

Datadefinitioner

Dansk Hjerterehabileringsdatabase - DHRD

Datadefinitioner

Udgiver:
Dansk Hjerterehabiteringsdatabase (DHRD) -
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)
Hedeager 3
8200 Aarhus N

www.rkkp.dk

Version 3.0
Versionsdato: 22.01.2025

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

Introduktion	4
1. Populationen	4
2. Indikatorer	7
Sammenhængen mellem rehabiliteringsforløbet og indikatorerne	8
Indikator 1. Ambulant opfølgning	9
Indikator 2. Deltagelse i rehabilitering	10
Indikator 3a. Kostoscreening	11
Indikator 3b. Diætbehandling	12
Indikator 4a. Angst/depressionsscreening	13
Indikator 4b. Angst/depressionsscreening	15
Indikator 5. Stigning i arbejdskapacitet	17
Indikator 6a. Ophør med rygning – 12 mdr.	18
Indikator 6b. Ophør med rygning - 6-18 mdr. – ikke aktiv	20
Indikator 7a. Opnåelse af LDL-mål – 6 mdr.	21
Indikator 7b. Opnåelse af LDL mål – 6-18 mdr.	22
Indikator 8a. Opnåelse af blodtryksmål – 6 mdr.	23
Indikator 8b. Opnåelse af blodtryksmål - 6-18 mdr. - ikke aktiv	24
Indikator 9. Patienter med DM2 i behandling med GLP-1 eller SGLT-2	25
Indikator 10. Årsstatus i almen praksis – ikke aktiv	26
3. Ændringslog	27
Bilag 1. Optageområder for sygehuse	29
Bilag 2. Kodeliste – Sygehuse	33
Bilag 3. Diætbehandling eller diætvejledning	35
Bilag 4. WHO5 og MD2/ASS2 beskrivelse	37

Introduktion

DHRD omfatter patienter med AMI-diagnose, PCI eller CABG på en hjerteafdeling fra 1.1.2023 og frem (og *ikke* allerede har AMI-diagnose, PCI eller CABG procedure inden for 12 måneder forud). Det initiale forløb med AMI-diagnosen, PCI eller CABG kaldes indeksforløbet.

Indikatorerne opgøres ud fra aktivitet under en af de relevante A-diagnoser inden for en vis opfølgningstid efter udskrivelse fra indeksforløbet. Aktiviteten skal være indberettet fra enten sygehusene eller kommunerne med en dato inden for opfølgningstiden. Hvilke A-diagnosekoder og procedurekoder (dvs. aktiviteter) der tæller for sygehusene, fremgår af datadefinitionerne. Indikatorerne kan først opgøres efter udløb af opfølgningstiden.

1. Populationen

Patientpopulationen defineres som personer, der har haft en kontakt på en hjerteafdeling med:

- Gyldigt dansk CPR
 - Bopæl i Danmark
 - Alder ≥ 18 år ved start på indexforløb
 - A-diagnose AMI (DI210*, DI211*, DI213*, DI214, DI219, DI248*, DI249) eller
 - Procedurekode PCI (KFNG*) eller
 - Procedurekode CABG (KFNA*, KFNB*, KFNC*, KFND*, KFNE*, KFNF*)
- Symbolet * betyder inkl. alle underkoder

Eksklusionskriterier:

- Inkluderet i databasen ≤ 12 mdr. før aktuel kontakt
- Død ≤ 14 dage efter indexforløb
- Kontakt på hjertemedicinsk afdeling med hjertesvigt (DI50*) som A-diagnose +/- 365 dage fra indexevent

Etablering af indexevent og indexforløb

Indexevent:

Den hospitalskontakt, der medfører, at patienten inkluderes i DHRD på baggrund af AMI-diagnose eller PCI/CABG-procedure, benævnes indexevent.

Indexforløb:

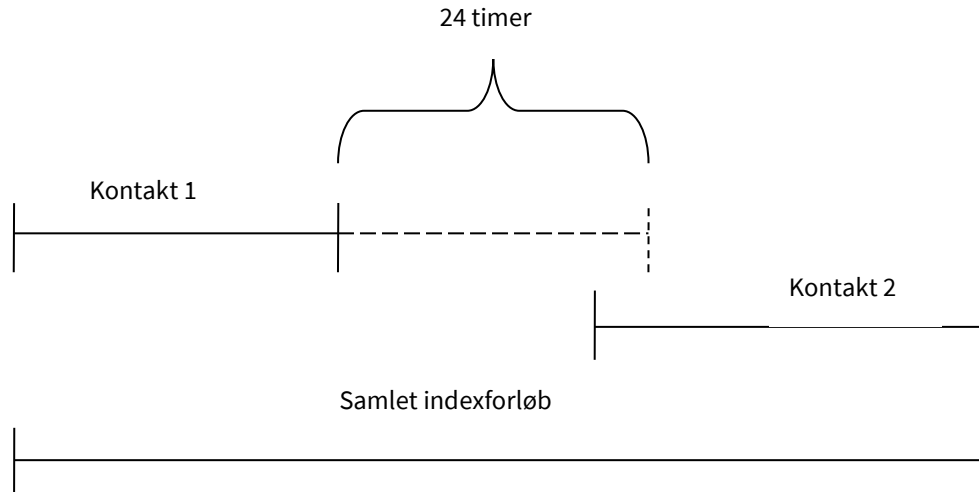
Patientens indexevent kan indebære overflytninger mellem flere hospitalsenheder og/eller afdelinger. De samlede hospitalskontakter anses i den forbindelse som ét indexforløb.

Ved etablering af indexforløb kobles kontakter, hvor afslutningstidspunktet efterfølges af en ny kontakt med starttidspunkt indenfor 24 timer, til samme indexforløb (figur 1). Sammenkoblingen sker, uanset hvilket speciale afdelingerne tilhører.

Opfølgningstiden for indikatorerne starter ved indexforløbets afslutningsdato, som beregnes automatisk via landspatientregisteret. For enkelte indikatorer kan opfølgningstiden også inkludere indexforløbet, hvis behandlingen/undersøgelsen kan foregå på sygehuset inden udskrivelse. Det vil i alle tilfælde være beskrevet i datadefinitionen for den enkelte indikator.

Indexforløbets afslutningsdato afgør, hvilken opgørelsesperiode forløbet indgår i. Det tilstræbes, at indexforløbets afslutningsdato oplyses til kommunen i den kliniske korrespondance/genoptræningsplan mhp. at kommunerne kan følge, hvorvidt de leverer de krævede ydelser indenfor de fastsatte tidsgrænser som beskrevet i datadefinitionerne for indikatorerne.

Figur 1. Dannelse af indexforløb i LPR



Nogle forløb vil indebære, at patienten indenfor en periode har flere forløb med diagnoser/procedurer, der alle kunne udgøre et indexforløb. For at imødekomme dette, er der et forløbshierarki, hvor forekomsten af et højere forløb indenfor 30 dage overruler det initiale forløb. Hierarkiet er:

1. CABG
2. PCI
3. AMI

Dette skal forhindre, at patientens opfølgningstid starter før patienten reelt er færdigbehandlet og klar til rehabilitering. Et eksempel kan være, at patienten først har et indlæggelsesforløb grundet AMI, udskrives, for 2 uger efter at blive behandlet med PCI. I det tilfælde bliver patienten inkluderet i DHRD på baggrund af PCI-behandlingen, og opfølgningstiden starter ved afslutningsdatoen for sidste kontakt i PCI-forløbet.

Sådan fordeles patienterne til en hospitalsenhed

Patienter, der inkluderes i databasen, skal indgå i indikatoropgørelsen for den hospitalsenhed, der var ansvarlig for hjerterehabiliteringen. Nedenstående algoritme beskriver, hvordan patienterne allokeres.

Scenarier	Allokeres til
Indexforløb inkluderer en eller flere kontakter til patientens hjemsygehus.	Hjerteafdeling på hjemsygehus, hvor den første inkluderende kontakt er registreret.
Indexforløb inkluderer ikke kontakt til patientens hjemsygehus, men patienten har ≤ 3 mdr. efter afslutning af indexforløb haft kontakt (uagtet prioritet og kontaktttype) på hjemsygehus med relevant A-diagnose.	Hjerteafdeling på hjemsygehuset, hvor første relevante A-diagnose er registreret. Hvis ingen kontakt til hjerteafdeling, så første afdeling uanset speciale.
Patienten har hverken under indexforløb eller ≤ 3 mdr. efter afslutning af indexforløb haft kontakt på hjemsygehus på hjerteafdeling med inkluderende kontakt eller relevant A-diagnose	Hjerteafdeling på udesygehus, hvor den sidste relevante A-diagnose eller inkluderende kontakt er registreret.

