

i utredning eller behandling hos kolleger kan være utfordrende i noen tilfeller.

Tidligere kunne man tildeles oppdrag som fast sakkyndig etter utlysning fra NPE, som ble kunngjort med noen års mellomrom. Fra våren 2025 er det en ny ordning der man først må prekvalifisere seg og deretter eventuelt legge inn anbud. Se link: www.npe.no/no/Helsepersonell/sakkyndig-spesialist/arbeid-som-sakkyndig/. Det kreves bl.a. at man nå må være i aktiv klinisk praksis tilsvarende i minst 20 % stilling. Øvre aldersgrense er 75 år.

Nytt av året er også at man fra juni 2025 vil bli honorert per sak og ikke som før utfra antall timer brukt etter statens salær-sats. Estimert tidsbruk per sak innen hjerte-sykdommer er satt til 4 timer. Vår erfaring er at vi hittil har brukt klart flere timer enn dette i gjennomsnitt pr sak.

Referanser

1. Lov om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) - Lovdata
2. 2023-1-mottatte-saker---medisinsk-omrade.pdf (npe.no)
3. Lov om foreldelse av fordringer (foreldelses-loven) - Lovdata
4. Ikke pasientskadeerstatning til prematurfødt barn (domstol.no)
5. Forskrift om menerstatning ved pasientska-der - Lovdata
6. Forskrift om menerstatning ved yrkesskade - Lovdata
7. [https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2023-](https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2023-08/%C3%85rsrapport%202022%20NORIC.pdf)

08/%C3%85rsrapport%202022%20NORIC.pdf

8. Patone M, Mei XW, Handunnetthi L et al. Risks of myocarditis, pericarditis, and cardiac arrhythmias associated with COVID-19 vaccination or SARS-CoV-2 infection. *Nat Med* 2022; 28: 410-422.
9. Sexson T, Munoz FM, Al-Ammouri I et al. Myocarditis and pericarditis: Case definition and guidelines for data collection, analysis, and presentation of immunization safety data. *Vaccine* 2022; 40: 1499-1511.
10. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/142687>
11. Imazio M, Mayosi BM, Brucato A et al. Triage and management of pericardial effusion. *J Cardiovasc Med* 2010; 11: 928-35.
12. Adler Y, Charron P, Imazio M et al 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: The Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases. *Eur Heart J* 2015; 36: 2921-2964.
13. Lazaros G, Lazarou E, Vlachopoulos C et al. Pericarditis and pericardial effusion: one or two distinct diseases? *Minerva Cardiol Angiol* 2022; 70: 207-216.
14. Lazaros G, Vlachopoulos C, Lazarou E et al. New approaches to management of pericardial effusions. *Curr Cardiol Rep* 2021; 23: 106.
15. Pari B, Babbili A, Kattubadi A et al. COVID-19 vaccination and cardiac arrhythmias: a review. *Curr Cardiol Rep* 2023; 25: 925-940.
16. Xu Y, Li H, Santosa A, Wettermark B et al. Cardiovascular events following coronavirus disease 2019 vaccination in adults: a nationwide Swedish study. *Eur Heart J* 2025; 46: 147-157.

LOKAL BRUK AV HJERTEINFARKTREGISTERET

Cecilie Risøe, Kardiologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

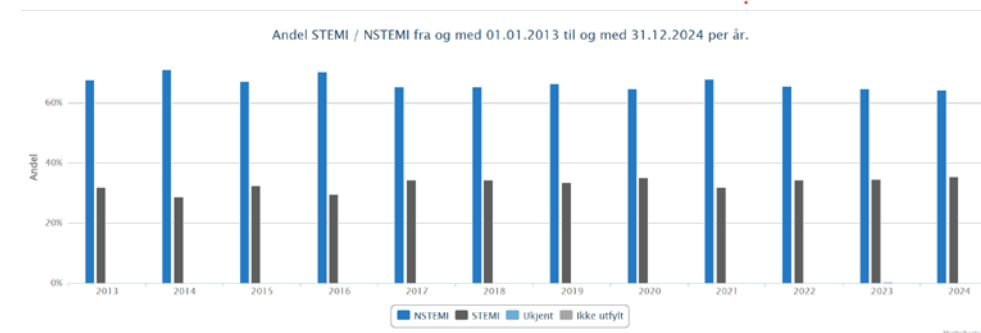
Nasjonalt register over hjerte- og karlidelser ble opprettet i 2012 og er ett av elleve lovbestemte registre uten krav om samtykke (1). Registeret henter informasjon fra tre sentrale helseregistre og åtte nasjonale medisinske kvalitetsregistre, herunder Norsk hjerteinfarktregister, NORIC (Norsk register for invasiv kardiologi), Norsk hjertesviktregister, Norsk hjertekirurgiregister og Pacemaker- og ICD-registeret. I tillegg vil AblaNor (Nasjonalt register for ablasjonsbehandling og elektrofysiologi) inngå i registeret. Alle kvalitetsregistrene lager årsrapporter med nasjonale og senterespesifikke data som er allment tilgjengelige (2) og interessante å lese. Hjerteforum har også i de siste seks numrene hatt artikler med nasjonale data fra AblaNor (3-5), hjertesviktregisteret (6, 7) og pacemaker- og ICD-registeret (8). Fra hjerteinfarktregisteret er det trykket én side med sentrale nasjonale nøkkeltall fra 2022 (9).

