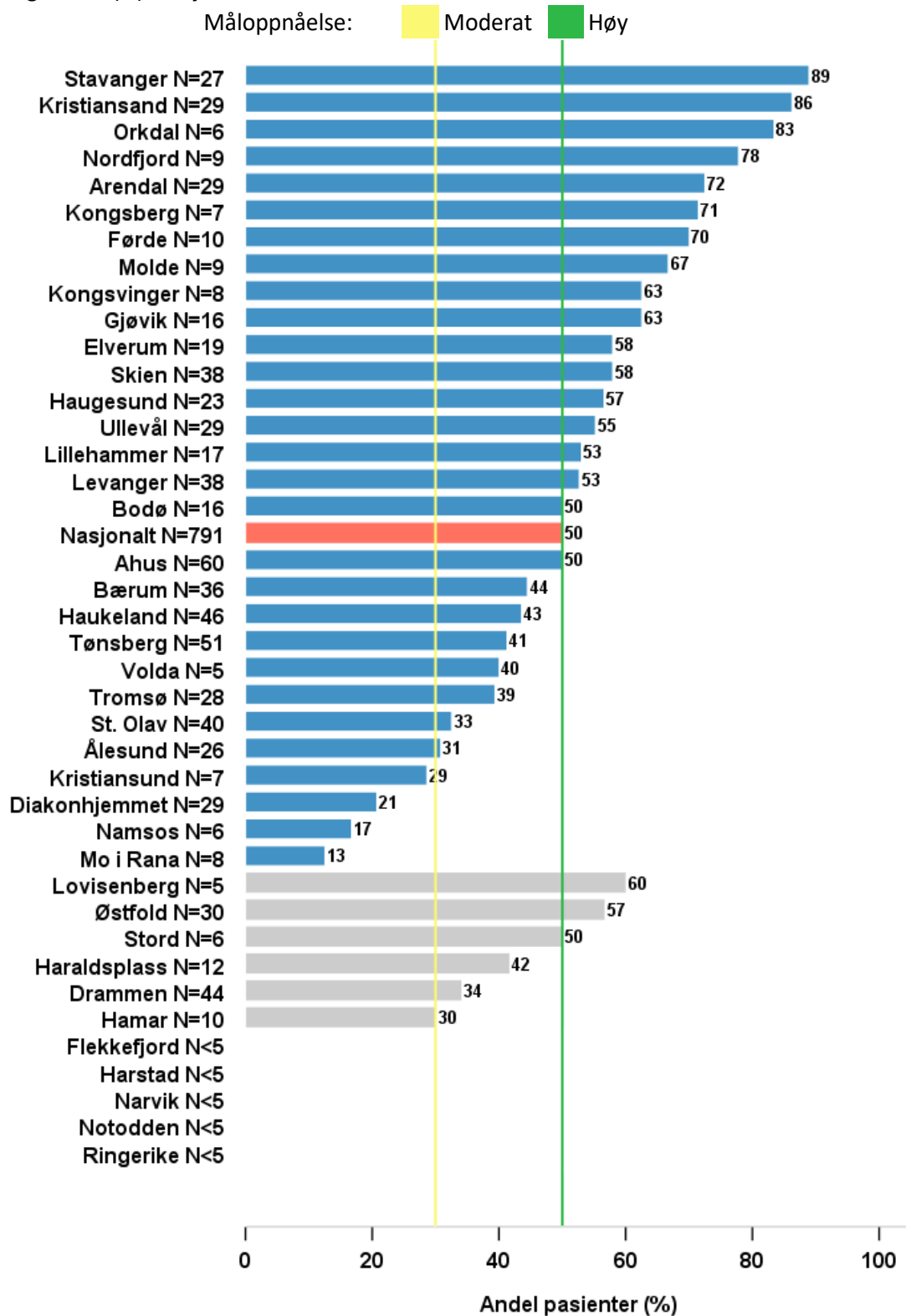


Figur 4. Kvalitetsindikator 3

Andel pasienter med *EF \leq 35 % og NYHA-klasse \geq II som behandles med **MRA i tillegg til ACE-hemmer eller ARB eller ARB-kombinasjon og maksimal tolererte dose betablokker på Siste justeringsbesøk (%). Nasjonalt N=791.