Definitioner:

- Hjemsygehus:
Hospitalsenhed, der har patientens bopælskommune i sit optageområde (se tilhørsforhold [Bilag 1](#)).
- Udesygehus:
Hospitalsenhed, der **ikke** har patientens bopælskommune i sit optageområde.
- Relevante A-diagnoser: DI01*, DI02*, DI05*, DI06*, DI07*, DI08*, DI09*, DI10*, DI11*, DI12*, DI13*, DI15*, DI20*, DI21*, DI23*, DI24*, DI25*, DI26*, DI27*, DI28*, DI30*, DI31*, DI32*, DI34*, DI35*, DI36*, DI37*, DI38*, DI39*, DI40*, DI41*, DI42*, DI43*, DI44*, DI45*, DI46*, DI47, DI470A, DI470B, DI470C, DI470D, DI470H, DI470HA, DI470HB, DI471, DI471E*, DI471F*, DI471G, DI471H, DI51*, DI52*, DI70, DI709, DI71*, DI748, DI749, DI77*, DI78, DI789, DI79, DI790, DI95*, DI97, DI970, DI971*, DI978, DI979, DI98, DI980, DI981, DI988, DI99*, DZ034*, DZ035*, DZ941, DZ943, DZ95*, DZ50*, DZ713*.
Symbolet * betyder inkl. alle underkoder.

2. Indikatorer

Indikatornavn	Beskrivelse	Sektor	Status
1. Ambulant opfølgning	Andel patienter med AMI, CABG, PCI med ambulant opfølgning ≤ 2 uger efter udskrivelse	Hospital	Aktiv
2. Deltagelse i rehabilitering	Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der ≤ 6 mdr. efter event har deltaget i mindst et af fire specificerede kerneelementer	Hospital, kommune	Aktiv
3a. Kostscreening	Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der ≤ 3 mdr. efter event er screenet med hjertekostskema eller vurderet individuelt ved klinisk diætist	Hospital, kommune	Aktiv
3b. Diætbehandling	Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der ≤ 12 mdr. efter event har modtaget diætbehandling ved klinisk diætist	Hospital, kommune	Aktiv
4a. Angst/depressionsscreening	Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der er screenet for angst og depression ved start og afslutning på hjerterehabiliteringsforløbet	Hospital, kommune	Aktiv
4b. Angst/depressionsscreening	Andel patienter med AMI, PCI eller CABG med positiv angst og/eller depressionsscore ved start, der forbedrer score med ≥ 10 % ved afslutning	Hospital, kommune	Aktiv
5. Stigning i arbejdskapacitet	Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der stiger ≥ 10 % i arbejdskapacitet eller ≥ 30 m i 6-minutters gangtest	Hospital, kommune	Aktiv
6a. Rygning	Andel rygere med AMI, PCI eller CABG, der indenfor 12 mdr. har opfyldt behandlingsmål for rygestatus	Hospital, kommune	Aktiv
6b. Rygning	Andel rygere med AMI, PCI eller CABG, der indenfor 6-18 mdr. har opfyldt behandlingsmål for rygestatus	Hospital, kommune og almen praksis	Ikke aktiv
7a. Opnåelse af LDL-mål	Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der indenfor 6 mdr. har opfyldt behandlingsmål for LDL-kolesterol	Hospital	Aktiv
7b. Opnåelse af LDL-mål	Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der indenfor 6-18 mdr. har opfyldt behandlingsmål for LDL-kolesterol	Hospital og almen praksis	Aktiv
8a. Opnåelse af blodtryksmål	Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der indenfor 6 mdr. har opfyldt behandlingsmål for blodtryk	Hospital	Aktiv
8b. Opnåelse af blodtryksmål	Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der indenfor 6-18 mdr. har opfyldt behandlingsmål for blodtryk	Hospital og almen praksis	Ikke aktiv
9. Diabetes	Andel patienter med AMI, PCI eller CABG og DM2, der er i behandling med GLP-1 eller SGLT-2	Hospital og almen praksis	Aktiv
10. Årsstatus	Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der indenfor 6-18 mdr. har fået foretaget årsstatus i almen praksis	Almen praksis	Ikke aktiv

Sammenhængen mellem rehabiliteringsforløbet og indikatorerne

I skemaet herunder er angivet, hvordan aktiviteter i forskellige perioder af rehabiliteringsforløbet relaterer sig til indikatoropfølgningen. Indikatoren "opnåelse af LDL-mål", der indhentes automatisk via laboratorieregisteret, samt inaktive indikatorer er ikke med i skemaet.

Tid fra udskrivelse	Aktivitet	Ansvarlig	Indikator
0-14 dage	Patientkontakt	Sygehus	1. Ambulant opfølgning
0-3 måneder	Kostscreening Angst/depr.screening ved start Arbejdstest ved start Rygestatus ved start	Sygehus eller kommune	3a. Kostscreening 3b. Diætbehandling 4a. Angst/depr.screening 4b. Angst/depr.screening 5. Stigning i arbejdskapacitet 6. Ophør med rygning
0-6 måneder	Fysisk træning Patientundervisning Diætbehandling Rygestopintervention Blodtryksmåling	Sygehus eller kommune (blodtryk altid sygehus)	2. Deltagelse i rehabilitering 8. Opnåelse af blodtryksmål
0-12 måneder	Diætbehandling	Sygehus eller kommune	3b. Diætbehandling
3-12 måneder	Angst/depr.screening ved afslutning Arbejdstest ved afslutning Rygestatus ved afslutning	Sygehus eller kommune	4a. Angst/depr.screening 4b. Angst/depr.screening 5. Stigning i arbejdskapacitet 6. Ophør med rygning
6-18 måneder	Behandling med GLP1/SGLT2	Sygehus eller almen praksis	9. Diabetes

Indikator 1. Ambulant opfølgning

Indikatorområde	Indikator	Data kilde	Indikatorberegning
Ambulant opfølgning	Andel patienter med AMI, CABG, PCI med ambulant opfølgning ≤ 2 uger efter udskrivelse	LPR	Tæller: Patienter med ambulant opfølgning ≤ 2 uger efter udskrivelse Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG

Beskrivelse

- Patienter med AMI, PCI eller CABG, der har ambulant opfølgning ≤ 2 uger fra afslutningsdato af indexforløb. Første ambulante opfølgning betragtes som en sygeplejerske- eller lægekontakt i et hjertemedicinsk ambulatorium med relevant A-diagnose.

Kodning - Sygehus

Indikatoren opgøres på baggrund af A-diagnosekoder og procedurekoder i landspatientregisteret

- Hospitalskontakt (fysisk fremmøde, udekontakt (hjemmebesøg eller udebesøg), virtuel kontakt (telefon eller videokonsultation)) med relevant A-diagnosekode
- Relevante A-diagnoser: DI01*, DI02*, DI05*, DI06*, DI07*, DI08*, DI09*, DI10*, DI11*, DI12*, DI13*, DI15*, DI20*, DI21*, DI23*, DI24*, DI25*, DI26*, DI27*, DI28*, DI30*, DI31*, DI32*, DI34*, DI35*, DI36*, DI37*, DI38*, DI39*, DI40*, DI41*, DI42*, DI43*, DI44*, DI45*, DI46*, DI47, DI470A, DI470B, DI470C, DI470D, DI470H, DI470HA, DI470HB, DI471, DI471E*, DI471F*, DI471G, DI471H, DI51*, DI52*, DI70, DI709, DI71*, DI748, DI749, DI77*, DI78, DI789, DI79, DI790, DI95*, DI97, DI970, DI971*, DI978, DI979, DI98, DI980, DI981, DI988, DI99*, DZ034*, DZ035*, DZ941, DZ943, DZ95*, DZ50*, DZ713*. Symbolet * betyder inkl. alle underkoder.

Tidsgrænser

- Kontaktens startdato ≤ 2 uger efter afslutningsdato for indexforløb

Indikator 2. Deltagelse i rehabilitering

Indikatorområde	Indikator	Data kilde	Indikatorberegning
Deltagelse i rehabilitering	Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der ≤ 6 mdr. efter event har deltaget i mindst et af følgende elementer: fysisk træning, patientundervisning, diæt behandling ved klinisk diætist eller rygestop intervention	LPR, Kommuner	Tæller: Patienter, der ≤ 6 mdr. efter indexforløb har deltaget i mindst et af følgende elementer: fysisk træning, patientundervisning, diæt behandling ved klinisk diætist eller rygestop intervention Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG

Beskrivelse

- Indikatoren er opfyldt ved deltagelse i mindst et af fire specificerede kerneelementer af rehabiliteringsindsatsen på sygehus eller kommunalt.

