

Årsrapport 2025

Dansk Register for Akut Koronart Syndrom

1. juli 2024 – 30. juni 2025

Offentliggjort version

19. november 2025

© Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, 2025

Henvendelse vedr. rapporten til:
Kvalitetskonsulent Anne Nakano Jensen
Tlf.: 2168 7688
E-mail: annjes@sundk.dk

Udgiver:
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
Hedeager 3,
8200 Aarhus N

www.sundk.dk

Version: Offentliggjort version
Versionsdato: 19.11.2025

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

Konklusioner og anbefalinger	5
Oversigt over databasens indikatorer	6
Oversigt over de samlede indikatorresultater.....	8
Dækningsgrad	11
Dækningsgrad.....	11
Overensstemmelsesgrad	12
Indikatorresultater på lands-, regions- og enhedsniveau	17
Indikator 4: Visitation direkte til hjertecenter ved STEMI	17
Indikator 5: Indlæggelse på akut hjertemodtagelse ved NSTEMI	21
Indikator 12: Ekkokardiografi inden udskrivelse	24
Indikator 13: Dual antiplatelet therapy	25
Indikator 14: Lipidsænkende præparat	31
Indikator 15-16: Betablokker og/eller ACE-hæmmer	37
Indikator 17: Henvvisning til hjerterehabilitering	44
Indikator 18a: 30-dages dødelighed efter STEMI (alle)	50
Indikator 18ai: 30-dages dødelighed efter STEMI (invasivt behandlede).....	53
Indikator 18b: 30-dages dødelighed efter NSTEMI (alle)	56
Indikator 18bi: 30-dages dødelighed efter NSTEMI (invasivt behandlede)	59
Indikator 19a: 1-års dødelighed efter STEMI (alle).....	62
Indikator 19ai: 1-års dødelighed efter STEMI (invasivt behandlede).....	65
Indikator 19b: 1-års dødelighed efter NSTEMI (alle)	68
Indikator 19bi: 1-års dødelighed efter NSTEMI (invasivt behandlede)	71
Indikatorer som afventer data	74
Indikator 1: Konsultation i primærsektoren ved STEMI	74
Indikator 2: Transport med ambulance/helikopter ved STEMI	74
Indikator 3: Præhospital EKG ved STEMI	74
Indikator 6: Magnyl inden ankomst til kard. lab.....	75
Indikator 7: PCI eller CABG inden for 12 timer fra First Medical Contact.....	75
Indikator 8: KAG/PCI inden for 90 min. fra diagnose.....	75
Indikator 9: KAG/PCI inden for 120 min fra alarmering eller ankomst til sygehus.....	75
Indikator 10: EKG inden for 10 min. fra First Medical Contact	75
Indikator 11: Invasiv undersøgelse inden for 24 timer ved NSTEMI	76
Supplerende opgørelser	77
Incidens.....	77
Diagnosekoder for forløb fra Landspatientregisteret	78
Verificerede diagnoser for forløb som er indberettet til DanAKS.....	81
Ekkokardiografi inden udskrivelse	83
Behandling med Magnyl, P2Y12 inhibitor og DOAK/VKA	85
Behandling med betablokker	85
Behandling med ACE-hæmmer	88
Henvisning til hjerterehabilitering	90
Køn, alder og Charlson Comorbidity Index.....	92
Andel af patienter som dør indenfor 30 dage (samlet trendgraf for 18a/18ai/18b/18bi)	93

Andel af patienter som dør indenfor 1 år (samlet trendgraf for 19a/19ai/19b/19bi).....	94
Dækningsgrad for akut myokardieinfarkt (AMI)	95
Dækningsgrad for ustabil angina pectoris (UAP).....	97
Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	99
Datagrundlag	100
Styregruppens medlemmer.....	101
Appendiks	102
Klassifikation af diagnosekoder	102
Oversigt over hjertecentre i Danmark	104
Oversigt over akutte hjertemodtagelser i de fem regioner.....	104
Regionale kommentarer.....	106

Konklusioner og anbefalinger

Dansk Register for Akut Koronart Syndrom (DanAKS) var fra starten baseret på data indsamlet ved datafangst. Et andet grundlæggende princip er en klinisk verificeret diagnose, og dermed ikke blot en inkluderende diagnose i Landspatientregisteret. Denne tilgang var nytænkende og rationel, med den tanke at dokumentationsbehovet skulle være minimalt. Datafangst er kompliceret. I aktuelle register indsamles ca. 120 forskellige variable fra mange forskellige kilder.

I forhold til DanAKS har det vist sig specielt svært at høste de ønskede variable fra den præhospitale fase. Ved aktuelle årsrapport er det fortsat ikke muligt at opgøre nøgleindikatorer som er afhængige af disse data. Ligeledes er DanAKS afhængig af tidsdata fra Dansk Hjerteregister. Disse foreligger fortsat ikke, hvorfor indikatorer som er afhængig af information om tidspunkt for koronar arteriografi (KAG) eller percutan koronar intervention (PCI) ikke kan opgøres.

Som ved tidligere årsrapporter er der udfordringer ved den efterspurgte kliniske verificerede diagnose. Konkret registreres dette ved struktureret journaldokumentation i de regionale journalsystemer. Data til registeret er dermed afhængig af to forhold: 1) at der dokumenteres systematisk ved udskrivelse af patienten, og 2) at regionens journalsystem understøtter dokumentationen og dataleverance. I DanAKS opgøres andelen af patienter med en verificeret diagnose ved "Dækningsgrad". Tidligere rapporter har dokumenteret væsentlige regionale variationer i registrering af en klinisk verificeret diagnose. I årets rapport er andelen steget fra 44,3% til 46,7%. Der er fortsat betydelige inter- og intraregionale forskelle. De to østdanske regioner har således en betydelig variation indenfor regionerne, hvilket er betinget af en utilstrækkelig dokumentation ved udskrivelse. Region Syddanmark har tidligere ikke kunne levere data, men leverancer er nu opstartet i indeværende opgørelsesår. Der er fortsat en lav dækningsgrad i regionen, som må forventes at være betydeligt højere ved næste års rapport.

I Region Midtjylland er dækningsgraden 93% og for Nordjyllands Regionshospital er dækningsgraden 98,9%. Det er dermed muligt at opnå høj dækningsgrad ved en systematisk dokumentationspraksis og sikre leverancer af data.

Samlet set er den nationale dækningsgrad ikke tilfredsstillende. Inden udfærdigelse af aktuelle årsrapport har man forhørt sig regionalt om årsager og mulig udbedring af de lave dækningsgrader. DanAKS styregruppen er forelagt svarene og tager svarene til efterretning. Registeret vil tage initiativ til møder med de berørte regioner med henblik på at etablere strategier som kan sikre ensartede høje dækningsgrader nationalt.

I aktuelle årsrapport har man besluttet at præsentere de opgjorte indikatorer samlet. Dette skulle gerne øge læsbarheden.

Der er indikatorer i årsrapporten, hvor styregruppen bemærker en variation, som kan indikere en utilstrækkelig kvalitet. Dette blev også bemærket ved sidste års rapport. Ved sidste års nationale kvalitetsaudit blev der opfordret til lokal audit og der er udarbejdet en matrix for systematisk journalaudit. Aktuelt afklares procedure for at opnå de nødvendige tilladelser til at få videregivet journaloplysninger til brug for den planlagte audit.

Det er meget væsentligt at pointere, at der ikke kan laves definitive konklusioner om kvaliteten, før den planlagte journalaudit er gennemført. Styregruppen vurderer dog på det foreliggende grundlag, at der overordnet er en god kvalitet af behandlingen efter blodprop i hjertet i Danmark.

Oktober 2025,
Styregruppen for DanAKS

Oversigt over databasens indikatorer

Nedenfor ses en oversigt over de af databasens indikatorer som indgår i Årsrapporten 2025.

Indikatoroversigt

Indikator	Type	Format	Udviklingsmål	ID
Indikator 5: Andel af patienter med NSTEMI indlagt direkte på akut hjertemodtagelse	Proces	Andel	≥ 80 %	DANAKS_05_002
Indikator 13: Andel af patientforløb med AMI, hvor der er indløst recept på DAPT (både magnyl og P2Y12-inhibitor) eller magnyl eller P2Y12 inhibitor i kombination med DOAK/VKA senest 30 dage efter udskrivelse	Proces	Andel	≥ 90 %	DANAKS_38_004
Indikator 14: Andel af patientforløb med AMI, hvor der er indløst recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse	Proces	Andel	≥ 90 %	DANAKS_42_002
Indikator 15_16: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF ≤ 40, hvor der er indløst recept på beta-blokker eller ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse	Proces	Andel	≥ 90 %	DANAKS_43_003
Indikator 17: Andel af patienter med verificeret AMI der er henvist til hjerterehabilitering eller hjertesvigtsklinik ved udskrivelse	Proces	Andel	≥ 80 %	DANAKS_17_003
Indikator 18a: Andel af patienter med STEMI som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC)	Resultat	Andel	≤ 6,5 %	DANAKS_18_001
Indikator 18ai: Andel af patienter med STEMI, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC)	Resultat	Andel	≤ 2 %	DANAKS_22_001
Indikator 18b: Andel af patienter med NSTEMI som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC)	Resultat	Andel	≤ 7,5 %	DANAKS_19_002
Indikator 18bi: Andel af patienter med NSTEMI, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC)	Resultat	Andel	≤ 4,5 %	DANAKS_23_002
Indikator 19a: Andel af patienter med STEMI som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC)	Resultat	Andel	≤ 12,5 %	DANAKS_20_001
Indikator 19ai: Andel af patienter med STEMI, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC)	Resultat	Andel	≤ 4,5 %	DANAKS_24_001
Indikator 19b: Andel af patienter med NSTEMI som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC)	Resultat	Andel	≤ 13,5 %	DANAKS_21_002

Indikator	Type	Format	Udviklingsmål	ID
Indikator 19bi: Andel af patienter med NSTEMI, der er behandlet invasivt, som er døde <= 365 dage efter First Medical Contact (FMC)	Resultat	Andel	≤ 7,5 %	DANAKS_25_002

Nedenfor ses en oversigt over supplerende indikatorer i Årsrapporten 2025.

Supplerende indikatoroversigt

Indikator	Type	Format	Udviklingsmål	ID
Indikator S4: Andel af patienter med STEMI, der visiteres direkte til hjertecenter (alle)	Proces	Andel		DANAKS_41_001
Indikator S12: Andel af patienter med verificeret AMI med gennemført ekkokardiografi før udskrivelse	Proces	Andel		DANAKS_12_004
Indikator S15: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF <= 40, hvor der er indløst recept på beta-blokker senest 30 dage efter udskrivelse	Proces	Andel		DANAKS_27_004
Indikator S16: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF <= 40, hvor der er indløst recept på ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse	Proces	Andel		DANAKS_28_004

Oversigt over de samlede indikatorresultater

Tabellen nedenfor indeholder en oversigt over de samlede indikatorresultater på landsplan for det aktuelle opgørelsesår samt de to foregående år.

Kolonnen 'Uoplyst' angiver andelen af patienter i det aktuelle opgørelsesår, som mangler data for en eller flere af de variable, der er nødvendige for at beregne den enkelte indikator.

Oversigt over de samlede indikatorresultater

Indikator	Udviklingsmål	Uoplyst	Indikatoropfyldelse		
			01.07.2024 - 30.06.2025	2023/24	2022/23
		%	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Indikator 5: Andel af patienter med NSTEMI indlagt direkte på akut hjertemodtagelse	≥ 80	0	72,0 (70,6-73,4)	72,2	70,8
Indikator 13: Andel af patientforløb med AMI, hvor der er indløst recept på DAPT (både magnyl og P2Y12-inhibitor) eller magnyl eller P2Y12 inhibitor i kombination med DOAK/VKA senest 30 dage efter udskrivelse	≥ 90	0	82,2 (81,2-83,1)	82,2	79,8
Indikator 14: Andel af patientforløb med AMI, hvor der er indløst recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse	≥ 90	0	90,3 (89,5-91,0)	90,5	88,5
Indikator 15_16: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF ≤ 40, hvor der er indløst recept på beta-blokker eller ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse	≥ 90	5	94,4 (92,4-96,1)	94,5	94,3
Indikator 17: Andel af patienter med verificeret AMI der er henvist til hjerterehabilitering eller hjertesvigtssklinik ved udskrivelse	≥ 80	0	83,4 (82,1-84,6)	84,2	83,0
Indikator 18a: Andel af patienter med STEMI som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC)	≤ 6,5	0	7,3 (6,4-8,3)	6,0	7,6
Indikator 18ai: Andel af patienter med STEMI, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC)	≤ 2	0	5,2 (4,3-6,1)	4,3	5,4
Indikator 18b: Andel af patienter med NSTEMI som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC)	≤ 7,5	0	4,2 (3,6-4,9)	5,1	5,8

			Indikatoropfyldelse		
		Uoplyst	01.07.2024 - 30.06.2025	2023/24	2022/23
Indikator	Udviklingsmål	%	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Indikator 18bi: Andel af patienter med NSTEMI, der er behandlet invasivt, som er døde <= 30 dage efter First Medical Contact (FMC)	≤ 4,5	0	2,2 (1,6-2,9)	2,7	2,8
Indikator 19a: Andel af patienter med STEMI som er døde <= 365 dage efter First Medical Contact (FMC)	≤ 12,5	0		10,0 (8,9-11,1)	11,6
Indikator 19ai: Andel af patienter med STEMI, der er behandlet invasivt, som er døde <= 365 dage efter First Medical Contact (FMC)	≤ 4,5	0		7,5 (6,6-8,6)	8,9
Indikator 19b: Andel af patienter med NSTEMI som er døde <= 365 dage efter First Medical Contact (FMC)	≤ 13,5	0		12,1 (11,1-13,2)	14,1
Indikator 19bi: Andel af patienter med NSTEMI, der er behandlet invasivt, som er døde <= 365 dage efter First Medical Contact (FMC)	≤ 7,5	0		6,2 (5,2-7,3)	7,1

Tabellen nedenfor indeholder en oversigt over resultater for de supplerende indikatorer på landsplan for det aktuelle opgørelsesår samt de to foregående år.

Kolonnen 'Uoplyst' angiver andelen af patienter i det aktuelle opgørelsesår, som mangler data for en eller flere af de variable, der er nødvendige for at beregne den enkelte indikator.

Oversigt over de supplerende indikatorer

Indikator	Udviklingsmål	%	Indikatoropfyldelse		
			Uoplyst	01.07.2024 - 30.06.2025	2023/24
				Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Indikator S4: Andel af patienter med STEMI, der visiteres direkte til hjertecenter (alle)		0		79,3 (77,8-80,8)	77,3
Indikator S12: Andel af patienter med verificeret AMI med gennemført ekkokardiografi før udskrivelse		0		98,6 (98,1-99,0)	98,1
Indikator S15: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF <= 40, hvor der er indløst recept på beta-blokker senest 30 dage efter udskrivelse		5		72,3 (68,8-75,7)	77,6
Indikator S16: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF <= 40, hvor der er indløst recept på ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse		5		88,4 (85,7-90,8)	88,6

Dækningsgrad

Dækningsgrad

Jf. bekendtgørelsen for de kliniske kvalitetsdatabaser er databaserne forpligtet til at sikre en dækningsgrad på mindst 90% (BEK nr. 881 af 26(06/2018)).

