir tatt ordentlig hensyn til.

– Vi bruker de europeiske retningslinjene til European Society of Cardiology (ESC), med den sterkeste anbefaling for oppfølging, klasse 1A angis som en tverrfaglig oppfølging. For å få det til må man få på plass flere hjertesviktskykepleiere.

Grundtvig forteller at det i Norge er 40 sykehus med hjertesviktpoliklinikk, og 53 sykehus som tar imot hjerteinfarktpasienter.

– I Finnmark finnes det ikke hjertesviktpoliklinikk for eksempel. Det er ikke godt nok.

– **Må prioriteres**

– Ved å sende dette brevet ønsker vi å oppfordre helseministeren til å si til de regionale helseforetakene at hjertesviktpoliklinikk er noe som må prioriteres, og at antallet sykepleierstillinger ved slike poliklinikker må økes.

Frem til nå har man trodd at hjertesvikt rammer mellom hundre til to hundre tusen mennesker årlig i Norge, forteller Grundtvig.

– Men tall fra Tromsø-undersøkelsen, gjort av Henrik Schirmer- kardiologiprofessor ved hjerteavdelingen på Akershus universitetssykehus, angir at man fant aldersstandardisert prevalens av hjertesvikt på 6,8 prosent for kvinner og 6,1 prosent for menn ved undersøkelse på personer over 40 år.

– **Håper på endring**

I brevet beskrives antallet personer som rammes, å være økende.

– Dette er noe som øker ved høy alder. Den gjennomsnittlige befolkningen lever lenger, da blir det flere hjertesvikt-pasienter. Også unge opplever hjertesvikt, men det skyldes i større grad blant annet infeksjoner som virus.

– I alle vestlige land øker forekomsten. I en nylig publisert studie fra UK redegjøres for utvikling av hjertesvikt, og de finner at antall nye tilfelle er høyere enn for de 4 vanligste kreftformene til sammen; lunge-, bryst-, tarm- og prostatakreft, sier Grundtvig.

– *Har dere fått noe respons på brevet?*

– Norsk hjertesvikregister har fått flere gode tilbakemeldinger på brevene vi har sendt, men foreløpig ikke fra helseministeren som nok er sterkt opptatt med Covid-19 arbeidet. Helsevesenet er en kompleks organisasjon, og dette er noe som må sive inn.

– Det vi ønsker og håper på er en gradvis endring på sikt slikt at dette bedrer seg og alle pasienter med hjertesvikt har tilgang på denne typen poliklinikk.

Vedlegg 11. Artikkel i LHL sitt nyhetsbrev

LHL publiserte torsdag 11. mars følgende artikkel i sitt nyhetsbrev:

[Stor ulikhet i antall pasienter med hjertesvikt som følges opp i Norge på Hjertesviktpoliklinikk | LHL](#)

Stor ulikhet i antall pasienter med hjertesvikt som følges opp i Norge på Hjertesviktpoliklinikk

Faglig leder ved Norsk hjertesviktregister, Morten Grundtvig, mener antallet Hjertesviktpoliklinikker og sykepleierstillinger ved disse spesialpoliklinikkene må økes. Tall fra Norsk hjertesviktregister viser nemlig store ulikheten i antall pasienter med hjertesvikt som følges opp ved de registrerte sykehusene.

Publisert 11.03.2021

– Det å følge opp hjertesyke etterleves ikke i sykehusene. Etter tverrfaglig oppfølging ved en Hjertesviktpoliklinikk får du bedre livskvalitet, overlevelsen blir bedre og du får færre innleggelses for hjertesvikt. Antall pasienter som møter i hvert enkelt helseforetak gjenspeiler hvor mange som følges opp. Har man få sykepleiere som driver med denne type poliklinikk, gir det oppfølging til færre pasienter, sier Grundtvig.

Farligere enn kreft

Ifølge undersøkelser fra Storbritannia er nye tilfeller av hjertesvikt mer hyppig enn nye tilfeller av de fire hyppigste krefttypene tilsammen (lunge, bryst, tykktarm og prostata). Allikevel er det mindre fokus på det og altfor få møter på de fleste Hjertepoliklinikkene hvor det er få sykepleierstillinger.