Kodning – Sygehuse

- Hospitalskontakt (fysisk fremmøde, udekontakt (hjemmebesøg eller udebesøg), virtuel kontakt (telefon eller videokonsultation)) med relevant A-diagnosekode og procedure- eller tillægskode for mindst én af følgende:
 - Fysisk træning: AWG1, AWG2, BLKZ*, BLNA*, BLNR*, BZFB0,
 - Patientundervisning: BZFA00*, BVDH, BVDS, BVDY0*, BZFC8
 - Diætbehandling: BUG*, BUBD, BUBD0, BUBD1
 - Relevante A-diagnoser: DI01*, DI02*, DI05*, DI06*, DI07*, DI08*, DI09*, DI10*, DI11*, DI12*, DI13*, DI15*, DI20*, DI21*, DI23*, DI24*, DI25*, DI26*, DI27*, DI28*, DI30*, DI31*, DI32*, DI34*, DI35*, DI36*, DI37*, DI38*, DI39*, DI40*, DI41*, DI42*, DI43*, DI44*, DI45*, DI46*, DI47, DI470A, DI470B, DI470C, DI470D, DI470H, DI470HA, DI470HB, DI471, DI471E*, DI471F*, DI471G, DI471H, DI51*, DI52*, DI70, DI709, DI71*, DI748, DI749, DI77*, DI78, DI789, DI79, DI790, DI95*, DI97, DI970, DI971*, DI978, DI979, DI98, DI980, DI981, DI988, DI99*, DZ034*, DZ035*, DZ941, DZ943, DZ95*, DZ50*, DZ713*. Symbolet * betyder inkl. alle underkoder.

Indberetning - Kommuner

- Indberetning for deltagelse samt dato for første deltagelse i mindst én af følgende
 - Fysisk træning
 - Patientundervisning
 - Diætbehandling
 - Rygestopintervention

Tidsgrænser

- Procedurekode eller kommunal registrering ≤ 6 mdr. efter afslutningsdato for indexforløb

Indikator 3a. Kostscreening

Indikatorområde	Indikator	Data kilde	Indikatorberegning
Kostscreening	Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der ≤ 3 mdr. efter event er screenet med hjertekostskema eller vurderet individuelt ved klinisk diætist	LPR, Kommuner	Tæller: Patienter, der ≤ 3 mdr. efter indexforløb er screenet med hjertekostskema eller vurderet individuelt ved klinisk diætist Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG

Beskrivelse

- Indikatoren er opfyldt, når der er registreret kostscreening med Hjertekostskema (på sygehus eller kommunalt) eller er foretaget individuel vurdering ved klinisk diætist (kommunalt) ≤ 3 mdr. efter AMI, PCI eller CABG.

Kodning - Sygehuse

- Hospitalskontakt (fysisk fremmøde, udekontakt (hjemmebesøg eller udebesøg), virtuel kontakt (telefon eller videokonsultation)) med relevant A-diagnose og procedurekode for screening med hjertekostskema.
 - Hjertekostskema**
 - "ZZV020L1 - Vurdering med hjertekostskema, fedtscore" + værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0100 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005, 10 = VPH0010 eller 100 = VPH0100)
 - og
 - "ZZV020L2 - Vurdering med hjertekostskema, FiskFrugtGrønt-score" + værdikode (tillægskode) for resultat : VPH0000-VPH0100 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005, 10 = VPH0010 eller 100 = VPH0100)
- Relevante A-diagnoser: DI01*, DI02*, DI05*, DI06*, DI07*, DI08*, DI09*, DI10*, DI11*, DI12*, DI13*, DI15*, DI20*, DI21*, DI23*, DI24*, DI25*, DI26*, DI27*, DI28*, DI30*, DI31*, DI32*, DI34*, DI35*, DI36*, DI37*, DI38*, DI39*, DI40*, DI41*, DI42*, DI43*, DI44*, DI45*, DI46*, DI47, DI470A, DI470B, DI470C, DI470D, DI470H, DI470HA, DI470HB, DI471, DI471E*, DI471F*, DI471G, DI471H, DI51*, DI52*, DI70, DI709, DI71*, DI748, DI749, DI77*, DI78, DI789, DI79, DI790, DI95*, DI97, DI970, DI971*, DI978, DI979, DI98, DI980, DI981, DI988, DI99*, DZ034*, DZ035*, DZ941, DZ943, DZ95*, DZ50*, DZ713*.

Symbolet * betyder inkl. alle underkoder.

Indberetning – Kommuner

- Indberetning af resultat af kostscreening (hhv. Fedtscore og FiskFrugtGrønt-score) eller resultat af individuel vurdering/screening ved klinisk diætist samt dato for gennemførelse.

Tidsgrænser

- Procedurekode under indexforløb eller procedurekode/kommunal registrering ≤ 3 mdr. efter afslutningsdato for indexforløb.

Indikator 3b. Diætbehandling

Indikatorområde	Indikator	Data kilde	Indikatorberegning
Diætbehandling	Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der ≤ 12 mdr. efter event har modtaget diætbehandling ved klinisk diætist	LPR, kommuner	Tæller: Patienter, der ≤ 12 mdr. efter indexforløb har modtaget diætbehandling ved klinisk diætist Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG med positiv kostscreening

Beskrivelse

- Indikatoren er opfyldt, når der er givet diætbehandling ved en klinisk diætist ≤ 12 mdr. efter AMI, PCI eller CABG til patienter med positiv kostscreening, uanset hvornår kostscreeningen er foretaget indenfor 12 mdr. efter indexforløb. Positiv kostscreening er enten hjertekostskema score < 75% (enten Fedtscoren eller FiskFrugtGrøntscoren) eller vurdering af behov for diætbehandling ved klinisk diætist i kommune. Diætbehandling ved klinisk diætist opgøres på baggrund af aktivitetsregistrering fra sygehuse og indtastninger fra kommuner.

Kodning - Sygehuse

- Modtaget diætbehandling
 - Dokumenteres i hospitalskontakt (fysisk fremmøde, udekontakt (hjemmebesøg eller udebesøg), virtuel kontakt (telefon eller videokonsultation)) med relevant A-diagnosekode (se oversigt) og procedurekode for diætbehandling (BUG*, BUBD, BUBD0 og BUBD1)
- Relevante A-diagnoser: DI01*, DI02*, DI05*, DI06*, DI07*, DI08*, DI09*, DI10*, DI11*, DI12*, DI13*, DI15*, DI20*, DI21*, DI23*, DI24*, DI25*, DI26*, DI27*, DI28*, DI30*, DI31*, DI32*, DI34*, DI35*, DI36*, DI37*, DI38*, DI39*, DI40*, DI41*, DI42*, DI43*, DI44*, DI45*, DI46*, DI47, DI470A, DI470B, DI470C, DI470D, DI470H, DI470HA, DI470HB, DI471, DI471E*, DI471F*, DI471G, DI471H, DI51*, DI52*, DI70, DI709, DI71*, DI748, DI749, DI77*, DI78, DI789, DI79, DI790, DI95*, DI97, DI970, DI971*, DI978, DI979, DI98, DI980, DI981, DI988, DI99*, DZ034*, DZ035*, DZ941, DZ943, DZ95*, DZ50*, DZ713*.

Symbolet * betyder inkl. alle underkoder.

Indberetning – Kommuner

- Indberetning i indtastningsskema for diætbehandling ved en klinisk diætist samt dato for første deltagelse hvis borgeren har positiv kostscreening (Hjertekostskema < 75% (i Fedtscoren eller i FiskFrugtGrøntscoren) eller vurdering af behov for diætbehandling ved klinisk diætist i kommune).

Tidsgrænser

- Procedurekode eller kommunal registrering ≤ 12 mdr. efter afslutningsdato for indexforløb

Øvrigt

- Se [bilag 3](#) for beskrivelse af forskelle imellem diætbehandling eller diætvejledning

Indikator 4a. Angst/depressionsscreening

Indikatorområde	Indikator	Data kilde	Indikatorberegning
Angst/ Depressionsscreening	Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der er screenet for angst og depression ved start og afslutning på hjerterehabiliteringsforløbet	LPR, kommune r, National KIH database	Tæller: Patienter, der er screenet for angst og depression ved start (< 3 mdr.) og afslutning (> 3 mdr. og ≤12 mdr.) på hjerterehabiliteringsforløbet Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG

Beskrivelse

- Screening ved start er opfyldt, når der i perioden 0-3 mdr. fra AMI, PCI eller CABG er registreret screening og en scoreværdi for screening for angst og depression. Screening ved afslutning er opfyldt, når der ≥ 3 mdr. og ≤ 12 mdr. efter AMI, PCI eller CABG er registreret en screening for angst og depression og en scoreværdi.