Dækningsgraden for DanAKS opgøres ved at samkøre DanAKS med Landspatientregisteret (LPR). Dækningsgraden af patientregistreringen i DanAKS er defineret som:

$$\frac{\text{antal patienter med verificeret AKS i DanAKS}}{\text{total antal patienter med AKS med hospitalskontakt (DanAKS+LPR*)}}$$

* Patienter med en AKS-diagnose i LPR, som er indberettet til DanAKS med "Ikke AKS" som verificeret diagnose ved udskrivelse, ekskluderes fra nævneren.

Følgende kan bemærkes vedr. dækningsgraden i den aktuelle opgørelsesperiode (se tabel på næste side):

- På landsplan er dækningsgraden 46,7% med stor inter- og intraregional variation.
- Dækningsgraden er 21,2% for Region Hovedstaden, 66,8% for Region Sjælland, 93,7% for Region Midtjylland og 66,4% for Region Nordjylland.
- Region Syddanmark er først begyndt at indberette forløb til databasens webservice fra april 2025 (det har dog være muligt at indtaste forløb til databasen i regionens EPJ-system siden maj 2022). Dækningsgraden for Region Syddanmark er 14,3% for hele det aktuelle opgørelsesår, mens dækningsgraden er omkring 33% for perioden april-juni 2025.
- På hospitalsniveau varierer dækningsgraden fra 2,2% til 98,9%, når der ses bort fra hospitalerne i Region Syddanmark hvor indberetning til databasens webservice først er påbegyndt i april 2025. Det bemærkes, at Herlev og Gentofte Hospital med over 500 årlige AKS-forløb har en dækningsgrad på 1-2% for tredje år i træk.
- Syv hospitaler har opnået dækningsgrad på over 90% i det aktuelle opgørelsesår: Holbæk Sygehus, Sjællands Universitetshospital Roskilde, Aarhus Universitetshospital, Hospitalsenhed Midt, Regionshospitalet Gødstrup, Regionshospitalet Randers og Regionshospital Nordjylland.
- Som supplement til opgørelsen af databasens samlede dækningsgrad for AKS er der i Appendiks på side 95ff opgørelser af dækningsgraden for henholdsvis akut myokardieinfarkt (AMI) og ustabil angina pectoris (UAP). Dækningsgraden for AMI er 49,5% på landsplan, mens dækningsgraden for UAP er 33,8% på landsplan.
- Den lave dækningsgrad for databasen, herunder særligt for Region Hovedstaden og for Region Syddanmark, medfører risiko for, at resultaterne for de indberettede forløb ikke er repræsentative for kvaliteten af behandlingen af patienter med AKS. Dette gælder særligt følgende indikatorer, hvor kun verificerede AKS-forløb, som er blevet indberettet til databasen via webservice, indgår i opgørelserne: indikator 15_16 (betablokker og/eller ACE-hæmmer) og indikator 17 (hjerterehabilitering). Databasens øvrige indikatorer vil dog også være påvirket af den lave dækningsgrad, da det ikke vil være muligt at ekskludere patienter med fejldiagnoser i LPR fra indikatoropgørelserne.

Kommentar

Som sidste år er der en fortsat stigning af dækningsgraden, som dog fortsat er lav.

Vi har bemærket os følgende:

- At der nu leveres data fra Region Syddanmark.
- At der er store intraregionale forskelle. Det er styregruppens klare anbefaling, at alle matrikler bør etablere en kontinuerlig overvågning af egen dækningsgrad, samt etablere systematisk dokumentationspraksis. Styregruppen vil tage kontakt til de berørte regioner for at sikre en strategi for systematisk dokumentation.
- Det er fortsat af helt oplagt interesse, at dækningsgraden øges. Jf. tabel i appendiks varierer incidensen af de forskellige AKS diagnoser betydeligt, specielt UAP, hvilket formentlig betinges af forskellig kodepraksis med associerede "forkerte" AKS diagnoser i LPR. Registeret anbefaler at man nationalt, via Dansk Cardiologisk Selskab, udarbejder en national anbefaling for diagnosekodning af patienter med mistænkt, men ikke bekræftet UAP.
- At en dedikeret indsats for at sikre korrekt indberetning muliggør lokale dækningsgrader på over 96%.

Dækningsgrad

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		22/23
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		3.770 / 8.077	0 (0)	46,7	(45,6-47,8)	3.657 / 8.253	44,3	35,8
Hovedstaden		539 / 2.544	0 (0)	21,2	(19,6-22,8)	459 / 2.556	18,0	14,3
Sjælland		861 / 1.289	0 (0)	66,8	(64,2-69,4)	870 / 1.398	62,2	42,9
Syddanmark		245 / 1.708	0 (0)	14,3	(12,7-16,1)	103 / 1.698	6,1	5,2
Midtjylland		1.512 / 1.613	0 (0)	93,7	(92,4-94,9)	1.565 / 1.708	91,6	78,3
Nordjylland		613 / 923	0 (0)	66,4	(63,3-69,5)	660 / 893	73,9	62,2
Hovedstaden		539 / 2.544	0 (0)	21,2	(19,6-22,8)	459 / 2.556	18,0	14,3
Amager og Hvidovre Hospital		31 / 495	0 (0)	6,3	(4,3-8,8)	58 / 429	13,5	15,1
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital		71 / 271	0 (0)	26,2	(21,1-31,9)	97 / 283	34,3	35,0
Bornholms Hospital		###	0 (0)	2,2	(0,3-7,9)	###	2,3	3,5
Herlev og Gentofte Hospital		13 / 548	0 (0)	2,4	(1,3-4,0)	10 / 810	1,2	1,6
Nordsjællands Hospital		57 / 356	0 (0)	16,0	(12,4-20,2)	123 / 390	31,5	35,4
Rigshospitalet, Blegdamsvej		365 / 785	0 (0)	46,5	(43,0-50,1)	168 / 506	33,2	6,5

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		22/23
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Sjælland		861 / 1.289	0 (0)	66,8	(64,2-69,4)	870 / 1.398	62,2	42,9
Holbæk Sygehus		180 / 199	0 (0)	90,5	(85,5-94,2)	183 / 231	79,2	29,1
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse		32 / 323	0 (0)	9,9	(6,9-13,7)	74 / 368	20,1	25,8
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F		169 / 239	0 (0)	70,7	(64,5-76,4)	170 / 245	69,4	7,8
Sjællands Universitetshospital, Roskilde		480 / 528	0 (0)	90,9	(88,1-93,2)	443 / 554	80,0	90,8
Syddanmark		245 / 1.708	0 (0)	14,3	(12,7-16,1)	103 / 1.698	6,1	5,2
Odense Universitetshospital, Odense		111 / 436	0 (0)	25,5	(21,4-29,8)	0 / 366	0,0	0,5
Odense Universitetshospital, Svendborg		129 / 301	0 (0)	42,9	(37,2-48,7)	99 / 299	33,1	26,4
Sydvestjysk Sygehus		3 / 255	0 (0)	1,2	(0,2-3,4)	###	0,7	0,0
Sygehus Lillebælt		###	0 (0)	0,2	(0,0-1,4)	###	0,4	0,5
Sygehus Sønderjylland		###	0 (0)	0,3	(0,0-1,8)	0 / 296	0,0	0,3
Midtjylland		1.512 / 1.613	0 (0)	93,7	(92,4-94,9)	1.565 / 1.708	91,6	78,3
Aarhus Universitetshospital		501 / 527	0 (0)	95,1	(92,9-96,8)	491 / 525	93,5	94,6
Hospitalsenhed Midt		257 / 268	0 (0)	95,9	(92,8-97,9)	262 / 276	94,9	93,2
Regionshospitalet Gødstrup		288 / 309	0 (0)	93,2	(89,8-95,7)	329 / 372	88,4	35,6
Regionshospitalet Horsens		203 / 242	0 (0)	83,9	(78,6-88,3)	190 / 229	83,0	83,4
Regionshospitalet Randers		263 / 267	0 (0)	98,5	(96,2-99,6)	293 / 306	95,8	95,5
Nordjylland		613 / 923	0 (0)	66,4	(63,3-69,5)	660 / 893	73,9	62,2
Aalborg Universitetshospital		524 / 833	0 (0)	62,9	(59,5-66,2)	580 / 812	71,4	58,6
Regionshospital Nordjylland		89 / 90	0 (0)	98,9	(94,0-100,0)	80 / 81	98,8	95,2

Overensstemmelsesgrad

Tabellen nedenfor viser en opgørelse af databasens overensstemmelsesgrad. Overensstemmelsesgraden er et estimat af, hvor stor en andel af patienterne som er indberettet til databasen med verificeret AKS, der kan genfindes med en AKS-diagnose i LPR. Overensstemmelsesgraden er et supplement til dækningsgradsopgørelsen. Validiteten af dækningsgraden afhænger af kvaliteten af registreringerne i det register, som databasen sammenlignes med, og den algoritme som anvendes til at identificere patienterne i registeret. Hvis overensstemmelsesgraden er under 80% vil opgørelsen af dækningsgrad typisk være behæftet med stor usikkerhed. Dette kan skyldes, at den datakilde, der sammenlignes med, ikke er velegnet til at identificere patienterne, eller at forkerte kriterier anvendes til at udtrække patienterne.

Som det fremgår af tabellen nedenfor, er overensstemmelsesgraden på landsplan 98,5%, mens overensstemmelsesgraden på regionsniveau varierer mellem 97,2% - 99,8% og på hospitalsniveau mellem 92,3% - 100%.

Kommentar

Overensstemmelsesgraden udtrykker, om der er fundet et LPR-forløb for en given EPJ-indberetning til databasen. Dette er kun muligt, hvis EPJ-indberetningen til DanAKS er korrekt datostempet. Indberettede forløb til databasen, som ikke genfindes i LPR, forekommer af tekniske årsager primært i Region Nordjylland og Region Midtjylland, hvor tidsstempel skal anføres manuelt.

Vi anbefaler en øget opmærksomhed omkring overensstemmelsesgraden, da en korrektion af dato ligeledes vil bidrage til en yderligere forbedring af dækningsgraden.

Overensstemmelsesgrad (andel indberettede forløb der også findes i LPR)

Udviklingsmål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
			01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		22/23
			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	3.716 / 3.770	0 (0)	98,6	(98,1-98,9)	3.581 / 3.657	97,9	97,8
Hovedstaden	534 / 539	0 (0)	99,1	(97,8-99,7)	458 / 459	99,8	99,7
Sjælland	859 / 861	0 (0)	99,8	(99,2-100,0)	867 / 870	99,7	99,3
Syddanmark	242 / 245	0 (0)	98,8	(96,5-99,7)	102 / 103	99,0	97,8
Midtjylland	1.485 / 1.512	0 (0)	98,2	(97,4-98,8)	1.516 / 1.565	96,9	96,7
Nordjylland	596 / 613	0 (0)	97,2	(95,6-98,4)	638 / 660	96,7	97,2
Hovedstaden	534 / 539	0 (0)	99,1	(97,8-99,7)	458 / 459	99,8	99,7
Amager og Hvidovre Hospital	31 / 31	0 (0)	100,0	(88,8-100,0)	57 / 58	98,3	100,0
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	71 / 71	0 (0)	100,0	(94,9-100,0)	97 / 97	100,0	100,0
Bornholms Hospital	###	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	###	100,0	100,0

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		22/23
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Herlev og Gentofte Hospital		12 / 13	0 (0)	92,3	(64,0-99,8)	10 / 10	100,0	100,0
Nordsjællands Hospital		57 / 57	0 (0)	100,0	(93,7-100,0)	123 / 123	100,0	99,3
Rigshospitalet, Blegdamsvej		361 / 365	0 (0)	98,9	(97,2-99,7)	168 / 168	100,0	100,0
Sjælland		859 / 861	0 (0)	99,8	(99,2-100,0)	867 / 870	99,7	99,3
Holbæk Sygehus		178 / 180	0 (0)	98,9	(96,0-99,9)	182 / 183	99,5	99,0
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse		32 / 32	0 (0)	100,0	(89,1-100,0)	72 / 74	97,3	98,1
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F		169 / 169	0 (0)	100,0	(97,8-100,0)	170 / 170	100,0	100,0
Sjællands Universitetshospital, Roskilde		480 / 480	0 (0)	100,0	(99,2-100,0)	443 / 443	100,0	99,6
Syddanmark		242 / 245	0 (0)	98,8	(96,5-99,7)	102 / 103	99,0	97,8
Odense Universitetshospital, Odense		109 / 111	0 (0)	98,2	(93,6-99,8)			100,0
Odense Universitetshospital, Svendborg		128 / 129	0 (0)	99,2	(95,8-100,0)	98 / 99	99,0	98,8
Sydvestjysk Sygehus		3 / 3	0 (0)	100,0	(29,2-100,0)	###	100,0	
Sygehus Lillebælt		###	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	###	100,0	100,0
Sygehus Sønderjylland		###	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)			100,0
Midtjylland		1.485 / 1.512	0 (0)	98,2	(97,4-98,8)	1.516 / 1.565	96,9	96,7
Aarhus Universitetshospital		490 / 501	0 (0)	97,8	(96,1-98,9)	476 / 491	96,9	95,4
Hospitalsenhed Midt		256 / 257	0 (0)	99,6	(97,9-100,0)	245 / 262	93,5	95,9
Regionshospitalet Gødstrup		284 / 288	0 (0)	98,6	(96,5-99,6)	320 / 329	97,3	96,2
Regionshospitalet Horsens		195 / 203	0 (0)	96,1	(92,4-98,3)	189 / 190	99,5	98,1

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		22/23
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Regionshospitalet Randers		260 / 263	0 (0)	98,9	(96,7-99,8)	286 / 293	97,6	99,0
Nordjylland		596 / 613	0 (0)	97,2	(95,6-98,4)	638 / 660	96,7	97,2
Aalborg Universitetshospital		507 / 524	0 (0)	96,8	(94,9-98,1)	559 / 580	96,4	96,9
Regionshospital Nordjylland		89 / 89	0 (0)	100,0	(95,9-100,0)	79 / 80	98,8	98,8

Indikatorresultater på lands-, regions- og enhedsniveau

Indikator 4: Visitation direkte til hjertecenter ved STEMI

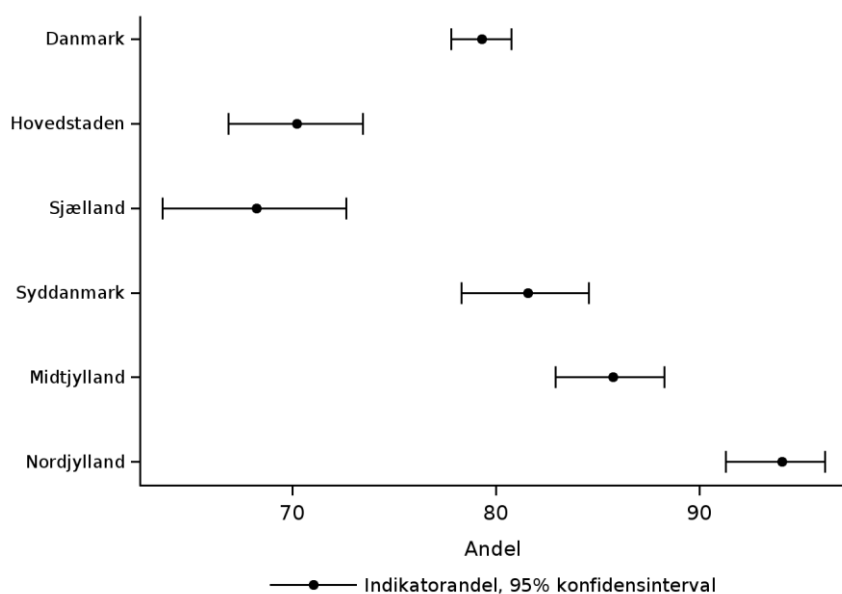
Andel af patienter med STEMI der visiteres direkte til hjertecenter, hvis de transporteres i ambulance eller helikopter. Udviklingsmål $\geq 80\%$

Bemærk: Styregruppen vurderer, at data vedr. præhospital transport fra Præhospitalsdatabasen (PHDB) ikke er valide for patienter med STEMI, eftersom der i PHDB indgår kun patienter, hvor der er ringet 112, og ikke patienter hvor 1813, vagtlæge eller hospitalslæge har tilkaldt ambulancen. Indikator 4 vises derfor opgjort for alle STEMI-patienter, og ikke kun for patienter transporteret med ambulance eller helikopter, da DanAKS endnu ikke har adgang til data fra PPJ-Patientforløb.