Hjertesvikt er farligere enn mange kreftformer, men får likevel mye mindre oppmerksomhet.

Hjertesvikt er økende i befolkningen fordi vi stadig blir eldre. En 80 år gammel mann i Norge i dag lever i gjennomsnitt 7 år. Har han hjertesvikt går det mye verre. Det samme gjelder kvinner. Gjennomsnittsalderen i hjertesviktregisteret er 70 år. Jeg vil at flere får bedre livskvalitet og økt overlevelse, sier Grundtvig.

Tverrfaglig oppfølging

Han ønsker at alle med hjertesvikt skal henvises til en Hjertesviktpoliklinikk hvor det gis tverrfaglig oppfølging.

– Alle som har nytte av det bør få tilbud. Det handler ikke bare om medikamenter og behandling, men også om det psykologiske. Trygghet er viktig for livskvaliteten. Det er angstdempende for pasienter å ha tilgang til en Hjertesviktpoliklinikk hvor man får opplæring og oppfølging som et pakkeforløp i tillegg til oppfølging fra fastlegen. Det er psykologisk gevinst i tillegg til at pasientene får det bedre fysisk og redusert risiko for død. Det å føle seg er godt ivaretatt er viktig og også angstdempende. Livskvaliteten kan endre seg betydelig når man får hjertesvikt.

Norge følger de europeiske anbefalingene til European Society of Cardiology (ESC), med den sterkeste anbefaling for oppfølging, klasse 1A angis som en tverrfaglig oppfølging.

– For å få det til må man få på plass flere hjertesviktsykepleiere.

Norge har 40 sykehus med Hjertesviktpoliklinikk, og 53 sykehus som tar imot hjerteinfarktpasienter. Det betyr at det er flere sykehus som burde hatt Hjertesviktpoliklinikk.

Vi vet jo at det er pasientgrunnlag. I Finnmark helseforetak finnes det ikke Hjertesviktpoliklinikk. Det er ikke godt nok. Konsekvensene av for få hjertesviktpoliklinikker er åpenbart at det er et stort antall personer som ikke får optimal behandling. Det er ikke godt nok å bare gå til en lege, sier han.

Må styrke tilbudet

Grundtvig tror årsaken til de store forskjellene er mangel på oppmerksomhet på hvor viktig det er.

– Vi ser at det er mer oppmerksomhet på hjertesvikt og det er økende med pasienter som kommer til poliklinikken, men det er ikke nok personell. Det etterleves ikke på sykehusenes side at de tar imot pasientene.

Hvis flere sykepleiere er tilgjengelig, så vil det kunne tas imot flere pasienter. Så enkelt er det.

Og det er et billig tilbud for sykehusenes sin del. Sykehuset får refusjon fra Staten for hver konsultasjon, uansett om det er lege eller sykepleier som tar imot. Det er personell som skal se på pasienten og de bruker ikke andre ressurser enn seg selv og sin viten. Mange tror at fastlegen gjør det bra nok. Men det er ikke riktig.

Vi ønsker og håper på en gradvis endring på sikt slik at dette bedrer seg og alle pasienter med hjertesvikt har tilgang på denne typen poliklinikk.

Vedlegg 12. Bestilling 1 Dekningsgradsanalyse

Metode for beregning av «Kvalitetsindikator 1. Dekningsgrad: Andel registrerte første besøk i NHSR av antall nye møtte på Hjertesviktpoliklinikken (%)». Her beregnes dekningsgrad pr. Hjertesviktpoliklinikk basert på sykehuset sitt organisasjonsnummer i Norsk pasientregister (NPR):

Hjertesvikt er en kronisk sykdom slik at noen pasienter vil komme på Hjertesviktpoliklinikken flere ganger, men behandlingen skal kun registreres en gang enten i det gamle hjertesviktregisteret «Norwegian Heart Failure Registry» (NHFR) eller det nye hjertesviktregisteret «Norsk hjertesviktregister» (NHSR).