*EF angir hjertets tømingsgrad (normalt \geq 50 %). **MRA = mineralreceptorantagonist. Ingen manglende data.

Kvalitetsindikator 3

Andel pasienter med EF ≤ 35 % og NYHA-klasse \geq II som behandles med MRA i tillegg til ACE-hemmer eller ARB eller ARB-kombinasjon og maksimal tolererte dose betablokker på Siste justeringsbesøk (%).

Type indikator Prosessindikator

Måloppnåelse Høy: ≥ 50 %, Moderat: ≥ 30 %, Lav: < 30 %

Bevisgrunnlag IA

Begrunnelse for indikatoren

(Figur 4) er at man skal følge ESC Guidelines 2016 (1) for bruk av en MRA. Betablokker skal alltid gis i maksimalt tolererte dose, men enkelte pasienter tåler ikke medikamentet og disse teller fortsatt for bruk av MRA hvis de bruker ACE-hemmer eller ARB eller ARB-kombinasjon. En har dokumentasjon på økt overlevelse fra to randomiserte studier som har lagt MRA på toppen av ACE-hemmer og betablokker behandling (21, 22), og en randomisert studie som har lagt MRA på toppen av behandling med ACE-hemmer (23). Samlet indikerer disse 3 studiene overlevelsesgevinst for HFrEF pasienter utover det en ser ved bruk av ACE-hemmer/ARB og betablokkere.

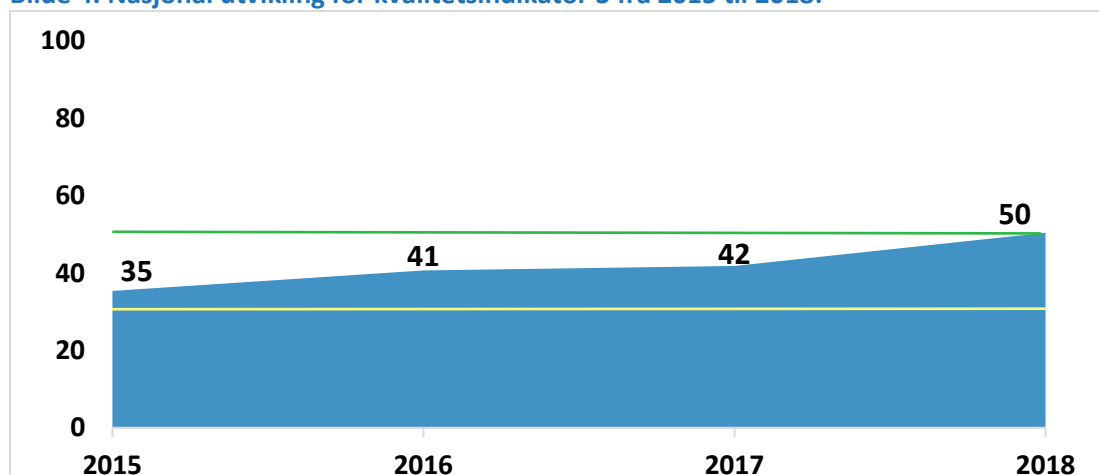
Begrunnelse for måltallene

Det er satt høy måloppnåelse til 50 % ut fra det som er oppnådd i studier der MRA har vært kombinert med ACE-hemmer/ARB. Måloppnåelsen er noe nedjustert ut fra at pasientpopulasjonen i NHSR er en del eldre enn pasientene i disse studiene. Derfor forventes en noe høyere forekomst av nyresvikt som kan gi hyperkalemi og symptomgivende lavt blodtrykk ved tillegg av MRA.