Kodning – Sygehuse

- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) eller WHO5 og MDI2/ASS2 registreres med hospitalskontakt (fysisk fremmøde, udekontakt (hjemmebesøg eller udebesøg), virtuel kontakt (telefon eller videokonsultation)) med relevant A-diagnosekode (se oversigt) og procedurekode for screening for angst og depression:
 - HADS
 - "ZZV020R1 - Vurdering af angst med HADS-A skala" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0021 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005 eller 21 = VPH0021)
 - "ZZV020R2 - Vurdering af depression med HADS-D skala" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0021 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005 eller 21 = VPH0021)
 - WHO5 og MDI2/ASS2
 - "ZZV020S - Vurdering efter WHO-5 Trivselsindeks" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0100 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005 eller 15 = VPH0015)
 - "ZZV020R3A - MDI-2: trist til mode, ked af det" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0005 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005)
 - "ZZV020R3B - MDI-2: interesse for dine daglige gøremål og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0005 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005)
 - "ZZV020R4A - ASS-2, nervøs: anspændt eller følt indre uro" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0005 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005)
 - "ZZV020R4B - ASS-2: meget bekymret over selv de mindste ting i dagligdag" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0005 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005)
- Relevante A-diagnoser: DI01*, DI02*, DI05*, DI06*, DI07*, DI08*, DI09*, DI10*, DI11*, DI12*, DI13*, DI15*, DI20*, DI21*, DI23*, DI24*, DI25*, DI26*, DI27*, DI28*, DI30*, DI31*, DI32*, DI34*, DI35*, DI36*, DI37*, DI38*, DI39*, DI40*, DI41*, DI42*, DI43*, DI44*, DI45*, DI46*, DI47, DI470A, DI470B, DI470C, DI470D, DI470H, DI470HA, DI470HB, DI471, DI471E*, DI471F*, DI471G, DI471H, DI51*, DI52*, DI70, DI709, DI71*, DI748, DI749, DI77*, DI78, DI789, DI79, DI790, DI95*, DI97, DI970, DI971*, DI978, DI979, DI98, DI980, DI981, DI988, DI99*, DZ034*, DZ035*, DZ941, DZ943, DZ95*, DZ50*, DZ713*.

Symbolet * betyder inkl. alle underkoder.

- Indberetning til national KIH database med WHO+ASS2/MDI2 resultater samt dato for screening

Indberetning – Kommuner

- Indberetning af HADS resultat i indtastningsskema (hhv. angst score og depressions score) samt dato for start- og slutscreening.
- Indberetning af WHO+ASS2/MDI2 resultat til national KIH database samt dato for screening.

Tidsgrænser

- Start: Procedurekode under indexforløb eller procedurekode/kommunal registrering ≤ 3 mdr. efter afslutning af indexforløb.
- Afslutning: Procedurekode eller kommunal registrering >3 mdr og ≤ 12 mdr. efter afslutning af indexforløb

Øvrigt

- Hvis angst/depressionsscreening sker med PRO løsning, stilles der ikke krav om samtidig manuel registrering af de samme oplysninger i kommunerne via Hjertesyd/HjerteKomMidt, eller elektronisk patientjournal på hospitalerne. DHRD accepterer, at der vil være ukomplette data for indikatoren i en overgangsperiode. Læs mere om overgangen til PRO på [SundK](#).
- Se [bilag 4](#) for beskrivelse af WHO5 og MDI2/ASS2
- For omregning af WHO5-ASS2/MDI2 resultat til HADS – se: www.who5-hads.dk

Indikator 4b. Angst/depressionsscreening

Indikatorområde	Indikator	Data kilde	Indikatorberegning
Angst/ Depressions- screening	Andel patienter med AMI, PCI eller CABG med positiv angst og/eller depressionsscore ved start, der forbedrer score med $\geq 10\%$ ved afslutning	LPR, Kommuner, National KIH database	Tæller: Patienter, der forbedrer score med $\geq 10\%$ ved afslutning Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG med positiv angst og/eller depressionsscore ved start

Beskrivelse

- Indikatoren er opfyldt, når første screening er positiv (HADS depressionsscore ≥ 8 og/eller HADS angstscore ≥ 8), og der foreligger screening for angst og depression ved afslutning og scoreværdien er faldet mindst 10% ved afslutning af forløbet. Værdier for WHO5 samt MDI2 og ASS2 omregnes til HADS score.

Kodning – Sygehuse

- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) eller WHO5 og MDI2/ASS2 registreres med hospitalskontakt (fysisk fremmøde, udekontakt (hjemmebesøg eller udebesøg), virtuel kontakt (telefon eller videokonsultation)) med relevant A-diagnosekode (se oversigt) og procedurekode for angst og depressionsscore:
 - HADS
 - "ZZV020R1 - Vurdering af angst med HADS-A skala" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0021 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005 eller 21 = VPH0021)
 - "ZZV020R2 - Vurdering af depression med HADS-D skala" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0021 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005 eller 21 = VPH0021)
 - WHO5 og MDI2/ASS2
 - "ZZV020S - Vurdering efter WHO-5 Trivselsindeks" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0100 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005 eller 15 = VPH0015)
 - "ZZV020R3A - MDI-2: trist til mode, ked af det" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0005 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005)
 - "ZZV020R3B - MDI-2: interesse for dine daglige gøremål" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0005 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005)
 - "ZZV020R4A - ASS-2, nervøs: anspændt eller følt indre uro" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0005 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005)
 - "ZZV020R4B - ASS-2: meget bekymret over selv de mindste ting i dagligdag" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0005 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005)
- Relevante A-diagnoser: DI01*, DI02*, DI05*, DI06*, DI07*, DI08*, DI09*, DI10*, DI11*, DI12*, DI13*, DI15*, DI20*, DI21*, DI23*, DI24*, DI25*, DI26*, DI27*, DI28*, DI30*, DI31*, DI32*, DI34*, DI35*, DI36*, DI37*, DI38*, DI39*, DI40*, DI41*, DI42*, DI43*, DI44*, DI45*, DI46*, DI47, DI470A, DI470B, DI470C, DI470D, DI470H, DI470HA, DI470HB, DI471, DI471E*, DI471F*, DI471G, DI471H, DI51*, DI52*, DI70, DI709, DI71*, DI748, DI749, DI77*, DI78, DI789, DI79, DI790, DI95*, DI97, DI970, DI971*, DI978, DI979, DI98, DI980, DI981, DI988, DI99*, DZ035*, DZ034*, DZ941, DZ943, DZ95*, DZ50*, DZ713*.
 Symbolet * betyder inkl. alle underkoder.
- Indberetning til national KIH database med WHO+ASS2/MDI2 resultater samt dato for screening

Indberetning – Kommuner

- Indberetning af indtastningsskema for HADS score (hhv. angst score og depressions score) samt dato for start- og slutscreening.
- Indberetning til national KIH database med WHO+ASS2/MDI2 resultat samt dato for screening

Tidsgrænser

- Start: Procedurekode under indexforløb eller procedurekode/kommunal registrering ≤ 3 mdr. efter afslutningsdato for indexforløb.
- Afslutning: Procedurekode eller kommunal registrering >3 mdr. og ≤ 12 mdr. efter afslutningsdato for indexforløb

Algoritme regler

- Start: Ved flere registrerede screeninger anvendes det højeste resultat
- Afslutning: Ved flere registrerede screeninger anvendes det laveste resultat