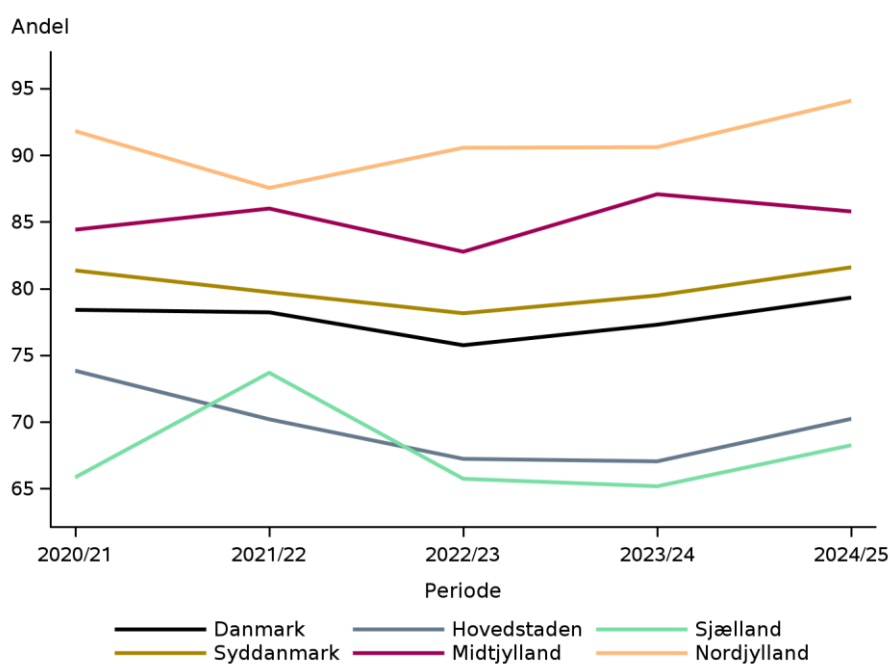
Indikator S4: Andel af patienter med STEMI, der visiteres direkte til hjertecenter (alle)

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		22/23
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		2.251 / 2.838	0 (0)	79,3	(77,8-80,8)	2.324 / 3.007	77,3	75,7
Hovedstaden		526 / 749	0 (0)	70,2	(66,8-73,5)	539 / 804	67,0	67,2
Sjælland		288 / 422	0 (0)	68,2	(63,6-72,7)	290 / 445	65,2	65,7
Syddanmark		492 / 603	0 (0)	81,6	(78,3-84,6)	515 / 648	79,5	78,1
Midtjylland		579 / 675	0 (0)	85,8	(82,9-88,3)	633 / 727	87,1	82,8
Nordjylland		366 / 389	0 (0)	94,1	(91,3-96,2)	347 / 383	90,6	90,6

Indikator S4: Andel af patienter med STEMI, der visiteres direkte til hjertecenter (alle). Forest plot på regionsniveau.



Indikator S4: Andel af patienter med STEMI, der visiteres direkte til hjertecenter (alle). Trendgraf på regionsniveau.



Datagrundlag og beregningsregler

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er STEMI eller Bundle Branch Block (BBBMI)

Tæller

Patientforløb, som indgår i nævneren, hvor patienten er visiteret direkte til hjertecenter

Der henvises til Appendiks side 104 for en oversigt over hjertecentre i Danmark.

Eksklusion:

- Patientforløb hvor patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er "Ikke AKS", NSTEMI eller UAP
- Patientforløb indberettet til DanAKS, som ikke kan kobles med et indlæggelsesforløb i LPR
- Patienter som ikke har bopæl i Danmark
- Dobbeltindberetning: Kun det senest indberettede forløb indgår i indikatoropgørelsen ved patientforløb, hvor samme forløb er indberettet flere gange til DanAKS

Uoplyst:

- Ikke muligt

	Antal	Årsag
Eksklusion:	60	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	23	Ikke bopæl i Danmark
	417	Ikke AKS
	114	Dobbeltindberetning
	5.855	Ikke STEMI eller BBBMI

Indikatorresultater

På landsplan blev 79,3% af patienterne med STEMI indlagt direkte på et hjertecenter i det aktuelle opgørelsesår. På regionsniveau varierer andelen fra 68,2% i Region Sjælland til 94,1% i Region Nordjylland.

Andelen som indlægges direkte på et hjertecenter har ligget på samme niveau i enkelte regioner over de sidste fem år (se trendgrafen på forrige side).

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Som sidste år bemærker vi, at indikatoren fortsat baseres på data fra LPR. En del af de patienter, som ikke initialt indlægges på hjertecenter, kan repræsentere selvhenvendere. For korrekt opgørelse af indikatoren afventes fortsat adgang til præhospitale data. Disse data muliggør opgørelse af andelen som er selvhenvendere, samt andelen som er indlagt på lokalsygehus først.

Efter sidste års auditering af årsrapporten anbefalede styregruppen at der blev lavet en systematisk journalaudit. De nødvendige juridiske forhold for at kunne gennemføre journalaudit afklares. Vi forventer at resultater af denne journalaudit vil være klar i god tid før næste års rapport.

Indtil resultatet af den planlagte journalaudit foreligger er der ikke grundlag for at konkludere, at den regionale variation er betinget af en utilstrækkelig kvalitet.

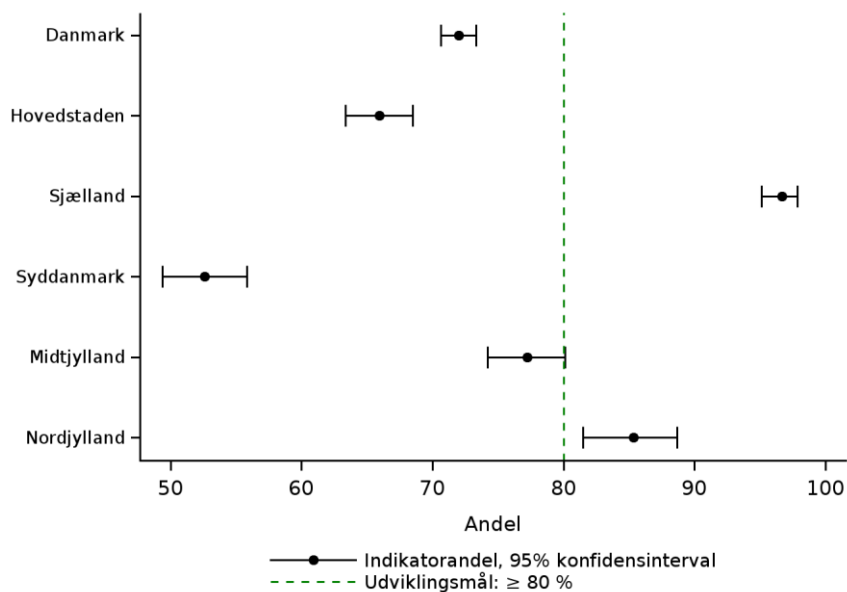
Indikator 5: Indlæggelse på akut hjertemodtagelse ved NSTEMI

Andel af patienter med NSTEMI indlagt direkte på akut hjertemodtagelse. Udviklingsmål $\geq 80\%$

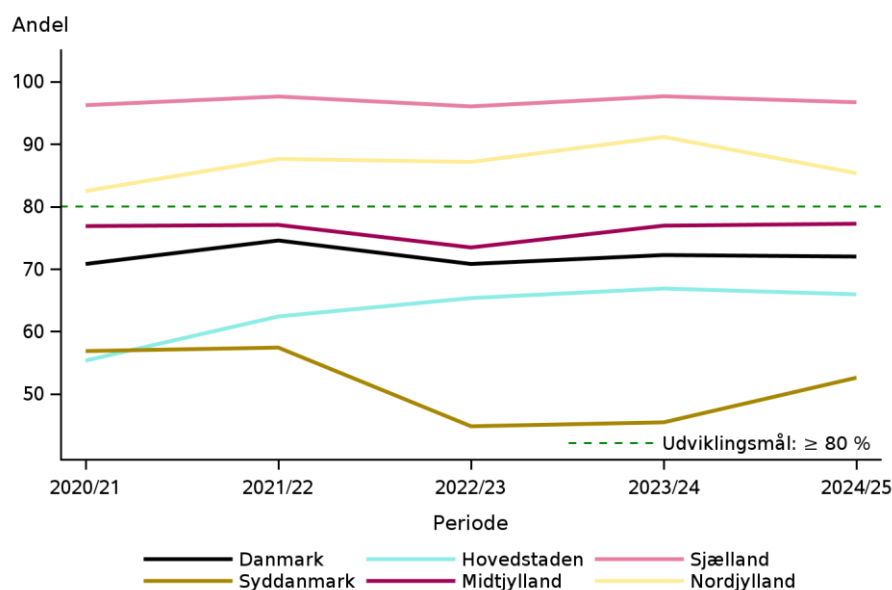
Indikator 5: Andel af patienter med NSTEMI indlagt direkte på akut hjertemodtagelse

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 80\%$	Tæller/ nævner		01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24	22/23	
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	2.913 / 4.046	0 (0)	72,0	(70,6-73,4)	2.958 / 4.095	72,2	70,8
Hovedstaden	Nej	850 / 1.289	0 (0)	65,9	(63,3-68,5)	846 / 1.265	66,9	65,4
Sjælland	Ja	644 / 666	0 (0)	96,7	(95,0-97,9)	748 / 766	97,7	96,0
Syddanmark	Nej	486 / 924	0 (0)	52,6	(49,3-55,9)	400 / 880	45,5	44,8
Midtjylland	Nej	601 / 778	0 (0)	77,2	(74,1-80,2)	624 / 811	76,9	73,4
Nordjylland	Ja	332 / 389	0 (0)	85,3	(81,4-88,7)	340 / 373	91,2	87,1

Indikator 5: Andel af patienter med NSTEMI indlagt direkte på akut hjertemodtagelse. Forest plot på regionsniveau.



Indikator 5: Andel af patienter med NSTEMI indlagt direkte på akut hjertemodtagelse. Trendgraf på regionsniveau.



Datagrundlag og beregningsregler

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er NSTEMI

Tæller

Patientforløb, som indgår i nævneren, hvor patienten er indlagt direkte på en akut hjertemodtagelse

Der henvises til Appendiks side 104 for en oversigt over akutte hjertemodtagelser i Danmark.

Eksklusion:

- Patientforløb hvor patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er "Ikke AKS", STEMI, BBBMI eller UAP
- Patientforløb indberettet til DanAKS, som ikke kan kobles med et indlæggelsesforløb i LPR
- Patienter som ikke har bopæl i Danmark
- Dobbeltindberetning: Kun det senest indberettede forløb indgår i indikatoropgørelsen ved patientforløb, hvor samme forløb er indberettet flere gange til DanAKS.

Uoplyst:

- Ikke muligt

	Antal	Årsag
Eksklusion:	60	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	23	Ikke bopæl i Danmark
	417	Ikke AKS
	114	Dobbeltindberetning
	4.647	Ikke NSTEMI

Indikatorresultater

På landsplan blev 72,0% af patienterne med NSTEMI indlagt direkte på en akut hjertemodtagelse i det aktuelle opgørelsesår. Der observeres fortsat betydelig regional variation, og andelen af patienterne med NSTEMI som indlægges direkte på en akut hjertemodtagelse varierer således fra 52,6 % i Region Syddanmark til 96,7% i Region Sjælland.

Andelen af patienterne med NSTEMI som indlægges direkte på en akut hjertemodtagelse har ligget på samme niveau i de enkelte regioner over de sidste fem år (se trendgrafen på forrige side).

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Det er anbefalingen, at patienter med NSTEMI indlægges direkte på en "akut hjertemodtagelse". Definitionen af en "akut hjertemodtagelse" er baseret på DCS og DASAEM fælles holdningspapir om modtagelse af akutte kardiologiske patienter. De enkelte regioner er anmodet om at anføre, hvilke akutte modtagelser som opfylder dette.

Som ved sidste års nationale kvalitetsaudit bemærker styregruppen, at der er matrikler som næppe opfylder kriterierne, f.eks. døgndækket adgang til ekkokardiografi. Det er fortsat styregruppens holdning, at man skal forsøge at opdatere listen af "akutte hjertemodtagelser" i Danmark.

Formandskabet vil sende mail til DCS mhp. en liste over kriterier som må være opfyldt for at have status som "akut hjertemodtagelse". Når denne er fremstillet, vil man igen bede regionerne bekræfte at alle nødvendige kriterier er opfyldt for de indberettede afdelinger.

Ændringen kan ikke laves inden offentliggørelse af årets rapport.

Indikator 12: Ekkokardiografi inden udskrivelse

Andel af patienter med verificeret AMI med gennemført ekkokardiografi før udskrivelse.

Indikatoren er overgået til at være en supplerende opgørelse fra Årsrapport 2025, da der gennem flere år er observeret høj kvalitet uden betydelig variation mellem regioner eller hospitaler.

Der henvises til den supplerende opgørelse på side 83.