Resultater

Nasjonalt fikk 50 % MRA i tillegg til ACE-hemmer eller ARB eller ARB-kombinasjon og maksimal tolererte dose betablokker på Siste justeringsbesøk som er høy måloppnåelse. Det ser ut til å være en reell forbedring fra 2015 da kun 35 % fikk behandlingen. På NHSR sin registerseminardag i 2017 ble foredraget «MRA: indikasjon, dosering og kontroll» ved Dr. Stein Ørn, Stavanger Universitetssykehus, holdt for sykehusene som deltok. Fra 2017 til 2018 ser en stor økning fra 42 % til 50 % i andel pasienter som får MRA i tillegg til ACE-hemmer eller ARB eller ARB-kombinasjon og høyest tolererte dose betablokker. Denne økningen anses av Fagrådet i NHSR som en klinisk kvalitetsforbedring som følge av resultater vist og fremhevet gjennom registeret. Det er fortsatt mulig å øke både bruk og dose av MRA, basert på det vi ser av nyrefunksjon (25-75 percentilen for eGFR 51-76 ml/min/1,73 m²) og kaliumverdier (25-75 percentilen 4,1 - 4,7 mmol/l) i registeret.

Bilde 4. Nasjonal utvikling for kvalitetsindikator 3 fra 2015 til 2018:



Tabell 3. Samlede resultater for Hjertesviktpoliklinikkene

| Sykehus/kvalitetsindikator | 1A | 2 | 3 | 4A | 5 | 6 | 8 | 10 | 11 | 12 | SUM 2018 | SUM 2017 | Endring |
|----------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|----|----|----|----------|----------|---------|
| Molde | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 4 | 0 | 19 | 15 | ↑ |
| Lillehammer | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 4 | 0 | 19 | 15 | ↑ |
| Bodø | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 4 | 2 | 19 | 15 | ↑ |
| Kongsvinger | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 18 | 9 | ↑ |
| Ullevål | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 4 | 0 | 18 | 13 | ↑ |
| Ahus | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 4 | 0 | 18 | 19 | ↓ |
| Arendal | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 4 | 0 | 17 | 13 | ↑ |
| Tønsberg | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 4 | 2 | 17 | 12 | ↑ |
| Førde | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 4 | 0 | 17 | na | ↑ |
| Nordfjord* | 2 | 2 | 2 | 2 | n<5 | 2 | 0 | 1 | 2 | 4 | 17 | na | ↑ |
| Hamar | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 17 | 11 | ↑ |
| Elverum | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 4 | 0 | 17 | na | ↑ |
| Skien | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 16 | 16 | → |
| Tromsø | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | 16 | 16 | → |
| Ålesund | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 4 | 0 | 16 | 11 | ↑ |
| Haugesund | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 0 | 15 | 12 | ↑ |
| Kristiansund | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 4 | 2 | 15 | 13 | ↑ |
| Levanger | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 | 4 | 2 | 15 | 15 | → |
| Kristiansand | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 14 | 16 | ↓ |
| Gjøvik | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 14 | 13 | ↑ |
| Orkdal | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 4 | 0 | 14 | na | ↑ |
| Bærum | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 14 | 9 | ↑ |
| Mo i Rana | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 4 | 2 | 14 | 10 | ↑ |
| Harstad | 2 | 2 | n<5 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 4 | 0 | 13 | 8 | ↑ |
| St Olav | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 13 | 15 | ↓ |
| Haraldsplass | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 13 | 10 | ↑ |
| Flekkefjord | 0 | 1 | n<5 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 4 | 0 | 13 | 10 | ↑ |
| Drammen | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 13 | 13 | → |
| Lovisenberg | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 13 | 11 | ↑ |
| Namsos | 0 | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 4 | 0 | 12 | 9 | ↑ |
| Volda | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 12 | 12 | → |
| Stavanger | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 12 | 12 | → |
| Kongsberg | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 12 | 10 | ↑ |
| Diakonhjemmet | 2 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 11 | 13 | ↓ |
| Haukeland | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 11 | 11 | → |
| Østfold | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 9 | ↑ |
| Notodden* | n<5 | n<5 | n<5 | n<5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 10 | 13 | ↓ |
| Stord | 1 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 9 | 11 | ↓ |
| Narvik* | n<5 | n<5 | n<5 | n<5 | n<5 | 2 | 0 | 0 | 4 | 0 | 6 | na | ↑ |
| Ringerike* | n<5 | n<5 | n<5 | n<5 | n<5 | n<5 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | na | ↑ |