Øvrigt

- Hvis angst/depressionsscreening sker med PRO løsning, stilles der ikke krav om samtidig manuel registrering af de samme oplysninger i kommunerne via Hjertesyd/HjerteKomMidt, eller elektronisk patientjournal på hospitalerne. DHRD accepterer, at der vil være ukomplette data for indikatoren i en overgangsperiode. Læs mere om overgangen til PRO på [SundK](#).
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) er udviklet til screening for angst og depression i sundhedsvæsenet. Instrumentet består af 14 spørgsmål, 7 udsagn relateret til generaliseret angst og 7 til depression. Resultatet af HADS screeningen kan være: For HADS-A: Ingen tegn på angst (HADS-A < 8); Mulig angst (HADS-A 8-10); Stor sandsynlighed for angst (HADS-A > 10). For HADS-D: Ingen tegn på depression (HADS-D < 8); Mulig depression (HADS-D 8-10); Stor sandsynlighed for depression (HADS-D > 10)
- Se [bilag 4](#) for beskrivelse af WHO5 og MDI2/ASS2
- For omregning af WHO5-ASS2/MDI2 resultat til HADS – se: www.who5-hads.dk
- Ved manglende oplysning om resultat af start- og/eller slut screening er indikatoren uoplyst

Indikator 5. Stigning i arbejdskapacitet

Indikatorområde	Indikator	Data kilde	Indikatorberegning
Stigning i arbejdskapacitet	Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der stiger $\geq 10\%$ i arbejdskapacitet eller ≥ 30 m i 6-minutters gangtest	LPR, Kommuner	Tæller: Patienter der stiger $\geq 10\%$ i arbejdskapacitet eller ≥ 30 m i 6-minutters gangtest Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG

Beskrivelse

- Indikatoren er opfyldt, når der foreligger test af arbejdskapacitet med samme validerede målemetode ved opstart og ved afslutning af forløb, og der registreres en stigning i arbejdskapacitet på mindst 10 % fra start til afslutning målt i watt ved arbejdstest på ergometercykel eller løbebånd, eller der er registreret en stigning på mindst 30 meter fra opstart til afslutning målt ved 6 minutters gangtest.

Kodning - Sygehus

- Dokumenteres i hospitalskontakt (fysisk fremmøde) med relevant A-diagnosekode (se oversigt) og procedurekode for symptomlimeret test eller 6-minutters gangtest ved rehabiliteringsstart (0-3 mdr.) og afslutning (3-12 mdr.).
 - Symptomlimeret test**
 - "ZZ3930 – Arbejds-EKG" eller "ZZ3931 – Arbejds-EKG med iltmåling" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000. (f.eks. kodes en værdi på 90 watt: VPH0090 eller 110 watt: VPH0110)
 - 6-minutters gangtest**
 - "ZZ5080B - 6-minutters gangtest, meter" og værdikode (tillægskode) for meter VPH000 (f.eks. kodes et resultat på 40 meter: VPH0040 eller 200 meter: VPH0200)
 - Relevante A-diagnoser: DI01*, DI02*, DI05*, DI06*, DI07*, DI08*, DI09*, DI10*, DI11*, DI12*, DI13*, DI15*, DI20*, DI21*, DI23*, DI24*, DI25*, DI26*, DI27*, DI28*, DI30*, DI31*, DI32*, DI34*, DI35*, DI36*, DI37*, DI38*, DI39*, DI40*, DI41*, DI42*, DI43*, DI44*, DI45*, DI46*, DI47, DI470A, DI470B, DI470C, DI470D, DI470H, DI470HA, DI470HB, DI471, DI471E*, DI471F*, DI471G, DI471H, DI51*, DI52*, DI70, DI709, DI71*, DI748, DI749, DI77*, DI78, DI789, DI79, DI790, DI95*, DI97, DI970, DI971*, DI978, DI979, DI98, DI980, DI981, DI988, DI99*, DZ034*, DZ035*, DZ941, DZ943, DZ95*, DZ50*, DZ713*.
- Symbolet * betyder inkl. alle underkoder.

Indberetning – Kommuner

- Indberetning af arbejdstest resultat i indtastningsskema (enten Watt-max test eller 6-minutters gangtest) samt datoer for gennemførsel af start- og slut test.

Tidsgrænser

- Start: Procedurekode under indexforløb eller procedurekode/kommunal registrering ≤ 3 mdr. efter afslutningsdato for indexforløb.
- Afslutning: Procedurekode eller kommunal registrering >3 mdr. og ≤ 12 mdr. efter afslutning af indexforløb

Algoritme regler

- Start: Ved flere registrerede screeninger anvendes test med laveste resultat
- Afslutning: Ved flere registrerede screeninger anvendes test med højeste resultat

Indikator 6a. Ophør med rygning – 12 mdr.

Indikatorområde	Indikator	Data kilde	Indikatorberegning
Ophør med rygning	Andel rygere med AMI, PCI eller CABG, der ≤ 12 mdr. har opfyldt behandlingsmål for rygestatus	LPR, Kommuner	Tæller: Patienter der indenfor 12 mdr. har opfyldt behandlingsmål for rygestatus Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG, som er aktive rygere ved indexforløb

Beskrivelse

- Indikatoren er opfyldt, når rygestatus er registreret som aktiv ryger ved indexforløbet, og der er registreret ny rygerstatus som rygestopper eller tidligere ryger ved opfølgning ≤ 12 mdr. efter indexforløbet.

Kodning - Sygehuse

- Dokumenteres i hospitalskontakt (fysisk fremmøde, udekontakt (hjemmebesøg eller udebesøg), virtuel kontakt (telefon eller videokonsultation)) med relevant A-diagnosekode (se oversigt) og procedurekode for rygestatus
 - ZZP01A1A - Ryger
 - ZZP01A1B2 - Tidligere ryger
 - ZZP01A1B3 – Aldrig ryger
 - Relevante A-diagnoser: DI01*, DI02*, DI05*, DI06*, DI07*, DI08*, DI09*, DI10*, DI11*, DI12*, DI13*, DI15*, DI20*, DI21*, DI23*, DI24*, DI25*, DI26*, DI27*, DI28*, DI30*, DI31*, DI32*, DI34*, DI35*, DI36*, DI37*, DI38*, DI39*, DI40*, DI41*, DI42*, DI43*, DI44*, DI45*, DI46*, DI47, DI470A, DI470B, DI470C, DI470D, DI470H, DI470HA, DI470HB, DI471, DI471E*, DI471F*, DI471G, DI471H, DI51*, DI52*, DI70, DI709, DI71*, DI748, DI749, DI77*, DI78, DI789, DI79, DI790, DI95*, DI97, DI970, DI971*, DI978, DI979, DI98, DI980, DI981, DI988, DI99*, DZ034*, DZ035*, DZ941, DZ943, DZ95*, DZ50*, DZ713*.
- Symbolet * betyder inkl. alle underkoder.

Indberetning – Kommuner

- Resultat af rygestatus i indtastningsskema (hhv. "Ryger", "Tidligere ryger" eller "Aldrig ryger") samt dato for angivelse af rygestatus.

Rygerdefinitioner

- Ryger: ≥1 cigaret dagligt indenfor 30 dage
 - Ved event: ≥1 cigaret dagligt indenfor 30 dage fra startdato for indexforløb
 - Ved afslutning fra rehabilitering: ≥1 cigaret dagligt indenfor 30 dage fra afslutning
- Tidligere ryger: Er stoppet og har været røgfri > 1 måned
- Aldrig røget: Har aldrig røget ≥1 cigaret dagligt

Tidsgrænser

- Start: Procedurekode under indexforløb eller procedurekode/kommunal registrering ≤ 3 mdr. fra afslutning af indexforløb.
- Afslutning: Procedurekode eller kommunal registrering >3 mdr. og ≤ 12 mdr. efter afslutning af indexforløb

Algoritmeregler

- Start: Ved flere registreringer anvendes den første
- Afslutning: Ved flere registreringer anvendes den sidste

Indikator 6b. Ophør med rygning - 6-18 mdr. – ikke aktiv

Indikatorområde	Indikator	Data kilde	Indikatorberegning
Ophør med rygning	Andel rygere med AMI, PCI eller CABG, der indenfor 6-18 mdr. har opfyldt behandlingsmål for rygestatus	LPR, Kommuner, Almen praksis	Tæller: Patienter, der indenfor 6-18 mdr. har opfyldt behandlingsmål for rygestatus. Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG, som var aktive rygere ved indexforløb

Beskrivelse

- Indikatoren er ikke aktiv, da den er afhængig af data fra almen praksis

Indikator 7a. Opnåelse af LDL-mål – 6 mdr.

Indikatorområde	Indikator	Data kilde	Indikatorberegning
Opnåelse af LDL-mål	Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der indenfor 6 mdr. har opfyldt behandlingsmål for LDL-kolesterol	LPR, Laboratoriedatabasen	Tæller: Patienter, der indenfor 6 mdr. har opfyldt behandlingsmål for LDL-kolesterol Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG

Beskrivelse

Indikatoren er opfyldt, når LDL-målet er opnået under indexforløbet eller ≤ 6 mdr. efter AMI, PCI eller CABG. LDL-målet følger de nationale retningslinjer på registreringstidspunktet (Dansk Cardiologisk Selskabs nationale behandlingsvejledning).