Teller:

Registersekretariatet sender FHI en ZIP-fil over pasientene som har fått registrert et *første besøk* i NHSR i 2022. Filen heter «**FørsteBesøk2022**» og inneholder variablene **Løpenummer**, **Skjematype**, **Besøksdato**, **Kriterier**, **RHF**, **HF**, **HelseenhetKortnavn** (= enhet) og **HelseenhetID** fra *første besøk* i NHSR for gjeldende dekningsgradsanalyse år. I tillegg sender registersekretariatet FHI en separat ZIP-fil kalt «**FørsteBesøk2022Løpenr**» med variablene **Løpenummer** og **Fødselsnummer**.

- **Ved duplikater/to første besøk på to ulike sykehus fjerner** registersekretariatet pasienten/fødselsnummeret ved det sykehuset som har den siste konsultasjonsdato på *første besøk* i NHSR for gjeldende dekningsgradsanalyse år.

Nevner:

FHI finner nevner for gjeldende dekningsgradsanalyse år i Norsk pasientregister (NPR) ved å finne antall pasienter med **en av hoveddiagnosekode I110, I130, I132, I500, I501, I509 OG bidiagnosekoden Z71.9 SAMMEN** per sykehus med en etablert Hjertesviktpoliklinikk. Hvilke sykehus som har Hjertesviktpoliklinikk vises under variabel **HelseenhetKortnavn** i filen «**FørsteBesøk2022**».

- **Hver pasient skal kun telles en gang.** Dersom en pasient er registrert på flere sykehus skal den første konsultasjonsdato være den gjeldende, det betyr at pasienten trekkes fra nevner hos det sykehuset som pasienten har «siste» konsultasjonsdato av de to første mulige ved de to ulike sykehusene.
- **Pasienter som tidligere er registrert i NHSR eller NHFR****** (alle første besøk fra 1.4.2013 – tom 31.12.21 + alle første besøk som har verdi «5» under variabelen «Kriterier» i 2022) skal trekkes fra nevneren → Bruk filene «**TidlRegiNHSRelNHFR**» (inneholder variablene «Løpenummer», «Skjematype», «Besøksdato», «Kriterier», «RHF», «HF», «HelseenhetKortnavn» (= Enhet) og «HelseenhetID») og «**TidlRegiNHSRelNHFR**Løpenr» (inneholder variablene «Løpenummer» og «Fødselsnummer»)
- Alder under 18 år skal trekkes fra nevneren
- Pasienter uten norsk fødselsnummer (de har hjelpenummer) trekkes fra nevneren

Vedlegg 13. Bestilling 2 CRT-P/D data

BESTILLING 2 endret 3.2.2023

Metode for beregning av «Kvalitetsindikator 9. Andel innlagt CRT-P/D* hos pasienter med QRS ≥ 150 ms, venstre grenblokk, EF ≤ 35 % og NYHA ≥ 2 i perioden 2017-2022 for pasienter som har fullført siste justeringsbesøk (%), fordelt på helseregion og helseforetak».

* CRT-P/D (cardiac resynchronization therapy) er en spesiell pacemaker (P)/pacemaker med defibrilleringsfunksjon (D) som oftest implanteres i universitetssykehus på spesiell indikasjon.

Fagrådet i NHR har ikke satt måltall for høy og moderat måloppnåelse på denne kvalitetsindikatoren siden NHR ikke er sikker på datakvaliteten i registeret. Registrering av måned og år for innlagt CRT/innlagt ICD er variabler som av og til blir etterregistrert i NHR ved mors, slik at dato for innleggelse CRT/ICD ikke nødvendigvis er registrert ved uttak av datadump til Årsrapport. Fagrådet i NHR ønsker derfor data fra FHI/Basisregisteret/Norsk pasientregister for å kontrollere datakvaliteten i NHR før fagrådet setter måltall på kvalitetsindikatoren. NHR vil presentere kvalitetsindikator 9 med korrekte tall fra FHI, og i tillegg vise andel fått CRT-P/D etter Sjb under "Andre analyser" i "Årsrapport 2022".

Gjelder kontroll av datakvaliteten

Registersekretariatet sender FHI en ZIP-fil over alle pasientene som har fått registrert et første besøk i NHR i perioden fra 01.01.2017 tom 31.12.2022. Filen heter «**Førstebesøk2017_2022**» og inneholder variablene **Løpenummer**, **Skjematype**, **Besøksdato**, **Dødsdato**, **IngenJustering**, **RHF**, **HF**, **HelseenhetKortnavn (enhet)** og **HelseenhetID**. I tillegg sender registersekretariatet FHI en separat ZIP-fil kalt «**Førstebesøk2017_2022Løpenr**» med variablene **Løpenummer** og **Fødselsnummer**. NHR ber FHI sjekke hvilke av disse pasientene som har fått en av prosedyrekodene **FPK20A**, **FPK23A**, **FPK36A** eller **FPK40A** i filen «**Førstebesøk2017_2022**». NHR ønsker også dato for når prosedyrekoden er registrert.