█ Dekningsgrad <60 %. Dataene må tolkes med forsiktighet.

*Hjertesviktpoliklinikkene har n<5 på en eller to kvalitetsindikatorer og vil derfor få en lavere poengsum.

Disse Hjertesviktpoliklinikkene har mulighet for bedring når antall registrerte øker.

na = not applicable (data ikke tilgjengelig)

Forklaring til «Tabell 3. Samlede resultater for Hjertesviktpoliklinikkene»

Tabell 3 viser samlede resultater for sykehusene som rapporterer til NHSR. Poengsummen er beregnet ut fra måloppnåelse på alle kvalitetsindikatorerne med unntak fra kvalitetsindikator 1B, 4B, 7 og 9 som er holdt utenfor på grunn av stor risiko for case-mix.

Høy måloppnåelse på kvalitetsindikatorerne 1A, 2, 3, 4A, 5, 6, 8 og 10 gir 2 poeng, moderat måloppnåelse gir 1 poeng og lav måloppnåelse gir 0 poeng.

Kvalitetsindikatorerne «11. Dekningsgrad» og «12. Bruk av Hjertesviktpoliklinikk» er vektet høyere fordi disse kvalitetsindikatorerne er av vesentlig betydning for at de andre kvalitetsindikatorerne skal ha et godt datagrunnlag. Dekningsgrad ≥ 80 % gir 4 poeng, ≥ 60 % gir 2 poeng og < 60 % gir 0 poeng. Bruk av Hjertesviktpoliklinikk ≥ 50 % gir 4 poeng, ≥ 30 % gir 2 poeng og < 30 % gir 0 poeng.

NHSR mener at en høypoengsum kan gjenspeile høy kvalitet på tilbudet ved den enkelte Hjertesviktpoliklinikk.

Det er fem kvalitetsindikatorerne som skiller seg ut hvor det kan oppnås bedring ved å innføre gode rutiner ved det enkelte sykehus:

- **Kvalitetsindikator 12:** Bruk av Hjertesviktpoliklinikk: Andel møtte på Hjertesviktpoliklinikk av antall utskrevet i live med hjertesviktdiagnose per sykehus (%)
- **Kvalitetsindikator 8:** Andel utført 6-minutter gangtester totalt for alle besøk (%).
- **Kvalitetsindikator 10:** Andel blodprøver tatt totalt for alle besøk (%).
- **Kvalitetsindikator 3:** Andel pasienter med EF ≤ 35 % og NYHA-klasse \geq II som behandles med MRA og ACE-hemmer eller ARB eller ARB-kombinasjon og høyest tolerable dose med betablokker på Sjb (%)
- **Kvalitetsindikator 6:** Andel besvarte Minnesotaskjemaer totalt for alle besøk (%).

Tabell 3 viser at henholdsvis 29, 28, 14, 13, og 10 sykehus har fått null poeng på disse kvalitetsindikatorerne.

Den viktigste kvalitetsindikatoren er «Bruk av Hjertesviktpoliklinikk» fordi den reflekterer sykehuseiers manglende ressursinnsats på området Hjertesviktpoliklinikk. ESC Guidelines 2016 (1) angir oppfølging ved en Hjertesviktpoliklinikk som den sterkeste anbefalingen (klasse IA) for pasienter med hjertesvikt uansett hjertets tømmingsgrad (EF).