Indikator 13: Dual antiplatelet therapy

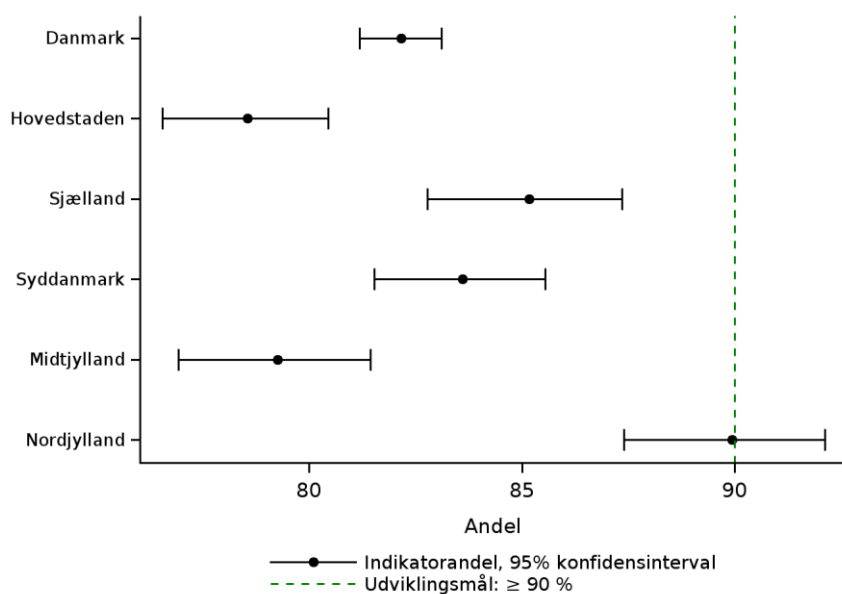
Andel af patientforløb med AMI, hvor der er indløst recept på dual antiplatelet therapy (DAPT) (både Magnyl og P2Y12 inhibitor) eller Magnyl eller P2Y12 inhibitor i kombination med DOAK/VKA senest 30 dage efter udskrivelse. Udviklingsmål $\geq 90\%$

Indikator 13: Andel af patientforløb med AMI, hvor der er indløst recept på DAPT (både magnyl og P2Y12-inhibitor) eller magnyl eller P2Y12 inhibitor i kombination med DOAK/VKA senest 30 dage efter udskrivelse

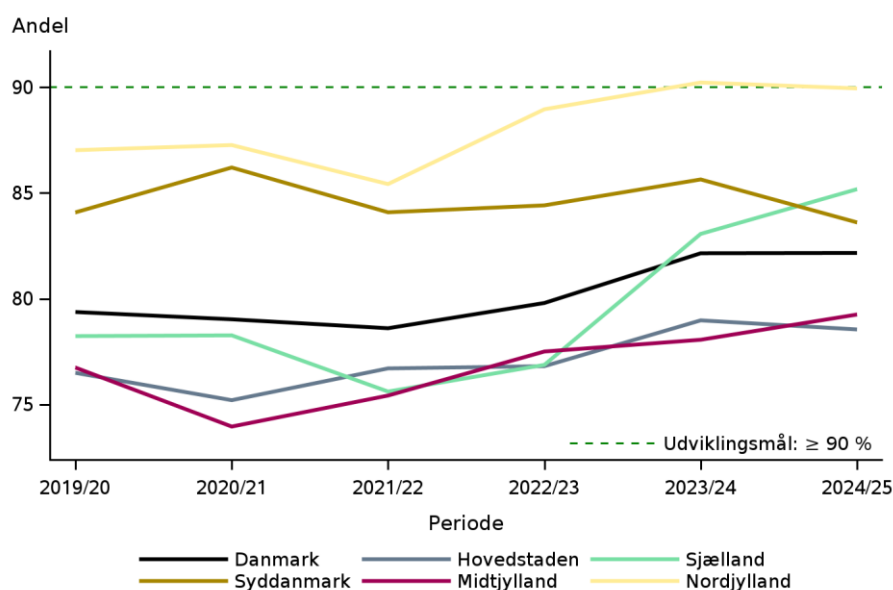
	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 90\%$	Tæller/		01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		22/23
	opfyldt	nævner		Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	4.879 / 5.938	0 (0)	82,2	(81,2-83,1)	5.601 / 6.818	82,2	79,8
Hovedstaden	Nej	1.355 / 1.725	0 (0)	78,6	(76,5-80,5)	1.533 / 1.941	79,0	76,8
Sjælland	Nej	816 / 958	0 (0)	85,2	(82,8-87,4)	981 / 1.181	83,1	76,9
Syddanmark	Nej	1.117 / 1.336	0 (0)	83,6	(81,5-85,6)	1.270 / 1.483	85,6	84,4
Midtjylland	Nej	1.001 / 1.263	0 (0)	79,3	(76,9-81,5)	1.153 / 1.477	78,1	77,5
Nordjylland	Nej	590 / 656	0 (0)	89,9	(87,4-92,1)	664 / 736	90,2	89,0
Hovedstaden	Nej	1.355 / 1.725	0 (0)	78,6	(76,5-80,5)	1.533 / 1.941	79,0	76,8
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	230 / 304	0 (0)	75,7	(70,4-80,4)	241 / 301	80,1	72,1
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	151 / 200	0 (0)	75,5	(68,9-81,3)	186 / 243	76,5	77,1
Bornholms Hospital	Nej	23 / 53	0 (0)	43,4	(29,8-57,7)	33 / 60	55,0	52,7
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	288 / 376	0 (0)	76,6	(72,0-80,8)	491 / 603	81,4	83,2
Nordsjællands Hospital	Nej	217 / 268	0 (0)	81,0	(75,8-85,5)	244 / 319	76,5	80,2
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Nej	446 / 524	0 (0)	85,1	(81,8-88,1)	302 / 370	81,6	73,7
Sjælland	Nej	816 / 958	0 (0)	85,2	(82,8-87,4)	981 / 1.181	83,1	76,9
Holbæk Sygehus	Nej	121 / 148	0 (0)	81,8	(74,6-87,6)	166 / 212	78,3	65,1
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Nej	208 / 244	0 (0)	85,2	(80,2-89,4)	236 / 295	80,0	76,2
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F	Nej	156 / 186	0 (0)	83,9	(77,8-88,8)	162 / 205	79,0	66,2

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90%	Tæller/ nævner		01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		22/23
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Nej	331 / 380	0 (0)	87,1	(83,3-90,3)	417 / 469	88,9	90,7
Syddanmark	Nej	1.117 / 1.336	0 (0)	83,6	(81,5-85,6)	1.270 / 1.483	85,6	84,4
Odense Universitetshospital, Odense	Nej	269 / 319	0 (0)	84,3	(79,9-88,1)	266 / 305	87,2	81,2
Odense Universitetshospital, Svendborg	Nej	195 / 235	0 (0)	83,0	(77,6-87,6)	221 / 255	86,7	84,7
Sydvestjysk Sygehus	Nej	182 / 204	0 (0)	89,2	(84,1-93,1)	217 / 254	85,4	90,4
Sygehus Lillebælt	Nej	284 / 340	0 (0)	83,5	(79,2-87,3)	336 / 398	84,4	84,7
Sygehus Sønderjylland	Nej	187 / 238	0 (0)	78,6	(72,8-83,6)	230 / 271	84,9	82,8
Midtjylland	Nej	1.001 / 1.263	0 (0)	79,3	(76,9-81,5)	1.153 / 1.477	78,1	77,5
Aarhus Universitetshospital	Nej	355 / 406	0 (0)	87,4	(83,8-90,5)	371 / 433	85,7	87,0
Hospitalsenhed Midt	Nej	186 / 212	0 (0)	87,7	(82,5-91,8)	213 / 246	86,6	88,4
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	113 / 246	0 (0)	45,9	(39,6-52,4)	151 / 325	46,5	51,3
Regionshospitalet Horsens	Nej	158 / 183	0 (0)	86,3	(80,5-91,0)	174 / 201	86,6	79,8
Regionshospitalet Randers	Nej	189 / 216	0 (0)	87,5	(82,3-91,6)	244 / 272	89,7	88,4
Nordjylland	Nej	590 / 656	0 (0)	89,9	(87,4-92,1)	664 / 736	90,2	89,0
Aalborg Universitetshospital	Nej	526 / 585	0 (0)	89,9	(87,2-92,2)	606 / 667	90,9	89,1
Regionshospital Nordjylland	Ja	64 / 71	0 (0)	90,1	(80,7-95,9)	58 / 69	84,1	87,5

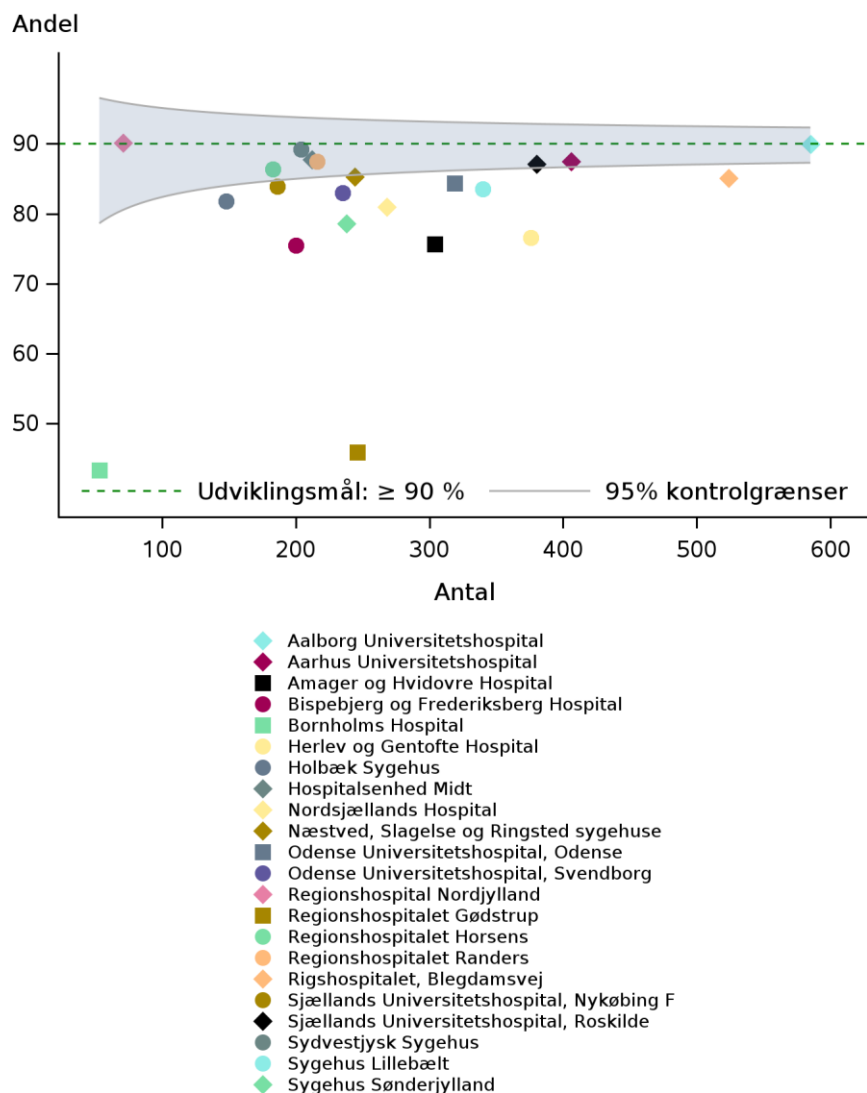
Indikator 13: Andel af patientforløb med AMI, hvor der er indløst recept på DAPT (både magnyl og P2Y12-inhibitor) eller magnyl eller P2Y12 inhibitor i kombination med DOAK/VKA senest 30 dage efter udskrivelse. Forest plot på regionsniveau.



Indikator 13: Andel af patientforløb med AMI, hvor der er indløst recept på DAPT (både magnyl og P2Y12-inhibitor) eller magnyl eller P2Y12 inhibitor i kombination med DOAK/VKA senest 30 dage efter udskrivelse. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 13: Andel af patientforløb med AMI, hvor der er indløst recept på DAPT (både magnyl og P2Y12-inhibitor) eller magnyl eller P2Y12 inhibitor i kombination med DOAK/VKA senest 30 dage efter udskrivelse. Funnel plot på afdelingsniveau.



Figuren viser et funnelplot af det opnåede indikatorresultat mod antallet af indberettede patientforløb per enhed. Den grønne stiplede linje viser det fastsatte udviklingsmål, mens den omkringliggende tragt viser et 95% konfidensinterval omkring udviklingsmålet (ved et givent antal patientforløb). De enheder, som ligger under tragten omkring den grønne linje, viser enheder, der med stor sandsynlighed har et resultat, som ligger under det fastsatte udviklingsmål. Tragten er altså et billede på den variation, der kan ligge omkring et givent niveau i resultatet. Tragten bliver mindre ud af x-aksen, idet resultatet er mere sikkert jo flere patientforløb, det er baseret på.

Datagrundlag og beregningsregler

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er AMI

Tæller

Patientforløb, som indgår i nævneren, hvor patienten har indløst recept på både Magnyl og P2Y12 inhibitor (DAPT eller som del af triple terapi) eller Magnyl eller P2Y12 inhibitor i kombination med orale antikoagulantia (direkte orale antikoagulantia (DOAK) / vitamin K antagonist (VKA)), inden for 6 mdr. før indlæggelse til 30 dage efter udskrivelse fra hospital

Der er inkluderet recepter med følgende ATC-koder fra Lægemiddelstatistikregisteret:

- Magnyl: B01AC06 (Acetylsalicylsyre)
- P2Y12 inhibitor: B01AC04 (Clopidogrel), B01AC22 (Prasugrel), B01AC24 (Ticagrelor)
- DOAK (direkte orale antikoagulantia): B01AE07 (Dabigatranetexilat), B01AF01 (Rivaroxaban), B01AF02 (Apixaban) og B01AF03 (Edoxaban)
- VKA (vitamin K antagonist): B01AA* (Vitamin K-antagonister)

Eksklusion:

- Patientforløb hvor patientens diagnose ikke er AMI (patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er "Ikke AKS" eller UAP eller forløbet findes alene i LPR med en DI200*, DI23* eller DI24* diagnosekode)
- Patientforløb indberettet til DanAKS, som ikke kan kobles med et indlæggelsesforløb i LPR
- Patienter som er døde ved udskrivelse fra hospital
- Patienter som ikke er bosat i Danmark
- Dobbeltindberetning: Kun det senest indberettede forløb indgår indikatoropgørelsen ved patientforløb, hvor samme forløb er indberettet flere gange til DanAKS
- Patientforløb hvor data op til 30 dage efter udskrivelse endnu ikke er tilgængelige fra Lægemiddelstatistikregisteret

Uoplyst:

- Ikke muligt

	Antal	Årsag
Eksklusion:	60	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	22	Ikke bopæl i Danmark
	417	Ikke AKS
	324	Død ved udskrivelse
	114	Dobbeltindberetning
	636	Receptdata endnu ikke tilgængelige
	1.796	Ikke AMI

Indikatorresultater

På landsplan havde 82,2% af patienterne med AMI indløst recepter på DAPT (både Magnyl og P2Y12 inhibitor) eller Magnyl eller P2Y12 inhibitor i kombination med DOAK/VKA senest 30 dage efter udskrivelse. På regionsniveau varierer andelen fra 78,6% i Region Hovedstaden til 89,9% i Region Nordjylland, mens andelen på hospitalsniveau varierer fra 43,4% for Bornholms Hospital til 90,1% for Regionshospital Nordjylland, der som det eneste hospital har nået udviklingsmålet på $\geq 90\%$.