Kodning - Sygehus

- LDL trækkes fra laboratoriedatabasen og kræver ikke manuel registrering. Følgende koder anvendes til formålet: NPU01568, NPU10171, DNK35308.

Tidsgrænser

- Laboratoriedataregistrering under indexforløb eller ≤ 6 mdr. efter afslutningsdato for indexforløb

Algoritme regler

- Ved flere registreringer ≤ 6 mdr. anvendes den seneste.

Indikator 7b. Opnåelse af LDL mål – 6-18 mdr.

Indikatorområde	Indikator	Data kilde	Indikatorberegning
Opnåelse af LDL mål	Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der indenfor 6-18 mdr. har opfyldt behandlingsmål for LDL-kolesterol	LPR, Laboratoriedatabasen	Tæller: Patienter der ved indenfor 6-18 mdr. har opfyldt behandlingsmål for LDL-kolesterol Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG

Beskrivelse

Indikatoren er opfyldt, når LDL-målet er opnået 6-18 mdr. efter AMI, PCI eller CABG i opgørelsesperioden. LDL-målet følger de nationale retningslinjer på registreringstidspunktet (Dansk Cardiologisk Selskabs nationale behandlingsvejledning).

Kodning - Sygehus

- LDL trækkes fra laboratoriedatabasen og kræver ikke manuel registrering.
Følgende koder anvendes til formålet: NPU01568, NPU10171, DNK35308

Tidsgrænser

- Laboratoriedataregistrering 6-18 mdr. efter afslutning af indexforløb

Algoritme regler

- Ved flere registreringer i perioden 6-18 mdr. anvendes den seneste.

Indikator 8a. Opnåelse af blodtryksmål – 6 mdr.

Indikatorområde	Indikator	Data kilde	Indikatorberegning
Opnåelse af blodtryksmål	Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der indenfor 6 mdr. har opfyldt behandlingsmål for blodtryk	LPR	Tæller: Patienter, der indenfor 6 mdr. har opfyldt behandlingsmål for blodtryk Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG

Beskrivelse

- Indikatoren er opfyldt, når BT-målet er opnået $\leq$ 6 mdr. efter AMI, PCI eller CABG. Ved flere registreringer $\leq$ 6 mdr. anvendes den seneste. BT-målet følger nationale retningslinjer på registreringstidspunktet (Dansk Cardiologisk Selskabs nationale behandlingsvejledning).

Kodning - Sygehus

- Dokumenteres i hospitalskontakt (fysisk fremmøde, udekontakt (hjemmebesøg eller udebesøg), virtuel kontakt (telefon eller videokonsultation)), prioritet: planlagt (elektiv) med relevant A-diagnosekode (se oversigt), procedurekode for blodtryksmåling og værdikoder for systolisk og diastolisk blodtryk.
 - Konsultationsblodtryk**
 - "ZZ3160 – Blodtryksmåling" og VPH værdikoder (tillægskoder) for systolisk og diastolisk blodtryk (f.eks. ved blodtryk 120/80: VPH0120 + VPH0080)
 - Hjemmeblodtryk**
 - "ZZ3170 - Hjemmeblodtryksmåling udført af patienten" og VPH værdikoder (tillægskoder) for systolisk og diastolisk blodtryk (f.eks. ved blodtryk 120/80: VPH0120 + VPH0080)
 - Døgnblodtryksmåling**
 - ZZ3180 - Døgn-blodtryksmåling og VPH værdikoder (tillægskoder) for systolisk og diastolisk blodtryk (gennemsnit i dagtid) (f.eks. ved blodtryk 120/80: VPH0120 + VPH0080)
- Relevante A-diagnoser: DI01*, DI02*, DI05*, DI06*, DI07*, DI08*, DI09*, DI10*, DI11*, DI12*, DI13*, DI15*, DI20*, DI21*, DI23*, DI24*, DI25*, DI26*, DI27*, DI28*, DI30*, DI31*, DI32*, DI34*, DI35*, DI36*, DI37*, DI38*, DI39*, DI40*, DI41*, DI42*, DI43*, DI44*, DI45*, DI46*, DI47, DI470A, DI470B, DI470C, DI470D, DI470H, DI470HA, DI470HB, DI471, DI471E*, DI471F*, DI471G, DI471H, DI51*, DI52*, DI70, DI709, DI71*, DI748, DI749, DI77*, DI78, DI789, DI79, DI790, DI95*, DI97, DI970, DI971*, DI978, DI979, DI98, DI980, DI981, DI988, DI99*, DZ034*, DZ035*, DZ941, DZ943, DZ95*, DZ50*, DZ713*.
 Symbolet * betyder inkl. alle underkoder.

Tidsgrænser

- Procedurekode registrering $\leq$ 6 mdr. efter afslutningsdato for indexforløb

Algoritmeregler

- Ved flere registreringer $\leq$ 6 mdr. anvendes den seneste

Indikator 8b. Opnåelse af blodtryksmål - 6-18 mdr. - ikke aktiv

Indikatorområde	Indikator	Data kilde	Indikatorberegning
Opnåelse af blodtryksmål	Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der ved indenfor 6-18 mdr. har opfyldt behandlingsmål for blodtryk	LPR	Tæller: Patienter, der indenfor 6-18 mdr. har opfyldt behandlingsmål for blodtryk. Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG

Beskrivelse

Indikatoren er ikke aktiv, da den er afhængig af data fra almen praksis.

Indikator 9. Patienter med DM2 i behandling med GLP-1 eller SGLT-2

Indikatorområde	Indikator	Data kilde	Indikatorberegning
Diabetes	Andel patienter med AMI, PCI eller CABG og DM2, der er i behandling med GLP-1 eller SGLT-2	LPR	Tæller: Patienter, der har indløst recept på GLP-1 eller SGLT-2 efter 6-18 mdr. Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG der havde DM2 diagnose ved event

Beskrivelse

Indikatoren er opfyldt, når patienter med AMI, PCI eller CABG, der samtidig har diabetes mellitus type 2 (DM2) ved event har indløst recept for en GLP-1 eller en SGLT-2 i perioden 6-18 mdr. efter event.

Kodning - Sygehus

- DM2 population samt debutdato trækkes fra RKKP databasen Dansk Diabetes Database (DDiD)
- Indløsning af GLP-1 og SGLT-2 trækkes fra Lægemiddelstatistikregisteret
Følgende ATC-koder anvendes til formålet: A10BJ*, a10AE56, A10BK*, A10BD15, A10BD16, A10BD19, A10BD20, A10BD21, A10BD23 og A10BD24

Tidsgrænser

- Debutdato for DM2 $\leq$ afslutningsdato for indexforløb
- LSR-registrering 6-18 mdr. efter afslutningsdato for indexforløb

Indikator 10. Årsstatus i almen praksis – ikke aktiv

Indikatorområde	Indikator	Data kilde	Indikatorberegning
Årsstatus	Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der har fået foretaget årsstatus i almen praksis efter 6-18 mdr.	LPR	Tæller: Patienter, der får foretaget årsstatus i almen praksis efter 6-18 mdr. Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG

Beskrivelse

Indikatoren er ikke aktiv, da den er afhængig af data fra almen praksis.