Registerenes formål er kvalitetsforbedring av helsehjelpen, forskning og forebygging av sykdom og skade. Registersekretariatene ønsker flere søknader om utlevering av nasjonale data for forskning og kvalitetsforbedring, og de rapporterer at det arbeides hos databehandler med å få ned utleveringstiden til fristene som er satt

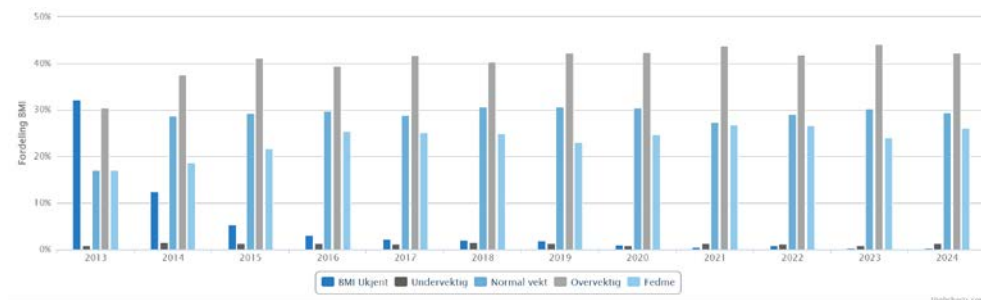
i helseregisterloven (30 virkedager ved data fra ett register, 60 virkedager ved sammenstilling av data fra flere registre).

Kvalitetsforbedring omfatter både det å gi helsehjelp i henhold til gjeldende retningslinjer og at kvaliteten på det som registreres er god. Hvert enkelt sykehus har tilgang på alle data de selv har lagt inn og kan bruke disse til å stimulere til bedre datakvalitet lokalt. Registreringsarbeidet går mye lettere når journalene inneholder gode og presise opplysninger om det som etterspørres. Når ny årsrapport foreligger, bør fagansvarlig overlege lokalt bruke anledningen til å presentere resultatene i internundervisningen for avdelingens leger for å diskutere hva som kan gjøres bedre.

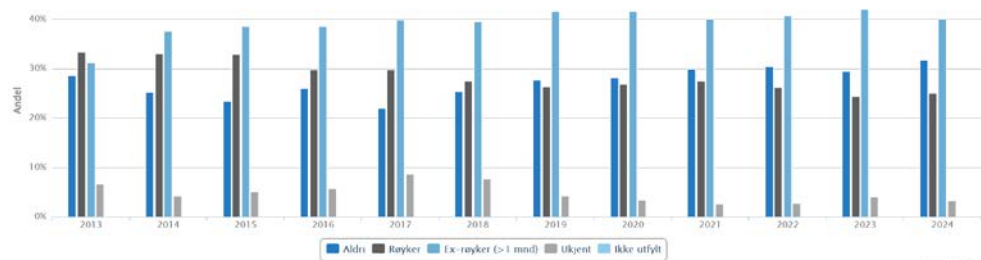
De fleste sykehusene kan hente mye informasjon fra figurene i årsrapporten. Det er kanskje mindre kjent at presentasjonen kan suppleres ved å lage egne figurer fra lokal database som viser utviklingen ved sykehuset over tid. Det kan for eksempel være av interesse å se på om andelen ST-elevasjons myokardinfarkt (STEMI) / ikke-ST-elevasjons myokardinfarkt (NSTEMI) har endret seg over tid (figur 1) eller om sykehuset har lyktes i å få ned andelen «ukjent» ved registrering av kroppsmasseindeks (BMI) (figur 2) og røykestatus (figur 3). En



Figur 1. Årlig prosentandel STEMI/NSTEMI i perioden 2013-24 behandlet ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Totalt antall behandlede hjerteinfarkt per år falt fra 1978 infarkter i 2014 til 1362 infarkter i 2024. STEMI = ST-elevasjons myokardinfarkt; NSTEMI = ikke-ST-elevasjons myokardinfarkt.



Figur 2. Prosentandel pasienter per BMI-kategori per år i perioden 2013-24 ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Andelen ukjent falt fra 32,1 % i 2013 til 0,3 % i 2024. BMI = kroppsmasseindeks



Figur 3. Prosentandel av ulike kategorier røykestatus per år i perioden 2013-24 ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Andelen ukjent var lavest i 2021 (2,6 %) og høyest i 2017 (8,6 %). Andelen røykere var i gjennomsnitt 33,1 % i de tre første årene av perioden mot 25,2 % i de siste tre årene.

slik presentasjon for kollegiet er en god mulighet til å minne om at journaltekst som «røyker ikke» betyr at røykestatus er ukjent når valgalternativene er «aldri-røyker», «røyker», «eksrøyker» og «ukjent». Tilsvarende figurer for utvikling over tid kan lages for eksempel for medisiner ved utreise eller ved invasive sentre for koronar angiografi uten perkutan koronar intervensjon (PCI) som ved vårt sykehus kan se ut til å ligge noe høyere de siste 4 årene enn tidligere i perioden 2013-24. Data fra eget sykehus kan også være av interesse ved ytre faktorer som kan påvirke hvem som søker helsehjelp ved mulig hjerteinfarkt, som for eksempel i forbindelse med covid-19-pandemien.