Vedlegg 14. Bestilling 3 Bruk av Hjertesviktpoliklinikk

«Bruk av Hjertesviktpoliklinikk: Andel nye* møtte på Hjertesviktpoliklinikk av antall utskrevet i live fra sykehusene etter døgnopphold med en av hoveddiagnosene eller bidiagnosene I110, I130, I132, I500, I501, I509 (%)» basert på sykehusets organisasjonsnummer i NPR.

*Nye viser til at det er kun pasienter som har hatt et første besøk på Hjertesviktpoliklinikk i 2022 denne kvalitetsindikatoren beregnes på og at tidligere registrerte pasienter i NHSR eller NHFR (det gamle hjertesviktregisteret) skal trekkes fra nevneren. I tillegg er det viktig at hver pasient skal kun telles en gang (se beregning av nevner under her).

For henvisningsanalysen kan man dele pasientene i tre grupper:

A: Utskrevet fra døgnopphold med kvalifiserende kode, og møter på poliklinikk***.**

B: Utskrevet fra døgnopphold med kvalifiserende kode, men møter ikke på poliklinikk.

C: Møter på poliklinikk, men har ikke blitt utskrevet fra døgnopphold med kvalifiserende kode.

En av hoveddiagnosene eller bidiagnosene I110, I130, I132, I500, I501, I509 UTEN Z71 fra 1.1.21 (året før rapportåret) for å få med alle som er blitt henvist fra sykehus året før til Hjertesviktpoliklinikk gjeldende rapportår. * En av hoveddiagnosekodene I110, I130, I132, I500, I501, I509 OG bidiagnosekoden Z71.9 SAMMEN fra 1.1.22 – 31.12.22 (gjeldende rapportår).

Bruk filene «**FørsteBesøk2022**» (inneholder variablene «Løpenummer», «Skjematype», «Besøksdato», «HenvistFra», «RHF», «HF», «HelseenhetKortnavn» (= Enhet) og «HelseenhetID») og «**FørsteBesøk2022Løpenr**» (inneholder variablene «Løpenummer» og «Fødselsnummer») som registersekretariatet i NHSR sender FHI i **Bestilling 1**. Filen «**FørsteBesøk2022**» inneholder de **nye pasientene i kvalitetsregisteret NHSR** som har fått registrert et første besøk i 2022, og skal brukes i teller sammen med **nye pasienter i basisregisteret i HKR**** i 2022 (har en av hoveddiagnosekodene I110, I130, I132, I500, I501, I509 OG bidiagnosekoden Z71.9 SAMMEN). En av hoved- og bidiagnosekoden sammen definerer at pasienten har vært på Hjertesviktpoliklinikk. **NB! For å kun se på nye pasienter i basisregisteret i HKR i 2022 må FHI trekke fra pasientene i filen «**TidRegiNHSReINHFRløpenr**» (bruk variabelen «Fødselsnummer») som NHSR sender FHI i **Bestilling 1**.

Teller:

Antall nye pasienter møtt totalt (kvalitetsregisteret NHSR og basisregisteret i HKR) pr. sykehus med første konsultasjonsdato som har en av hoveddiagnosekodene I110, I130, I132, I500, I501, I509 OG bidiagnosekoden Z71.9 SAMMEN gjeldende dekningsgradsår (hver pasient telles 1 gang[#]) **som er utskrevet fra døgnopphold med kvalifiserende kode (A)**.[#]Hver pasient skal kun telles en gang: Dersom en pasient er registrert på flere sykehus skal den første konsultasjonsdato være den gjeldende, det betyr at pasienten slettes fra teller hos det sykehuset som pasienten har «siste» konsultasjonsdato av de to første mulige ved de to ulike sykehusene.