3. Ændringslog

Version	Dato for ændring	Beskrivelse	Ansvarlig
1.1	12.12.2022	Tilføjet eller "ZZ3931 – Arbejds-EKG med iltmåling" som mulighed i indikator 6.	ADMS
1.2	05.01.2023	Ændret begrebet watt-max test til symptomlimeret test	ADMS
1.3	23.01.2023	Præcisering af "individuel vurdering ved klinisk diætist" i 4a og 4b	ADMS
1.4	16.03.2023	Yderligere præcisering af individuel vurdering ved klinisk diætist i 4a-b	ADMS
1.5	27.04.2023	- Allokering af patienter: præciseret at der fortrinsvis allokeres til hjerteafdeling hvis der har været kontakt hertil s. 8 - Sproglig rettelse til indikatorer hvor proceduren kan forekomme under primær indlæggelse i afsnittet "tidsgrænser" - Indikator 3: fjernet "AWG*" som mulige procedurekoder for at registrere træning - Indikator 4a: fjernet sætning om "hertesund" - Indikator 4b: præcisering i "indberetning kommuner"	ADMS
1.6	01.06.2023	Indsat kapitel Introduktion	AN
1.6	28.06.2023	Indsat AWG1 og AWG2 igen	AN
1.7	10.08.2023	Indsat Sammenhæng mellem rehabiliteringsforløbet og indikatorer, samt Bilag 3 Diætbehandling eller diætvejledning	AN
2	01.01.2024	- Diverse rettelser i indledende kapitel - Eksklusion af patienter med hjertesvigt i 1 Populationsdannelse - Indikator 1 – patientpopulation slettes. Erstatte af deskriptive data. - LDL og blodtryksindikatorer rettet så registrering ≤ 6 mdr. efter afslutningsdato for indexforløb gælder - Rygestopsintervention (BRXT*) udgår på sygehuse - DZ500 erstattes af DZ50* som relevant a-diagnose - DZ713* tilføjet som relevant a-diagnose - BZFC8 flyttes fra fysisk træning til patientundervisning - BUBD0-1 tilføjet som procedurekode i indikatorer relaterede til diæt - Muligheder for WHO5 samt MDI2/ASS2 inkluderes i angst/depressionsindikatorer - Tilføjet almen praksis indikatorer (LDL, blodtryk og årsstatus) - Tilføjet indikator ang. GLP1/SGLT2 til DM2 ptt	ADMS
2.1	23.01.2024	- Fjernet DI50 som relevant diagnosekode - Rettet nummerering så de passer med officiel dokumentation	ADMS
3.0	22.01.2025	- Ændret allokering til udehospitaler fra første til sidste afd. - Samlet Vejle og Kolding til ét SLB	

		• LDL kan nu være opfyldt under indexforløb • 3b inkluderer ptt. i nævner med for sen kostvurdering i 3a • Tilføjet DZ034* som relevant a-diagnose • Ændring i WHO5 score og præcisering af PRO indberetning	
--	--	--	--

Bilag 1. Optageområder for sygehuse

Til vurderingen af rette "hjemssygehus" bruges de følgende optageområder:

Region Hovedstaden	Kommunekode	Kommune
Amager og Hvidovre Hospital, Amager	155	Dragør
	185	Tårnby
	101	Postnumre under Københavns Kommune
Amager og Hvidovre Hospital, Hvidovre	153	Brøndby
	165	Albertslund
	167	Hvidovre
	101	Postnumre under Københavns Kommune
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	147	Frederiksberg
	101	Postnumre under Københavns Kommune
Bornholms Hospital	400	Bornholm
	411	Christiansø
Herlev og Gentofte Hospital, Gentofte	157	Gentofte
	173	Lyngby-Tårnbæk
	190	Furesø
	230	Rudersdal
	101	Postnumre under Københavns Kommune
Herlev og Gentofte Hospital, Herlev	151	Ballerup
	240	Egedal
	159	Gladsaxe
	163	Herlev
	175	Rødovre
	101	Postnumre under Københavns Kommune
Rigshospitalet Glostrup	165	Albertslund
	161	Glostrup
	169	Høje-Tåstrup
	183	Ishøj
	187	Vallensbæk

Nordsjællands Hospital	250	Frederikssund
	260	Halsnæs (Frederiksværk-Hundested)
	210	Fredensborg
	270	Gribskov
	217	Helsingør
	219	Hillerød
	201	Allerød
	223	Hørsholm

Rigshospitalet	Ingen tilknyttet kommune eller postnumre
----------------	--

Fordeling af postnumre i Københavns Kommune til hospitaler i Region Hovedstaden

1000-1499 København K – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
1500-1799 København V – Hvidovre Hospital
2100 København Ø – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
2150 Nordhavn – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
2200 København N – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
2300 København S – Amager Hospital
2400 København NV – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
2450 København SV – Hvidovre Hospital
2500 Valby – Hvidovre Hospital
2700 Brønshøj – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
2720 Vanløse – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
2770 Kastrup – Amager Hospital
2860 Søborg – Herlev Hospital
2900 Hellerup – Gentofte Hospital

Region Sjælland	Kommunekode	Kommune
Holbæk Sygehus	316	Holbæk
	326	Kalundborg
	350	Lejre
	306	Odsherred
Nykøbing F Sygehus	376	Guldborgsund
	360	Lolland
	390	Vordingborg
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse, Næstved	370	Næstved
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse, Ringsted og Slagelse	329	Ringsted
	330	Slagelse
	340	Sorø

Sjællands Universitetshospital	253	Greve
	320	Faxe
	259	Køge
	265	Roskilde
	269	Solrød
	336	Stevns
Region Syddanmark	Kommunekode	Kommune
Sygehus Lillebælt	621	Kolding
	410	Middelfart
	607	Fredericia
	575	Vejen
	630	Vejle
Odense Universitetshospital	461	Odense
	480	Nordfyn
Odense Universitetshospital, Svendborg	479	Svendborg
	440	Kerteminde
	430	Midtfyn
	420	Assens
	482	Langeland
	492	Ærø
	450	Nyborg
Sydvestjysk Sygehus	561	Esbjerg
	573	Varde
	530	Billund
	563	Fanø
	575	Vejen
Sygehus Sønderjylland	510	Haderslev
	540	Sønderborg
	580	Aabenraa
	550	Tønder
Region Midtjylland	Kommunekode	Kommune
Aarhus Universitetshospital	751	Aarhus
	741	Samsø
Hospitalsenhed Midt	791	Viborg
	779	Skive
	740	Silkeborg
Regionshospitalet Gødstrup	657	Herning

	756	Ikast-Brande
	661	Holstebro
	665	Lemvig
	760	Ringkøbing-Skjern
	671	Struer
Regionshospitalet Horsens	615	Horsens
	766	Hedensted
	746	Skanderborg
	727	Odder
Regionshospitalet Randers	706	Syddjurs
	707	Norrdjurs
	710	Favrskov
	730	Randers
Region Nordjylland	Kommunekode	Kommune
Aalborg Universitetshospital	851	Ålborg
	849	Jammerbugt
	846	Mariager
	840	Rebild
	820	Vesthimmerland
Aalborg Universitetshospital, Thisted	787	Thisted
	773	Morsø
Regionshospital Nordjylland	813	Frederikshavn
	810	Brønderslev
	860	Hjørring
	825	Læsø

Bilag 2. Kodeliste – Sygehuse

Indikator	Relevante koder
1 Ambulant opfølgning	Ingen - automatisk
2. Deltagelse	- Fysisk træning: AWG1, AWG2, BLKZ*, BLNA*, BLNR*, BZFB0, - Patientundervisning: BZFA00*, BVDH, BVDS, BVDY0*, BZFC8 - Diætbehandling: BUG*, BUBD, BUBD0, BUBD1
3a Screenet med hjertekostskema	"ZZV020L1 - Vurdering med hjertekostskema, fedtscore" + værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0100 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005, 10 = VPH0010 eller 100 = VPH0100) "ZZV020L2 - Vurdering med hjertekostskema, FiskFrugtGrønt-score" + værdikode (tillægskode) for resultat : VPH0000-VPH0100
3b Diætbehandling ved klinisk diætist	Diætbehandling: BUG*, BUBD, BUBD0, BUBD1
4a/4b Angst og depressions screening og forbedring	- HADS: "ZZV020R1 - Vurdering af angst med HADS-A skala" + værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0021 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005 eller 21 = VPH0021) "ZZV020R2 - Vurdering af depression med HADS-D skala" + værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0021 - WHO5 og MDI2/ASS2: "ZZV020S - Vurdering efter WHO-5 Trivselsindeks" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0025 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005 eller 25 = VPH0025) "ZZV020R3A - MDI-2: trist til mode, ked af det" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0005 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005) "ZZV020R3B - MDI-2: interesse for dine daglige gøremål og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0005 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005) "ZZV020R4A - ASS-2, nervøs: anspændt eller følt indre uro" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0005 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005) "ZZV020R4B - ASS-2: meget bekymret over selv de mindste ting i dagligdag" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0005 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005)
5 Arbejdskapacitet	- Symptomlimeret test: "ZZ3930 – Arbejds-EKG" eller "ZZ3931 – Arbejds-EKG med iltmåling" + værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000. (f.eks. kodes en værdi på 90 watt: VPH0090 eller 110 watt: VPH0110) 6-minutters gangtest: "ZZ5080B - 6-minutters gangtest, meter" + værdikode (tillægskode) for meter VPH000 (f.eks. kodes et resultat på 40 meter: VPH0040 eller 200 meter: VPH0200)
6 Rygeophør	ZZP01A1A – Ryger, ZZP01A1B2 - Tidligere ryger, ZZP01A1B3 – Aldrig ryger
7 LDL	Ingen – Automatisk

8 Blodtryk	- Konsultationsblodtryk: "ZZ3160 – Blodtryksmåling" + VPH værdikoder (tillægskoder) for systolisk og diastolisk blodtryk (f.eks. ved blodtryk 120/80: VPH0120 + VPH0080) - Hjemmeblodtryk: "ZZ3170 - Hjemmeblodtryksmåling udført af patienten" + VPH værdikoder (tillægskoder) for systolisk og diastolisk blodtryk - Døgnblodtryk: "ZZ3180 - Døgn-blodtryksmåling" og VPH værdikoder (tillægskoder) for systolisk og diastolisk blodtryk (gennemsnit i dagtid) (f.eks. ved blodtryk 120/80: VPH0120 + VPH0080)
9 DM2	Ingen - Automatisk

Symbolet * betyder inkl. alle underkoder.