Blandt patienter med verificeret AMI er der 86,1%, som har indløst recepter på både Magnyl og P2Y12 inhibitor eller Magnyl eller P2Y12 inhibitor i kombination med DOAK/VKA senest 30 dage efter udskrivelse fra hospital, på landsplan i det aktuelle opgørelsesår.

På side 85 er der vist en supplerende opgørelse over hvor mange patienter med AMI, som har indløst recepter på henholdsvis DAPT, triple terapi (dvs. Magnyl og P2Y12 inhibitor i kombination med DOAK/VKA) og Magnyl eller P2Y12 inhibitor i kombination med DOAK/VKA. På landsplan er det 4% af AMI-patienterne, som er i behandling med triple terapi senest 30 dage efter udskrivelse, mens andelen på regionsniveau varierer mellem 3–5%. Der er 11% af AMI-patienterne, som har indløst recept på Magnyl eller P2Y12 inhibitor i kombination med DOAK/VKA, mens 67% har indløst recept på Magnyl og P2Y12 uden DOAK/VKA (DAPT).

I det aktuelle opgørelsesår er det på landsplan 86,4% af patienter med AMI, som har fået administreret Magnyl på sygehuset under indlæggelsen, mens 51,4% har fået administreret P2Y12 inhibitor. Der er 50,4% af patienterne med AMI, som har fået administreret både Magnyl og P2Y12 inhibitor under indlæggelsen. Hvis der kun ses på patienter med STEMI er der 87,1% og 70,8%, som har fået administreret henholdsvis Magnyl og P2Y12 inhibitor. Der er 69,5% af patienterne med STEMI som har fået administreret både Magnyl og P2Y12 inhibitor under indlæggelsen.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Som sidste år er der kun et enkelt hospital som har nået udviklingsmålet. Styregruppen vurderer, at en lav dækningsgrad medfører at der kan være patienter i opgørelsen, som ikke har AMI, og som derfor ikke bør have DAPT. Der er lavet en supplerende opgørelse, hvor der kun inkluderes patienter med verificeret AMI. Her er den landsdækkende opfyldelse 86%. Det indikerer at den nationale opfyldelse af indikatoren må forventes at være betydeligt påvirket af den lave dækningsgrad for registeret. Opgørelsen på grundlag af LPR må forventes at indeholde patienter som ikke har regelret AMI (fejldiagnoser).

Uanset problemerne med dækningsgraden er der matrikler med en påfaldende lav opfyldelse. Efter sidste års auditering af årsrapporten anbefalede styregruppen at der blev lavet en systematisk journalaudit. De nødvendige juridiske forhold for at kunne gennemføre journalaudit afklares. Vi forventer at resultater af denne audit vil være klar i god tid før næste års rapport.

Indtil resultatet af journalaudit foreligger er der ikke grundlag for at konkludere, at den regionale variation er betinget af en utilstrækkelig kvalitet. Styregruppen anbefaler dog at man lokalt laver tiltag for at afdække årsager til en lav målopfyldelse.

Vurdering af indikatoren

Det er styregruppens holdning, at indikatoren og udviklingsmål i sin nuværende udformning er relevant.

Indikator 14: Lipidsænkende præparat

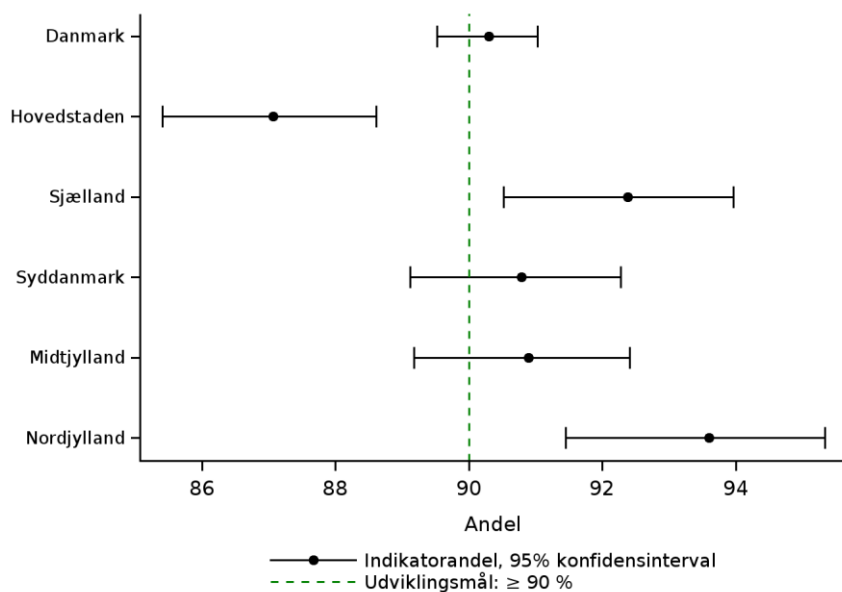
Andel af patientforløb med AMI, hvor der er indløst recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse. Udviklingsmål $\geq 90\%$.

Indikator 14: Andel af patientforløb med AMI, hvor der er indløst recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse

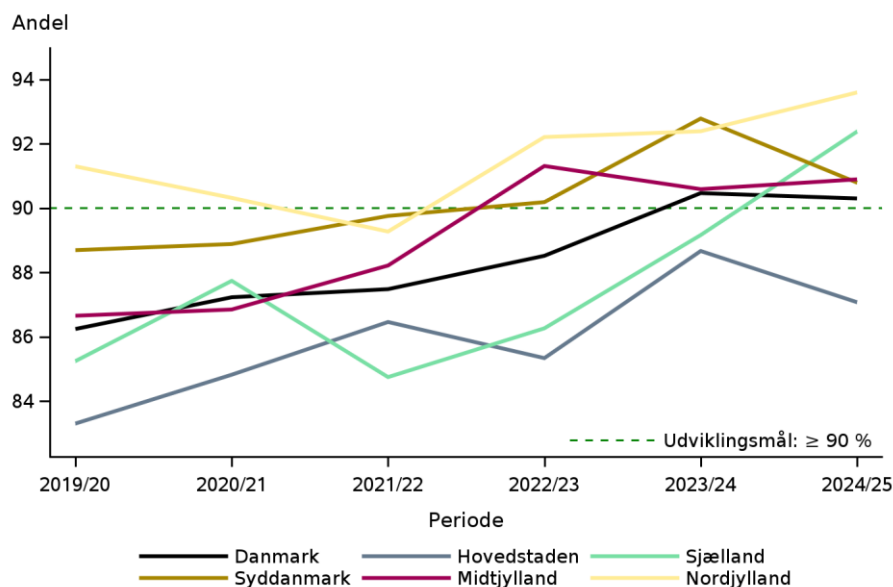
	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 90\%$	Tæller/		01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		22/23
	opfyldt	nævner		Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	5.362 / 5.938	0 (0)	90,3	(89,5-91,0)	6.168 / 6.818	90,5	88,5
Hovedstaden	Nej	1.502 / 1.725	0 (0)	87,1	(85,4-88,6)	1.721 / 1.941	88,7	85,3
Sjælland	Ja	885 / 958	0 (0)	92,4	(90,5-94,0)	1.053 / 1.181	89,2	86,3
Syddanmark	Ja	1.213 / 1.336	0 (0)	90,8	(89,1-92,3)	1.376 / 1.483	92,8	90,2
Midtjylland	Ja	1.148 / 1.263	0 (0)	90,9	(89,2-92,4)	1.338 / 1.477	90,6	91,3
Nordjylland	Ja	614 / 656	0 (0)	93,6	(91,4-95,3)	680 / 736	92,4	92,2
Hovedstaden	Nej	1.502 / 1.725	0 (0)	87,1	(85,4-88,6)	1.721 / 1.941	88,7	85,3
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	266 / 304	0 (0)	87,5	(83,2-91,0)	261 / 301	86,7	82,8
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	173 / 200	0 (0)	86,5	(81,0-90,9)	219 / 243	90,1	85,2
Bornholms Hospital	Nej	30 / 53	0 (0)	56,6	(42,3-70,2)	45 / 60	75,0	80,2
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	319 / 376	0 (0)	84,8	(80,8-88,3)	528 / 603	87,6	87,2
Nordsjællands Hospital	Nej	230 / 268	0 (0)	85,8	(81,1-89,8)	284 / 319	89,0	84,3
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Ja	484 / 524	0 (0)	92,4	(89,8-94,5)	346 / 370	93,5	85,6
Sjælland	Ja	885 / 958	0 (0)	92,4	(90,5-94,0)	1.053 / 1.181	89,2	86,3
Holbæk Sygehus	Nej	132 / 148	0 (0)	89,2	(83,0-93,7)	191 / 212	90,1	77,0
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Ja	222 / 244	0 (0)	91,0	(86,7-94,3)	259 / 295	87,8	85,4
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F	Ja	168 / 186	0 (0)	90,3	(85,1-94,2)	174 / 205	84,9	85,5
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Ja	363 / 380	0 (0)	95,5	(92,9-97,4)	429 / 469	91,5	92,5

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90%	Tæller/ nævner		01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		22/23
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Syddanmark	Ja	1.213 / 1.336	0 (0)	90,8	(89,1-92,3)	1.376 / 1.483	92,8	90,2
Odense Universitetshospital, Odense	Ja	293 / 319	0 (0)	91,8	(88,3-94,6)	282 / 305	92,5	88,7
Odense Universitetshospital, Svendborg	Nej	208 / 235	0 (0)	88,5	(83,7-92,3)	240 / 255	94,1	89,8
Sydvestjysk Sygehus	Ja	191 / 204	0 (0)	93,6	(89,3-96,6)	239 / 254	94,1	90,8
Sygehus Lillebælt	Ja	314 / 340	0 (0)	92,4	(89,0-94,9)	363 / 398	91,2	91,3
Sygehus Sønderjylland	Nej	207 / 238	0 (0)	87,0	(82,0-91,0)	252 / 271	93,0	90,3
Midtjylland	Ja	1.148 / 1.263	0 (0)	90,9	(89,2-92,4)	1.338 / 1.477	90,6	91,3
Aarhus Universitetshospital	Ja	375 / 406	0 (0)	92,4	(89,3-94,8)	395 / 433	91,2	92,9
Hospitalsenhed Midt	Ja	201 / 212	0 (0)	94,8	(90,9-97,4)	228 / 246	92,7	91,7
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	195 / 246	0 (0)	79,3	(73,7-84,2)	287 / 325	88,3	88,5
Regionshospitalet Horsens	Ja	173 / 183	0 (0)	94,5	(90,2-97,3)	179 / 201	89,1	92,1
Regionshospitalet Randers	Ja	204 / 216	0 (0)	94,4	(90,5-97,1)	249 / 272	91,5	92,1
Nordjylland	Ja	614 / 656	0 (0)	93,6	(91,4-95,3)	680 / 736	92,4	92,2
Aalborg Universitetshospital	Ja	551 / 585	0 (0)	94,2	(92,0-95,9)	624 / 667	93,6	93,1
Regionshospital Nordjylland	Nej	63 / 71	0 (0)	88,7	(79,0-95,0)	56 / 69	81,2	84,7

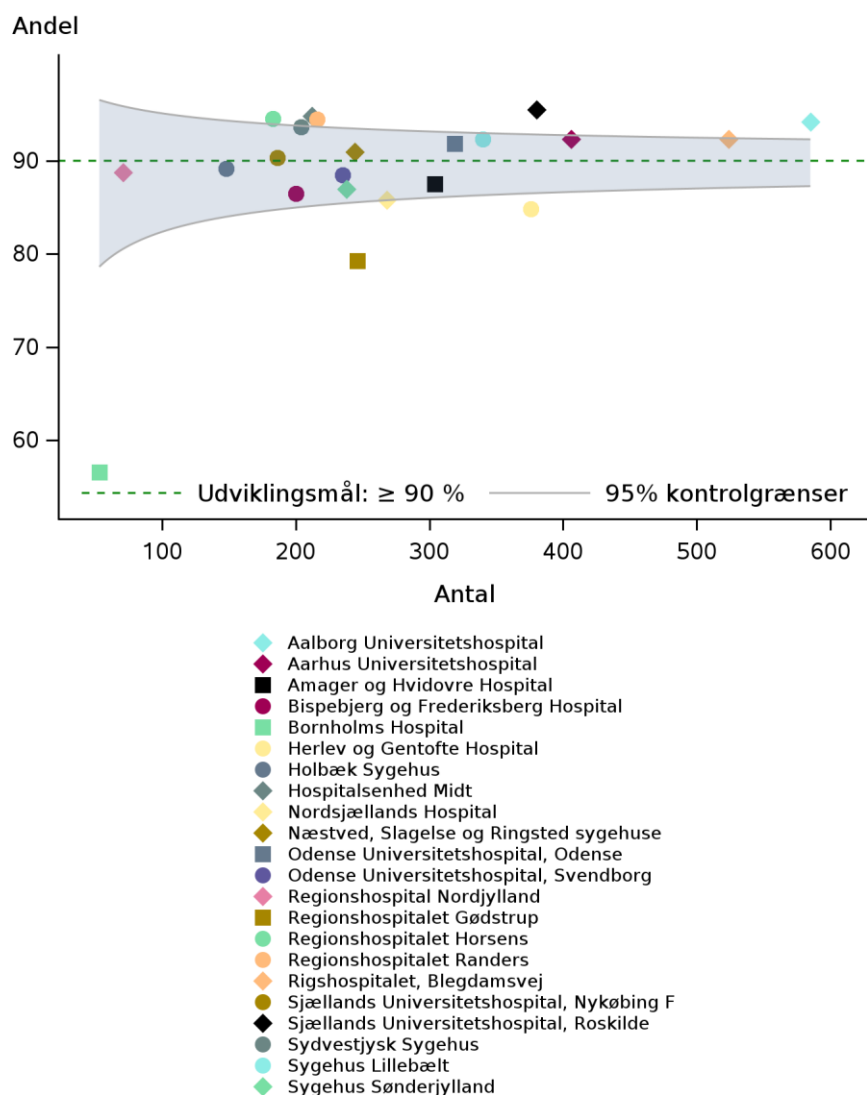
Indikator 14: Andel af patientforløb med AMI, hvor der er indløst recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse. Forest plot på regionsniveau.



Indikator 14: Andel af patientforløb med AMI, hvor der er indløst recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 14: Andel af patientforløb med AMI, hvor der er indløst recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse. Funnel plot på afdelingsniveau.