For å hente ut egne data må en være logget inn i hjerteinfarktregisteret. «Rapporter» er ett av valgene i den horisontale menyen øverst på siden og åpner en side der en må velge hva en vil se på og trykke «lag rapport». Deretter må en velge perioden en vil se på og under «segmentering» endre fra måned til år om en vil sammenligne utviklingen over flere år. Stolpedia-

grammene i rapportfunksjonen ledsages av en tabell som angir antall registreringer i hver kategori. Ved å holde musepekeren over en av stolpene kan en se hvilken prosentandel dette svaralternativet utgjør.

Under avanserte valg er det mulig å avgrense utvalget til en aldersgruppe og/eller til bare menn eller bare kvinner. Figur 2 viser årlig fordeling av BMI for alle pasienter med hjerteinfarkt ved vårt sykehus, men ved å dele inn etter kjønn og alder ser det ut til at overvekt og fedme er en særlig utfordring for menn under 70 år. Langt flere menn og kvinner over 70 år med hjerteinfarkt var normalvektige (tabell 1), og kun 0,2 % av menn under 70 år var undervektige mot 4,5 % av kvinner over 70 år. Hvis en ser på røykestatus på samme måten, kan røyking i dataene fra vårt sykehus se ut til å være en særlig viktig risikofaktor for kvinner som får hjerteinfarkt før 70 års alder (tabell 2). Andelen som røyker er klart lavere hos både kvinner og menn over 70 år enn hos pasienter under 70 år med hjerteinfarkt.

Tabell 1. Årlig andel normalvektige pasienter i perioden 2015-24 delt inn etter kjønn og alder.

	Andel normalvektige	Antall registreringer
Alle med hjerteinfarkt	27,3-30,7 %	1356-1927
Menn under 70 år	18,3-22,8 %	577-892
Kvinner under 70 år	24,0-35,3 %	158-260
Menn 70 år og eldre	33,0-39,1 %	384-531
Kvinner 70 år og eldre	38,1-45,6 %	213-305

Tabell 2. Årlig andel pasienter som røyker i perioden 2015-24 delt inn etter kjønn og alder.

	Andel røykere	Antall registreringer
Alle med hjerteinfarkt	24,4-33,4 %	1362-1951
Menn under 70 år	31,9-41,9 %	580-907
Kvinner under 70 år	35,4-50,5 %	158-264
Menn 70 år og eldre	10,6-16,9 %	385-535
Kvinner 70 år og eldre	13,1-21,5 %	214-308

Beskrivelsen av hvordan diagrammer kan lages er hentet fra hjerteinfarktregisteret, men skal i prinsippet gjelde alle registerne som administreres av Helse Midt-Norge ettersom disse skal over på en felles mal for innregistrering og behandling av data. Hjerteinfarktregisteret ble flyttet til den nye plattformen 11.12.2024. Etter migreringen er det dessverre blitt langt vanskeligere å laste ned en datadump med egne registreringer i en spesifisert tidsperiode, men det er fortsatt mulig ved å bruke fanen «Skjema» og «Eksporter skjema». Uttrekket kan avgrenses ved filtrene alder og kjønn, og nedlastede filer åpnes med 7-Zip og oppgitt passord. Det er ikke lenger mulig å avgrense uttrekket til bare STEMI eller NSTEMI slik en kunne på tidligere plattform. Det ville også ha vært nyttig å kunne sortere på type hjerteinfarkt under rapporter, men det var ikke mulig før migreringen og vil neppe bli innført ettersom Helse Midt-Norges teknologiforetaks langsiktige mål er å utvikle rapporter i et annet format (Rapporteket).

Referanser

1. Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) - Lovdata <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-43>
2. Registeroversikt - Nasjonalt Servicemiljø for Medisinske kvalitetsregistre <https://www.kvalitetsregistre.no/registeroversikt/>
3. Schuster P, Torsvik E, Skåre K et al. AblaNor - et register i sitt 3. år. Hjerteforum 2023; 4: 48-55.
4. Schuster P, Vavik V, Torsvik E et al. AblaNor 2023 oppsummert og noe om AVNRT. 2024; 3: 50-54.
5. Auensen A, Anfinnsen O-G. Komplikasjoner etter ablasjon i Norge - hva viser AblaNor? Hjerteforum 2024; 4: 40-46.
6. Norsk hjertesviktregister 2022 - med et blick. Hjerteforum 2023; 4: 57.
7. Norsk hjertesviktregister 2023 - med et blick. Hjerteforum 2024; 4: 48.
8. Steen T. Pacemaker- og ICD-statistikk 2023. Hjerteforum 2024; 3: 37-46.
9. Govatsmark RES. Nøkkeltall om hjerteinfarkt - Norge 2022. Hjerteforum 2023; 4: 56