Bilag 3. Diætbehandling eller diætvejledning

Diætbehandling eller diætvejledning- same same but different?

Overordnet set tilbydes der behandling i regionerne, og der tilbydes forebyggende og sundhedsfremmende indsatser til borgere i kommunerne (Sundhedsloven §119 Stk. 2).

Diætvejledning vil nok være det mest logiske, at tilbyde borgerne vedr. kost ved hjertesygdomme.

Men i DHRD har diætisterne i styregruppen indført en indikator kaldet **diætbehandling**.

Fejl?

Nej bestemt ikke. Men terminologien kan let forvirre.

Her følger vores korte version, som bud på uddybning og forklaring:

- Kostvejledning tilbydes raske i forbindelse med forebyggelse, hvor raske får almene officielle kostråd af en ikke nærmere defineret faggruppe.

Diætvejledning er *ikke* det samme som kostvejledning.

- Diætvejledning er den individuelle orienterede samtale om baggrunden for diætprincipperne (her ift. hjertesygdommen) og deres anvendelse i praksis. Diætvejledning anses reelt, som en del af diætbehandlingen(!)
- Diætbehandling: Favner et individuel forløb (intervention) i forhold til et ernæringsproblem for personer med behov for diæt (hjertekost) omfattende mere end samtalen om diæten:

Diætbehandling omfatter:

1) Ernæringsudredning/Dataindsamling, incl. Kostanamnesen, som er central, som redskab til indsamling af data.

Andre data kan f.eks. være sociale forhold, antropometriske målinger og biokemiske parametre (blodprøvesvar)

2) Ernæringsdiagnose/analyse; Ernæringsvurdering, diætetisk problemstilling.

3) Ernæringsintervention/planlægning; udvælgelsen af pædagogisk teori/didaktisk metode. At overveje de handlinger, der skal udføres. At fastsætte mål sammen med patienten. At vælge de materialer, der er nødvendige for behandlingen.

4) Handling, dvs. diætvejledningen omkring diætprincipperne, journalføring.

5) Monitorering/evaluering; fornyet dataindsamling og analyse, vurdering af pt/ borgerens forståelse, motivation og effektmål.

Diætbehandlingen er, hvor det er muligt evidensbaseret.

Diætbehandling kan også ske i gruppe, her er det primært handlingen (diætvejledningen omkring principperne), der er i centrum, da dataindsamling og analyse ofte kræver mere individuelle hensyn. 2

Kliniske diætister er den faggruppe, som er uddannet til at varetage diætbehandling jvf. virksomhedsområdet: § 1. Virksomhed som klinisk diætist omfatter **diætbehandling** af ernæringsrelaterede sygdomme så som diabetes, allergi, **hjertesygdomme**, fedme, spiseforstyrrelser, sygdomsbetinget vægttab m.v., herunder såvel udformning af diæten som personlig vejledning af patienten. Stk. 2. Virksomheden omfatter desuden kostvejledning til raske personer med sygdomsforebyggende formål. (Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse om virksomhed som klinisk diætist. BEK nr. 880 af 30/09/1996)

Vi bruger altså fortsat begge termer, og faktisk anvender vi mere og mere ”diæt- og ernæringsbehandling” i vores ydelse. Behandlings”toningen” påfører ikke et lægefagligt element til hjerterehabiteringen eller stiller større krav til kommunerne i fremtiden i forhold kost- og ernæringsområdet og den diætetiske ernæringsindsats. Vi har døbt indikatoren Diætbehandling qua det er mere dækkende for diætistens ydelse i hjerterehabiteringen (vurdering, diagnostik, monitorering), som altså favner flere elementer end diætvejledning gør. Både patienten i regionerne og borgerne i kommuner bør få muligheden for diætbehandling efter behov.

Kommunernes Landsforening (KL) udvidede i 2019 fællessprog 3 (FS3) til også at omfatte forebyggelsesindsatser, hvor termerne for ernæringsområdet blev defineret. I FS3 anvendes nu kostvejledning og diætbehandling (<https://www.kl.dk/media/51641/vejledning-til-fsiii-sundhedsfremme-og-forebyggelse.pdf>.)

Definitionen og beskrivelsen af diætbehandling i FS3 tager afsæt i NCP-modellen*, som er den nyere model diætister anvender, når de udfører deres behandling.

* NCP: Nutrition Care Process

Her følger uddrag af FS3 vedr. terminologien: **Eksempler**

Kostvejledning	Vejledning om de officielle (generelle) kostråd suppleret af relevante ernæringsanbefalinger.	Formålet med kostvejledning er, at borgeren tilegner sig viden om de officielle kostråd og gældende ernæringsanbefalinger i forhold til generel sundhed og forebyggelse af sygdom.	Kostvejledning kan fx omhandle: - Vejledning om sunde mad- og måltidsvaner - Undervisning i kostråd - Valg af fødevarer og sammensætning af måltider - Udredning, monitorering og evaluering i et forebyggende og/eller sundhedsfremmende perspektiv - mm.
-----------------------	---	--	--

Bilag 4. WHO5 og MD2/ASS2 beskrivelse

WHO-5 er et spørgeskemabatteri, der måler den mentale trivsel og livskvaliteten inden for de sidste to uger. WHO5 udgøres af fem spørgsmål, der hvert vurderes på en Likert-skala fra 0-5. Scoren fra hvert spørgsmål lægges sammen og multipliceres med 4, således ender det med en skala, der går fra 0 til 100. En høj score indikerer høj trivsel mens en lav score (< 50) indikerer dårlig trivsel [1]. WHO-5 er et internationalt anerkendt spørgeskema, med en forholdsvis høj sensitivitet (0,57-1,00) og specificitet (0,63-0,89) [2].

Undersøgelser viser, at WHO-5 kan bruges til at screene for depression og angst, hvis en score indikerer dårlig trivsel, dog skal screeningen følges op med et andet spørgeskema [1,3].

MDI-2 er de to første spørgsmål, der måler generelle symptomer på depression, fra depressionsskalaen, Major Depression Inventory (MDI). De to spørgsmål måles på en seks-point Likert-skala fra 0 til 5, og en høj score indikerer højt niveau af depressionssymptomer [1]. MDI er et valideret generisk spørgeskema, mens MDI-2 endnu ikke er valideret [4].

ASS-2 måler generelle symptomer på angst, og er de to første spørgsmål fra angstskaalen, Anxiety Symptom Scale (ASS). De to spørgsmål måles på en seks-point Likert-skala fra 0 til 5, og en høj score indikerer højt niveau af angstsymptomer [1]. ASS er et generisk spørgeskema, der endnu ikke valideret, men bruges i almen praksis i dag og valideringsproces er i gang i forskningsenheden for almen praksis, Aarhus Universitet. ASS-2 er ligeledes ikke valideret [4].

Kilder:

1. Johnsen NF, Christensen KB, Jensen SN, Gislason G. *Kan kombinationen af WHO-5/ASS-2/MDI-2 erstatte HADS til screening for angst og depression blandt hjertepatienter med iskæmisk hjertesygdom?* Hjerteforeningen, 2022.
2. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard, S, Bech P. *The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature.* Psychother Psychosom 2015; 84: 167–176.
3. Folker H, Folker AP. *WHO-5 som en simpelt instrument til måling af livskvalitet i den daglige klinik.* Ugeskrift for læger, 29. februar 2008.
4. PRO-sekretariatet. *PRO Hjerterehabilitering – Opsamlingsrapport fra workshopforløb for udvikling af PRO-værktøj indenfor Hjerterehabilitering.* Sundhedsdatastyrelsen, 2019.