Figuren viser et funnelplot af det opnåede indikatorresultat mod antallet af indberettede patientforløb per enhed. Den grønne stiplede linje viser det fastsatte udviklingsmål, mens den omkringliggende tragt viser et 95% konfidensinterval omkring udviklingsmålet (ved et givent antal patientforløb). De enheder, som ligger under tragten omkring den grønne linje, viser enheder, der med stor sandsynlighed har et resultat, som ligger under det fastsatte udviklingsmål. Tragten er altså et billede på den variation, der kan ligge omkring et givent niveau i resultatet. Tragten bliver mindre ud af x-aksen, idet resultatet er mere sikkert jo flere patientforløb, det er baseret på.

Datagrundlag og beregningsregler

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er AMI

Tæller

Patientforløb som indgår i nævneren, hvor patienten har indløst recept på lipidsænkende præparat inden for 6 mdr. før indlæggelse til 30 dage efter udskrivelse fra hospital.

Der er inkluderet recepter med følgende ATC-koder fra Lægemiddelstatistikregisteret:

C10AA* Statiner

C10AB* Fibrater

C10AC* Anionbyttere

C10AD* Nicotinsyre og derivater

C10AX09 Ezetimib

C10BA* Kolesterolabsorptionshæmmer i kombination med et statin

Eksklusion:

- Patientforløb hvor patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er "Ikke AKS" eller UAP samt patientforløb som alene findes i LPR med en DI200*, DI23* eller DI24* diagnosekode
- Patientforløb indberettet til DanAKS, som ikke kan kobles med et indlæggelsesforløb i LPR
- Patienter som er døde ved udskrivelse fra hospital
- Patienter som ikke er bosat i Danmark
- Dobbeltindberetning: Kun det senest indberettede forløb indgår i indikatoropgørelsen ved patientforløb, hvor samme forløb er indberettet flere gange til DanAKS
- Patientforløb hvor data op til 30 dage efter udskrivelse endnu ikke er tilgængelige fra Lægemiddelstatistikregisteret

Uoplyst:

- Ikke muligt

	Antal	Årsag
Eksklusion:	60	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	22	Ikke bopæl i Danmark
	417	Ikke AKS
	324	Død ved udskrivelse
	114	Dobbeltindberetning
	636	Receptdata endnu ikke tilgængelige
	1.796	Ikke AMI

Indikatorresultater

På landsplan har 90,3% af patienterne med AMI indløst en recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse fra hospital, mens andelen på regionsniveau varierer fra 87,1% i Region Hovedstaden til 93,6% i Region Syddanmark. På hospitalsniveau varierer andelen, som har indløst recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse, fra 56,6% for Bornholms Hospital til 95,5% for Sjællands Universitetshospital, Roskilde.

Blandt patienter med verificeret AMI var der 92,8% på landsplan, som havde indløst recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse fra hospital, i det aktuelle opgørelsesår.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Styregruppen bemærker, at der er en generel stigning i andelen som indløser recept. Således er udviklingsmålet nu opfyldt i 4 af 5 regioner. Der er lavet en supplerende opgørelse, hvor der kun inkluderes patienter med verificeret AMI. Her er den landsdækkende opfyldelse 93%. Det indikerer at den nationale opfyldelse af indikatoren må forventes at være betydeligt påvirket af den lave dækningsgrad for registeret. Opgørelsen på grundlag af LPR må forventes at indeholde patienter som ikke har regelret AMI (fejldiagnoser). Samlet set må man derfor forvente at målopfyldelse vil være til stede på de fleste matrikler.

Uanset problemerne med dækningsgraden, er der matrikler med en påfaldende lav opfyldelse. Styregruppen anbefaler, at man lokalt laver tiltag for at afdække årsager til en lav målopfyldelse

Vurdering af indikatoren

Styregruppen indstiller, at indikatoren fastholdes uændret.

Indikator 15-16: Betablokker og/eller ACE-hæmmer

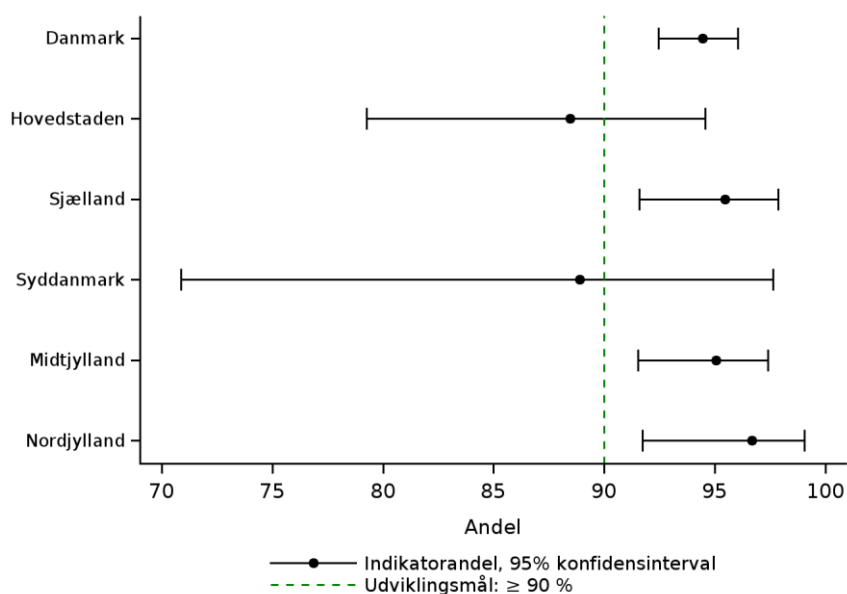
Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF ≤ 40, hvor der er indløst recept på beta-blokker og/eller ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse. Udviklingsmål ≥ 90%

Indikator 15_16: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF ≤ 40, hvor der er indløst recept på beta-blokker eller ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse

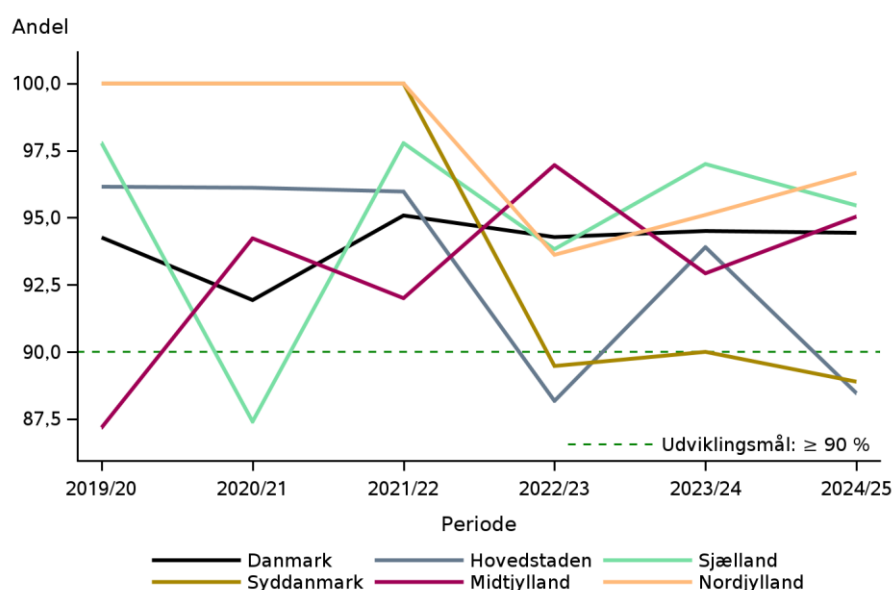
	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90%	Tæller/		01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24	22/23	
	opfyldt	nævner		Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	628 / 665	38 (5)	94,4	(92,4-96,1)	705 / 746	94,5	94,3
Hovedstaden	Nej	69 / 78	9 (10)	88,5	(79,2-94,6)	77 / 82	93,9	88,2
Sjælland	Ja	189 / 198	16 (7)	95,5	(91,5-97,9)	194 / 200	97,0	93,8
Syddanmark	Nej	24 / 27	0 (0)	88,9	(70,8-97,6)	9 / 10	90,0	89,5
Midtjylland	Ja	230 / 242	10 (4)	95,0	(91,5-97,4)	289 / 311	92,9	97,0
Nordjylland	Ja	116 / 120	3 (2)	96,7	(91,7-99,1)	136 / 143	95,1	93,6
Hovedstaden	Nej	69 / 78	9 (10)	88,5	(79,2-94,6)	77 / 82	93,9	88,2
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	9 / 10	0 (0)	90,0	(55,5-99,7)	13 / 13	100,0	92,9
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Ja	18 / 18	1 (5)	100,0	(81,5-100,0)	17 / 18	94,4	87,5
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	3 / 4	0 (0)	75,0	(19,4-99,4)	##	100,0	100,0
Nordsjællands Hospital	Nej	16 / 20	0 (0)	80,0	(56,3-94,3)	32 / 35	91,4	85,4
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Nej	23 / 26	8 (24)	88,5	(69,8-97,6)	13 / 14	92,9	75,0
Sjælland	Ja	189 / 198	16 (7)	95,5	(91,5-97,9)	194 / 200	97,0	93,8
Holbæk Sygehus	Ja	53 / 54	4 (7)	98,1	(90,1-100,0)	46 / 47	97,9	95,7
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Ja	7 / 7	0 (0)	100,0	(59,0-100,0)	15 / 15	100,0	100,0
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F	Ja	48 / 50	8 (14)	96,0	(86,3-99,5)	46 / 47	97,9	100,0
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Ja	81 / 87	4 (4)	93,1	(85,6-97,4)	87 / 91	95,6	92,0
Syddanmark	Nej	24 / 27	0 (0)	88,9	(70,8-97,6)	9 / 10	90,0	89,5

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90%	Tæller/		01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		22/23
	opfyldt	nævner		Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Odense Universitetshospital, Odense	Ja	8 / 8	0 (0)	100,0	(63,1-100,0)			
Odense Universitetshospital, Svendborg	Nej	15 / 17	0 (0)	88,2	(63,6-98,5)	9 / 10	90,0	94,1
Sydvestjysk Sygehus	Nej	##/##	0 (0)	50,0	(1,3-98,7)			
Midtjylland	Ja	230 / 242	10 (4)	95,0	(91,5-97,4)	289 / 311	92,9	97,0
Aarhus Universitetshospital	Ja	71 / 76	0 (0)	93,4	(85,3-97,8)	90 / 94	95,7	94,8
Hospitalsenhed Midt	Ja	39 / 40	1 (2)	97,5	(86,8-99,9)	45 / 48	93,8	98,1
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	42 / 47	5 (10)	89,4	(76,9-96,5)	57 / 69	82,6	96,0
Regionshospitalet Horsens	Ja	30 / 30	3 (9)	100,0	(88,4-100,0)	41 / 43	95,3	97,6
Regionshospitalet Randers	Ja	48 / 49	1 (2)	98,0	(89,1-99,9)	56 / 57	98,2	100,0
Nordjylland	Ja	116 / 120	3 (2)	96,7	(91,7-99,1)	136 / 143	95,1	93,6
Aalborg Universitetshospital	Ja	90 / 91	0 (0)	98,9	(94,0-100,0)	112 / 118	94,9	93,0
Regionshospitalet Nordjylland	Nej	26 / 29	3 (9)	89,7	(72,6-97,8)	24 / 25	96,0	95,7

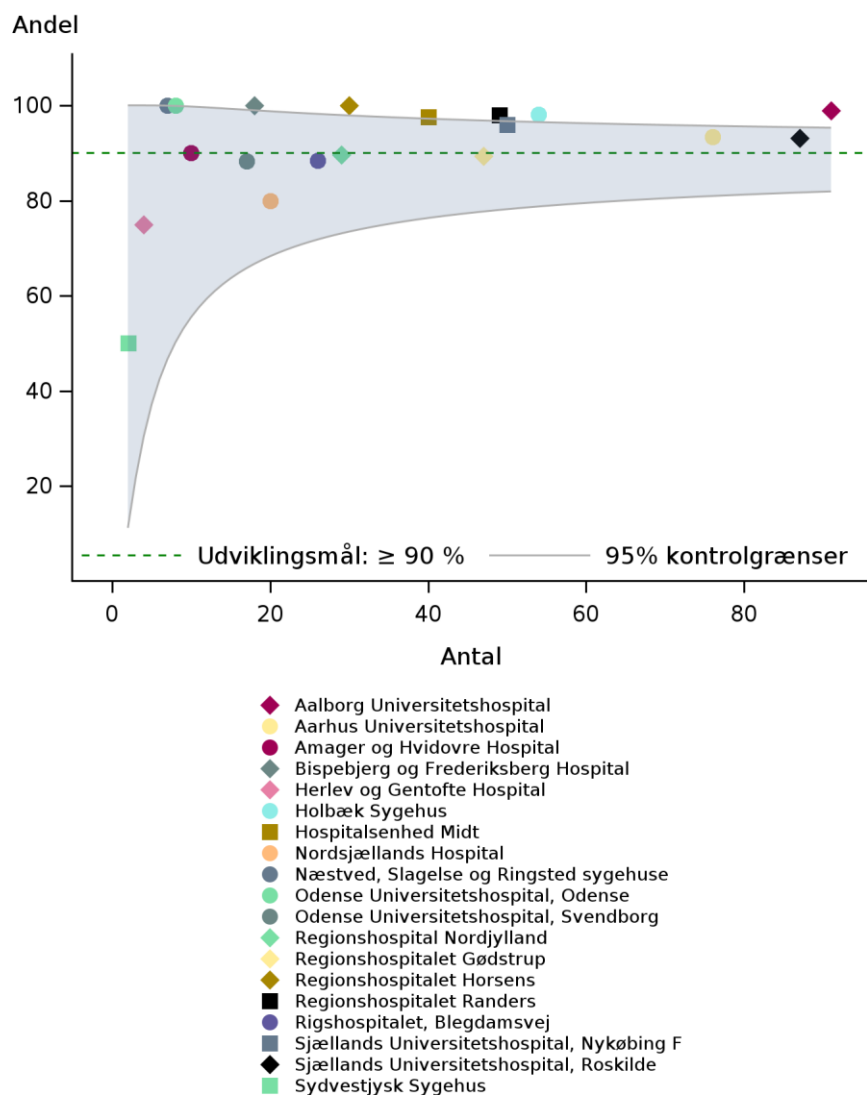
Indikator 15_16: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF ≤ 40 , hvor der er indløst recept på beta-blokker eller ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse. Forest plot på regionsniveau.



Indikator 15_16: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF ≤ 40 , hvor der er indløst recept på beta-blokker eller ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 15_16: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF ≤ 40 , hvor der er indløst recept på beta-blokker eller ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse. Funnel plot på afdelingsniveau.



Figuren viser et funnelplot af det opnåede indikatorresultat mod antallet af indberettede patientforløb per enhed. Den grønne stiplede linje viser det fastsatte udviklingsmål, mens den omkringliggende tragt viser et 95% konfidensinterval omkring udviklingsmålet (ved et givent antal patientforløb). De enheder, som ligger under tragten omkring den grønne linje, viser enheder, der med stor sandsynlighed har et resultat, som ligger under det fastsatte udviklingsmål. Tragten er altså et billede på den variation, der kan ligge omkring et givent niveau i resultatet. Tragten bliver mindre ud af x-aksen, idet resultatet er mere sikkert jo flere patientforløb, det er baseret på.