Nevner:

Antall pasienter utskrevet i live fra sykehusene etter døgnopphold med en av hoveddiagnosene eller bidiagnosene I110, I130, I132, I500, I501, I509 UTEN Z71.9 gjeldende rapportår:

- **Hver pasient skal kun telles en gang.** Dersom en pasient er registrert på flere sykehus skal den første konsultasjonsdato være den gjeldende, det betyr at pasienten trekkes fra nevner hos det sykehuset som pasienten har «siste» konsultasjonsdato av de to første mulige ved de to ulike sykehusene.
- **Pasienter som tidligere er registrert i NHSR eller NHFR****** (alle første besøk fra 1.4.2013 – tom 31.12.21 +alle første besøk som har verdi «5» under variabelen «Kriterier» i 2022) skal trekkes fra nevneren → Bruk filene «**TidRegiNHSReINHFR**» (inneholder variablene «Løpenummer», «Skjematype», «Besøksdato», «Kriterier», «RHF», «HF», «HelseenhetKortnavn» (= Enhet) og «HelseenhetID») og «**TidRegiNHSReINHFRløpenr**» (inneholder variablene «Løpenummer» og «Fødselsnummer») som registersekretariatet i NHSR sender FHI i **Bestilling 1**.
- Alder under 18 år skal trekkes fra nevneren
- Pasienter uten norsk fødselsnummer (de har hjelpenummer) trekkes fra nevneren
- Regionsykehusene **Ullevål, Haukeland, St. Olav hospital og Tromsø** i en særstilling fordi de mottar pasienter fra andre sykehus. Vi ønsker derfor at dere teller opp antall utskrivelser for disse fire regionsykehusene slik at alle pasienter om har vært på andre sykehus innen 1 år før innleggelse regionsykehuset med en av hoved- eller bidiagnosekodene **I110, I130, I132, I500, I501, I509**, enten døgnopphold, dagopphold eller poliklinikk, skal trekkes fra nevneren ved regionsykehuset (bruke fødselsnummer).

Vedlegg 15. Bestilling 4 Andel oppfølging innen 28 dager (%)

Andel nye* pasienter som får oppfølging ved Hjertesviktpoliklinikk innen 28 dager av antall pasienter møtt ved Hjertesviktpoliklinikk etter utskrivelse fra sykehus (%).

*Nye viser til at det er kun pasienter som har hatt et første besøk på Hjertesviktpoliklinikk i 2022 denne kvalitetsindikatoren beregnes på og at tidligere registrerte pasienter i NHSR eller NHFR (det gamle hjertesviktregisteret) skal trekkes fra nevneren. I tillegg er det viktig at hver pasient skal kun telles en gang (se beregning av nevner i Bestilling 3 over her).

For henvisningsanalysen kan man dele pasientene i tre grupper:

A: Utskrevet fra døgnopphold med kvalifiserende kode, og møter på poliklinikk***.**

B: Utskrevet fra døgnopphold med kvalifiserende kode, men møter ikke på poliklinikk.

C: Møter på poliklinikk, men har ikke blitt utskrevet fra døgnopphold med kvalifiserende kode.

NHSR har valgt å se på andel pasienter som får oppfølging innen 28 dager av de pasientene som møter på Hjertesviktpoliklinikk og som er utskrevet fra døgnopphold med kvalifiserende kode (A).

Bestilling til FHI:

Nevner:

A: Utskrevet fra døgnopphold med kvalifiserende kode, og møter på poliklinikk*****

**En av hoveddiagnosene eller bidiagnosene I110, I130, I132, I500, I501, I509 UTEN Z71 fra 1.1.21 (året før rapportåret) for å få med alle som er blitt henvist fra sykehus året før til Hjertesviktpoliklinikk gjeldende rapportår.

*** En av hoveddiagnosekodene I110, I130, I132, I500, I501, I509 OG bidiagnosekoden Z71.9 SAMMEN fra 1.1.22 – 31.12.22 (= gjeldende rapportår).

Teller:

Antall pasienter av **A: Utskrevet fra døgnopphold med kvalifiserende kode, og møter på poliklinikk** som får oppfølging innen 28 dager. Her må FHI bruke variabelen «Besoksdato» i filen «**FørsteBesøk2022**» som NHSR sender til FHI.