Datagrundlag og beregningsregler

Nævner

Patientforløb hvor patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er AMI (STEMI, BBBMI eller NSTEMI) og patienten har LVEF $\leq 40\%$

Tæller

Patientforløb som indgår i nævneren, hvor patienten har indløst recept på beta-blokker og/eller ACE-hæmmere / Angiotensin II-receptorblokker inden for 6 mdr. før indlæggelse til 30 dage efter udskrivelse fra hospital.

Der er inkluderet recepter med følgende ATC-koder fra Lægemiddelstatistikregisteret:

C07AG02 Carvedilol

C07AB02 Metoprolol

C07AB07 Bisoprolol

C07AB12 Nebivolol

C09A* ACE-hæmmere

C09B* ACE-hæmmere, kombinationer

C09CA01 Losartan

C09DA01 Losartan og diuretika

C09CA03 Valsartan

C09DA03 Valsartan og diuretika

C09DB01 Valsartan og amlodipin

C09DX01 Valsartan, amolodipin og hydrochlortiazid

C09DX04 Valsartan og sacubitril

C09CA06 Candesartan

C09DA06 Candesartan og diuretika

Eksklusion:

- Patientforløb som kun findes i LPR
- Patientforløb hvor patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er "Ikke AKS" eller UAP
- Patientforløb indberettet til DanAKS, som ikke kan kobles med et indlæggelsesforløb i LPR
- Patientforløb hvor patienten har LVEF $> 40\%$
- Patienter som er døde ved udskrivelse fra hospital
- Patienter som ikke er bosat i Danmark

- Dobbeltindberetning: Kun det senest indberettede forløb indgår i indikatoropgørelsen ved patientforløb, hvor samme forløb er indberettet flere gange til DanAKS.
- Patientforløb hvor data for op til 30 dage efter udskrivelse endnu ikke er tilgængelige fra Lægemiddelstatistikregisteret

Uoplyst:

- Patientforløb indberettet til DanAKS, hvor LVEF er uoplyst

	Antal	Årsag
Eksklusion:	60	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	4.307	Kun i LPR
	2.495	LVEF > 40%
	22	Ikke bopæl i Danmark
	417	Ikke AKS
	86	Død ved udskrivelse
	114	Dobbeltindberetning
	68	Receptdata endnu ikke tilgængelige
	1.035	Ikke AMI
Uoplyst:	38	Uoplyst LVEF

Indikatorresultater

På landsplan havde 94,4% af AMI-patienterne med LVEF $\leq$ 40 indløst recept på beta-blokker og/eller ACE-hæmmer / Angiotensin II-receptorblokker senest 30 dage efter udskrivelse fra hospital. På regionsniveau varierer andelen fra 88,5% i Region Hovedstaden til 96,7% i Region Nordjylland. På hospitalsniveau varierer andelen af patienter med LVEF $\leq$ 40, som har indløst recept på beta-blokker og/eller ACE-hæmmer / Angiotensin II-receptorblokker senest 30 dage efter udskrivelse fra 75,0% for Herlev og Gentofte Hospital til 100% for flere hospitaler.

Under Supplerende Opgørelser er der vist tabeller over andelen af AMI-patienter med LVEF $\leq$ 40 som har indløst recept på henholdsvis beta-blokker (se side 85) og ACE-hæmmer / Angiotensin II-receptorblokker (se side 88) senest 30 dage efter udskrivelse fra hospital. På landsplan er der 72,3% af patienterne som har indløst recept på beta-blokker, mens der er 88,4% som har indløst recept på ACE-hæmmer / Angiotensin II-receptorblokker. På regionsniveau varierer andelen som har indløst recept på beta-blokker fra 59,0% i Region Hovedstaden til 76,9% i Region Midtjylland, mens andelen af patienter som har indløst recept på ACE-hæmmer / Angiotensin II-receptorblokker varierer fra 77,8% i Region Syddanmark til 95,0% i Region Nordjylland.

Indikatoren opgøres kun for forløb, som er blevet indberettet via webservicen til DanAKS, og hvor oplysninger om LVEF er tilgængelige. Datagrundlaget er derfor væsentligt mindre end for de øvrige indikatorer. Ved tolkning af indikatorresultaterne bør man særligt være opmærksom på, at det kun er 15% og 24% af AMI-forløbene, som er indberettet til DanAKS fra henholdsvis Region Syddanmark og Region Hovedstaden (se tabel vedr. dækningsgrad for AMI på side 95).

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Opgørelsen af indikatoren er betydeligt påvirket af den lave dækningsgrad på nogle matrikler.

Ved sidste års auditering, blev det anbefalet at indikator 15 og indikator 16 skulle opgøres samlet med et udviklingsmål på 90%.

Den nationale opfyldelse er på 94% hvilket understreger en god kvalitet af behandlingen. De matrikler som ikke opnår standarden er væsentligst steder med lav dækningsgrad. Det er ikke muligt at lave en valid vurdering af kvaliteten af behandlingen med betablooker og/eller ACE-Hæmmer/AT2 på matrikler med lav dækningsgrad.

Vurdering af indikatoren

Styregruppen anbefaler at indikatoren fastholdes.

Indikator 17: Henvisning til hjerterehabilitering

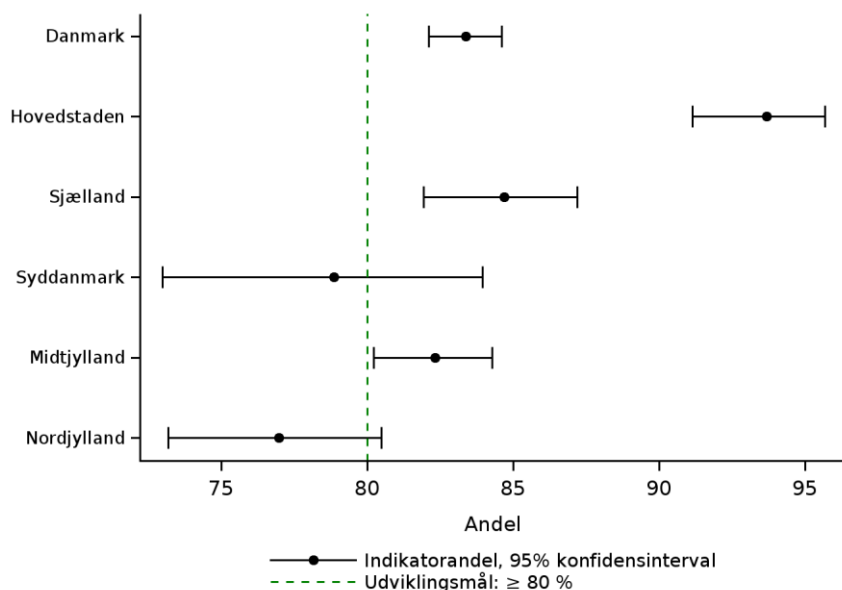
Andel af patienter med verificeret AMI der er henvist til hjerterehabilitering eller hjertesvigtsklinik ved udskrivelse. Udviklingsmål $\geq 80\%$

Indikator 17: Andel af patienter med verificeret AMI der er henvist til hjerterehabilitering eller hjertesvigtsklinik ved udskrivelse

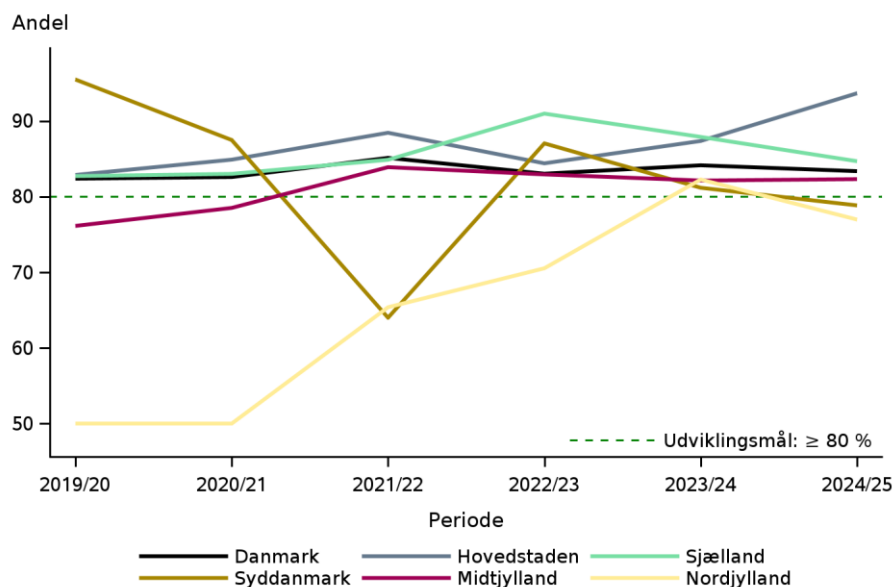
	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 80\%$	Tæller/		01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24	22/23	
	opfyldt	nævner		Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	2.795 / 3.352	0 (0)	83,4	(82,1-84,6)	2.768 / 3.289	84,2	83,0
Hovedstaden	Ja	445 / 475	0 (0)	93,7	(91,1-95,7)	353 / 404	87,4	84,4
Sjælland	Ja	631 / 745	0 (0)	84,7	(81,9-87,2)	691 / 786	87,9	91,0
Syddanmark	Nej	179 / 227	0 (0)	78,9	(73,0-84,0)	82 / 101	81,2	87,1
Midtjylland	Ja	1.132 / 1.375	0 (0)	82,3	(80,2-84,3)	1.173 / 1.428	82,1	83,0
Nordjylland	Nej	408 / 530	0 (0)	77,0	(73,2-80,5)	469 / 570	82,3	70,5
Hovedstaden	Ja	445 / 475	0 (0)	93,7	(91,1-95,7)	353 / 404	87,4	84,4
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	28 / 31	0 (0)	90,3	(74,2-98,0)	39 / 42	92,9	93,9
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Ja	65 / 68	0 (0)	95,6	(87,6-99,1)	82 / 93	88,2	81,9
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	10 / 10	0 (0)	100,0	(69,2-100,0)	10 / 10	100,0	92,3
Nordsjællands Hospital	Ja	48 / 56	0 (0)	85,7	(73,8-93,6)	88 / 116	75,9	78,0
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Ja	294 / 310	0 (0)	94,8	(91,8-97,0)	131 / 140	93,6	95,2
Sjælland	Ja	631 / 745	0 (0)	84,7	(81,9-87,2)	691 / 786	87,9	91,0
Holbæk Sygehus	Nej	117 / 157	0 (0)	74,5	(67,0-81,1)	150 / 174	86,2	84,6
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Ja	25 / 26	0 (0)	96,2	(80,4-99,9)	59 / 63	93,7	89,8
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F	Nej	125 / 158	0 (0)	79,1	(71,9-85,2)	126 / 158	79,7	92,6
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Ja	364 / 404	0 (0)	90,1	(86,8-92,8)	356 / 391	91,0	92,5
Syddanmark	Nej	179 / 227	0 (0)	78,9	(73,0-84,0)	82 / 101	81,2	87,1

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2024 - 30.06.2025		Tidligere år		
	≥ 80%	Tæller/		Andel	95% CI	2023/24		22/23
	opfyldt	nævner				Antal	Andel	Andel
Odense Universitetshospital, Odense	Nej	66 / 96	0 (0)	68,8	(58,5-77,8)			100,0
Odense Universitetshospital, Svendborg	Ja	108 / 126	0 (0)	85,7	(78,4-91,3)	79 / 97	81,4	87,7
Sydvestjysk Sygehus	Ja	3 / 3	0 (0)	100,0	(29,2-100,0)	###	100,0	
Sygehus Lillebælt	Ja	###	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	###	50,0	100,0
Sygehus Sønderjylland	Ja	###	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)			0,0
Midtjylland	Ja	1.132 / 1.375	0 (0)	82,3	(80,2-84,3)	1.173 / 1.428	82,1	83,0
Aarhus Universitetshospital	Nej	350 / 451	0 (0)	77,6	(73,5-81,4)	346 / 442	78,3	77,5
Hospitalsenhed Midt	Ja	203 / 237	0 (0)	85,7	(80,5-89,9)	225 / 235	95,7	92,0
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	207 / 267	0 (0)	77,5	(72,0-82,4)	225 / 304	74,0	80,5
Regionshospitalet Horsens	Ja	166 / 181	0 (0)	91,7	(86,7-95,3)	150 / 178	84,3	86,1
Regionshospitalet Randers	Ja	206 / 239	0 (0)	86,2	(81,2-90,3)	227 / 269	84,4	81,7
Nordjylland	Nej	408 / 530	0 (0)	77,0	(73,2-80,5)	469 / 570	82,3	70,5
Aalborg Universitetshospital	Nej	345 / 445	0 (0)	77,5	(73,4-81,3)	417 / 497	83,9	73,9
Regionshospital Nordjylland	Nej	63 / 85	0 (0)	74,1	(63,5-83,0)	52 / 73	71,2	52,7

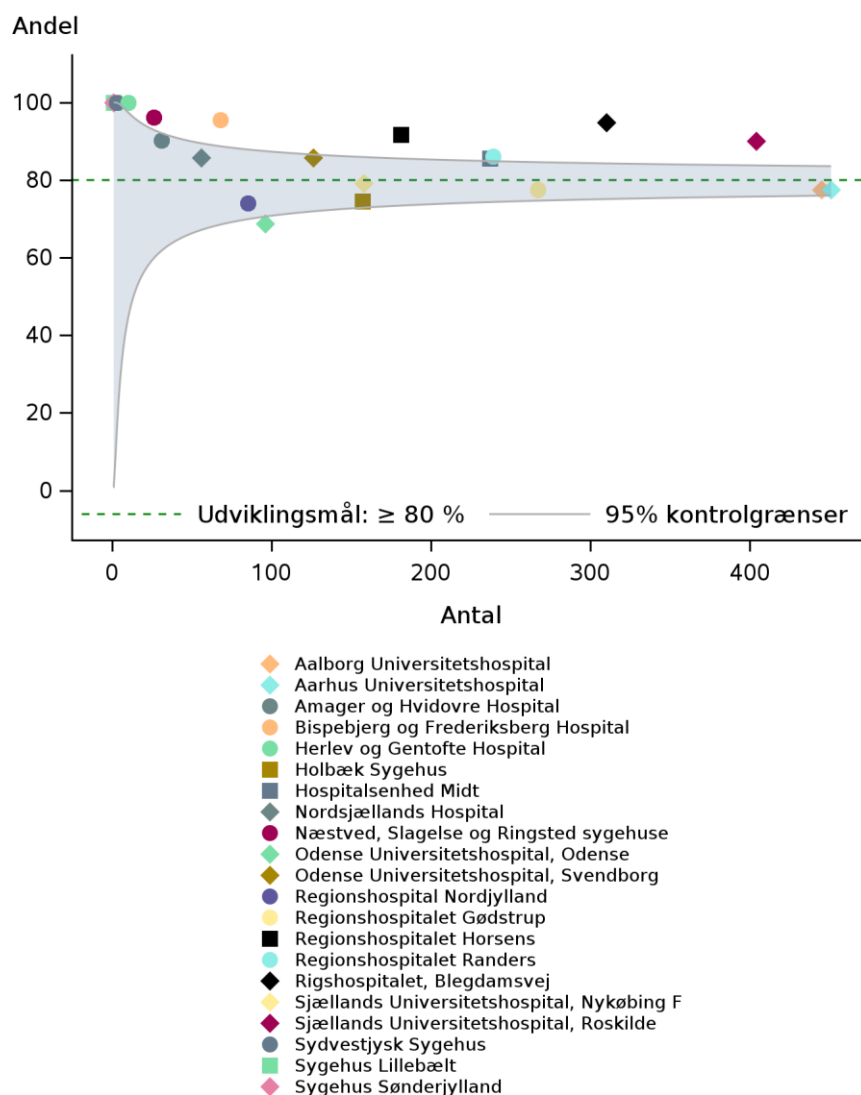
Indikator 17: Andel af patienter med verificeret AMI der er henvist til hjerterehabilitering eller hjertesvigtssklinik ved udskrivelse. Forest plot på regionsniveau.



Indikator 17: Andel af patienter med verificeret AMI der er henvist til hjerterehabilitering eller hjertesvigtssklinik ved udskrivelse. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 17: Andel af patienter med verificeret AMI der er henvist til hjerterehabilitering eller hjertesvigtssklinik ved udskrivelse. Funnel plot på afdelingsniveau.



Figuren viser et funnelplot af det opnåede indikatorresultat mod antallet af indberettede patientforløb per enhed. Den grønne stiplede linje viser det fastsatte udviklingsmål, mens den omkringliggende tragt viser et 95% konfidensinterval omkring udviklingsmålet (ved et givent antal patientforløb). De enheder, som ligger under tragten omkring den grønne linje, viser enheder, der med stor sandsynlighed har et resultat, som ligger under det fastsatte udviklingsmål. Tragten er altså et billede på den variation, der kan ligge omkring et givent niveau i resultatet. Tragten bliver mindre ud af x-aksen, idet resultatet er mere sikkert jo flere patientforløb, det er baseret på.

Datagrundlag og beregningsregler

Nævner

Patientforløb hvor patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er AMI (STEMI, BBBMI eller NSTEMI)

Tæller

Patientforløb som indgår i nævneren, hvor patienten er blevet tilbudt og har accepteret henvisning til hjerterehabilitering

Eksklusion:

- Patientforløb som kun findes i LPR
- Patientforløb hvor patientens verificerede diagnose ved udskrivelse "Ikke AKS" eller UAP
- Patientforløb indberettet til DanAKS, som ikke kan kobles med et indlæggelsesforløb i LPR
- Patienter som ikke er bosat i Danmark
- Dobbeltindberetning: Kun det senest indberettede forløb indgår indikatoropgørelsen ved patientforløb, hvor samme forløb er indberettet flere gange til DanAKS

	Antal	Årsag
Eksklusion:	60	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	4.307	Kun i LPR
	22	Ikke bopæl i Danmark
	417	Ikke AKS
	114	Dobbeltindberetning
	1.035	Ikke AMI

Indikatorresultater

På landsplan blev patienter med verificeret AMI henvist til hjerterehabilitering i 83,4% af forløbene i det aktuelle opgørelsesår. På regionsniveau varierer andelen af AMI-patienter, som er blevet henvist til hjerterehabilitering, fra 77,0% i Region Nordjylland til 93,7% i Region Hovedstaden, mens andelen på hospitalsniveau varierer fra 68,8% for Odense Universitetshospital, Odense, til 100% for flere hospitaler.

På side 90 er der en supplerende opgørelse over henvisning til hjerterehabilitering, hvoraf det fremgår, at der på landsplan er 2,5% af patienterne med verificeret AKS, som bliver tilbudt hjerterehabilitering og afslår. Andelen af AKS-patienter som afslår tilbuddet om hjerterehabilitering varierer fra 0,2% i Region Sjælland til 4,2% i Region Nordjylland.

Indikatoren opgøres kun for forløb, som er blevet indberettet via webservice til DanAKS, og hvor oplysninger om henvisning til hjerterehabilitering er tilgængelige. Datagrundlaget er derfor væsentligt mindre end for de øvrige indikatorer. Ved tolkning af indikatorresultaterne bør man særligt være opmærksom på, at det kun er 15% og 24% af AMI-forløbene, som er indberettet til DanAKS fra henholdsvis Region Syddanmark og Region Hovedstaden (se tabel vedr. dækningsgrad for AMI på side 95).

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Opgørelsen af indikatoren er betydeligt påvirket af den lave dækningsgrad på nogle matrikler. Standarden er dog opfyldt for majoriteten af matrikler med en høj dækningsgrad, og indikerer dermed god kvalitet af behandlingen.

Enkelte matrikler opnår ikke målopfyldelse. Styregruppen anbefaler at man lokalt laver tiltag for at afklare årsag til en lav målopfyldelse.

Vurdering af indikatoren

Styregruppen anbefaler at indikatoren bevares.

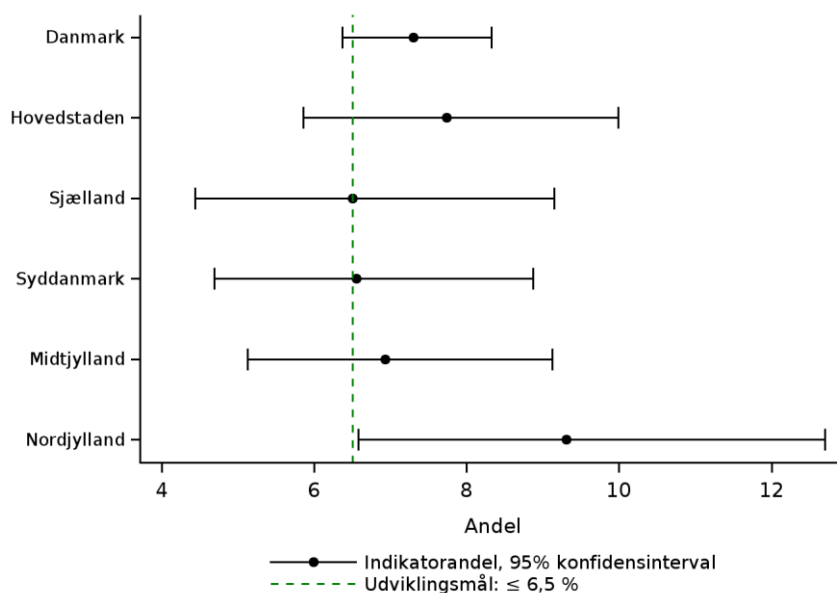
Indikator 18a: 30-dages dødelighed efter STEMI (alle)

Andel af patienter med STEMI som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC). Udviklingsmål $\leq 6,5\%$

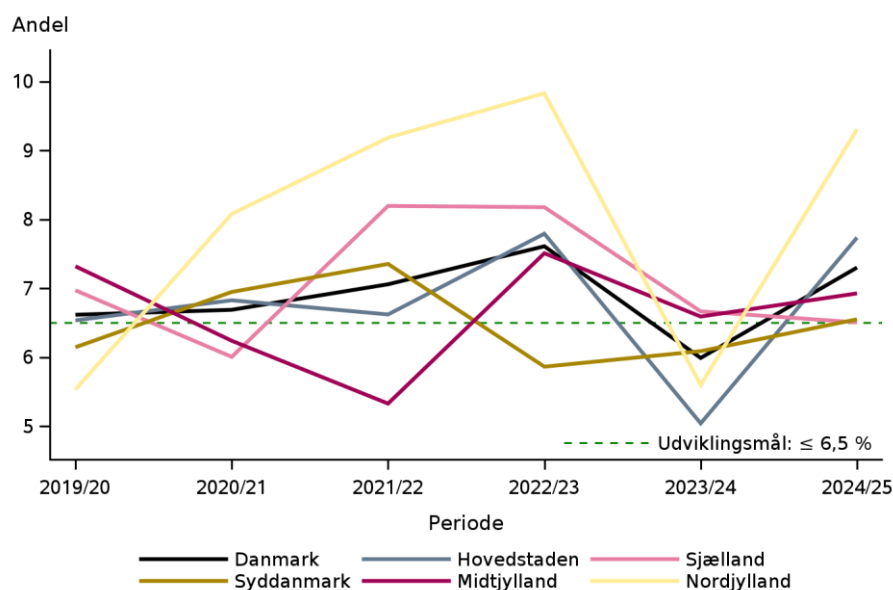
Indikator 18a: Andel af patienter med STEMI som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC)

	Udviklingsmål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\leq 6,5\%$			01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24	22/23	
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	202 / 2.766	0 (0)	7,3	(6,4-8,3)	175 / 2.921	6,0	7,6
Hovedstaden	Nej	53 / 685	0 (0)	7,7	(5,8-10,0)	36 / 714	5,0	7,8
Sjælland	Ja	30 / 461	0 (0)	6,5	(4,4-9,2)	33 / 495	6,7	8,2
Syddanmark	Nej	38 / 580	0 (0)	6,6	(4,7-8,9)	38 / 624	6,1	5,9
Midtjylland	Nej	46 / 664	0 (0)	6,9	(5,1-9,1)	47 / 713	6,6	7,5
Nordjylland	Nej	35 / 376	0 (0)	9,3	(6,6-12,7)	21 / 375	5,6	9,8

Indikator 18a: Andel af patienter med STEMI som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC). Forest plot på regionsniveau.



Indikator 18a: Andel af patienter med STEMI som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC). Trendgraf på regionsniveau.



Datagrundlag og beregningsregler

Indikatorerne for mortalitet er opgjort ud fra patienternes bopælsregion til forskel fra de øvrige indikatorer, hvor forløbene er tilskrevet den sidste behandlende hjerteafdeling ifølge LPR.

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er STEMI eller BBBMI

Tæller

Patientforløb hvor patienten er død inden for 30 dage efter indlæggelse

Eksklusion:

- Patientforløb hvor patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er "Ikke AKS", NSTEMI eller UAP
- Patientforløb indberettet til DanAKS, som ikke kan kobles med et indlæggelsesforløb i LPR
- Patienter som ikke er bosat i Danmark
- Dobbeltindberetning: Kun det senest indberettede forløb indgår i indikatoropgørelsen ved patientforløb, hvor samme forløb er indberettet flere gange til DanAKS

- Flere forløb i opgørelsesperioden for samme patient: Kun det første forløb indgår i indikatoropgørelsen for patienter, som har flere forløb i opgørelsesperioden

	Antal	Årsag
Eksklusion:	60	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	11	Ikke bopæl i Danmark
	417	Ikke AKS
	114	Dobbeltindberetning
	5.867	Ikke STEMI eller BBBMI
	72	Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden

Indikatorresultater

På landsplan døde 7,3% af patienterne med STEMI inden for 30 dage efter indlæggelse, mens andelen på regionsniveau varierer fra 6,5% i Region Sjælland til 9,3% i Region Nordjylland.

Det bemærkes, at der i Region Nordjylland har været en stigning i andelen af patienter med STEMI, som dør inden for 30 dage, sammenlignet med sidste opgørelsesår. Andelen er nu tilbage på niveau med de foregående år, hvor andelen som dør inden for 30 dage ligger højere i denne region end de øvrige regioner (se trendgrafene på forrige side).

Som supplement til indikatoropgørelsen er der under Supplerende Opgørelser (side 92) vist en tabel over fordelingen af køn, alder og Charlsons komorbiditetsindeks. Andelen af patienter over 80 år varierer fra 13% i Region Sjælland og Region Nordjylland til 19% i Region Hovedstaden og Region Midtjylland. Andelen af STEMI-patienter med Charlsons komorbiditetsindeks score ≥ 3 varierer fra 10% i Region Sjælland til 13% i Region Hovedstaden.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Opgørelsen af indikatoren over flere år indikerer en stationær mortalitet som svinger omkring det fastsatte udviklingsmål. Om end med både tidsmæssig og interregional variation.

Der er tidligere lavet journalaudit på Aalborg Universitetshospital og Aarhus Universitetshospital efter auditeringen af Årsrapport 2023. Der var ikke systematiske forhold der indikerede dårlig kvalitet af behandlingen som årsag til en højere mortalitet i Region Nordjylland.

Det er en potentiel betydelig fejlkilde, at dækningsgraden fortsat er lav. Endelig vurdering at indikatorresultat bør afvente en højere dækningsgrad. Der er dog ikke forhold som tyder på dårlig kvalitet som årsag til manglende målopfyldelse.

Vurdering af indikatoren

Det er en fortsat svaghed ved opgørelse af mortalitet, at der er en lav dækningsgrad. Dette gør det svært at fastsætte et realistisk fremtidigt udviklingsmål.

Formandskabet og evidensspecialist vil gennemgå resultater og standarder i litteratur og nabolandes kvalitetsregistre samt fremsætte forslag til et fremtidigt udviklingsmål.

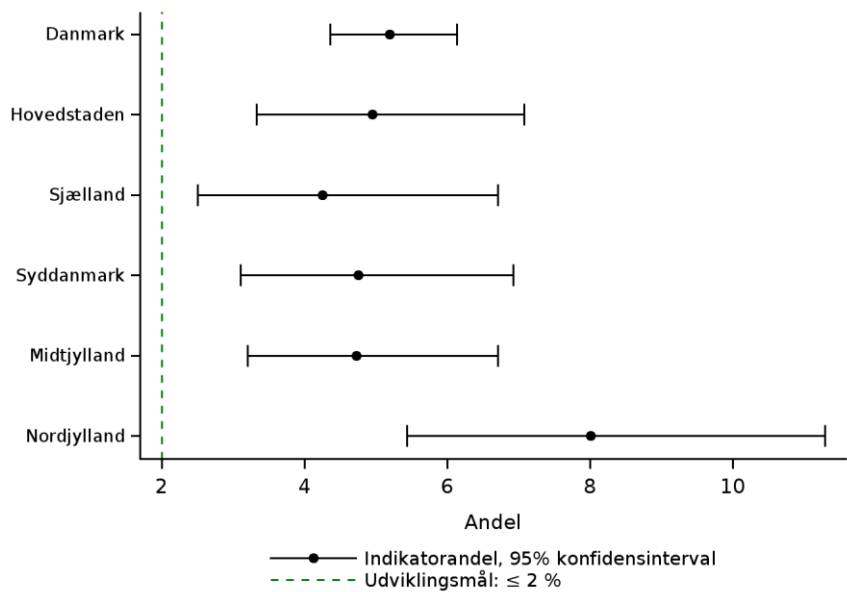
Indikator 18ai: 30-dages dødelighed efter STEMI (invasivt behandlede)

Andel af patienter med STEMI, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC). Udviklingsmål ≤ 2%

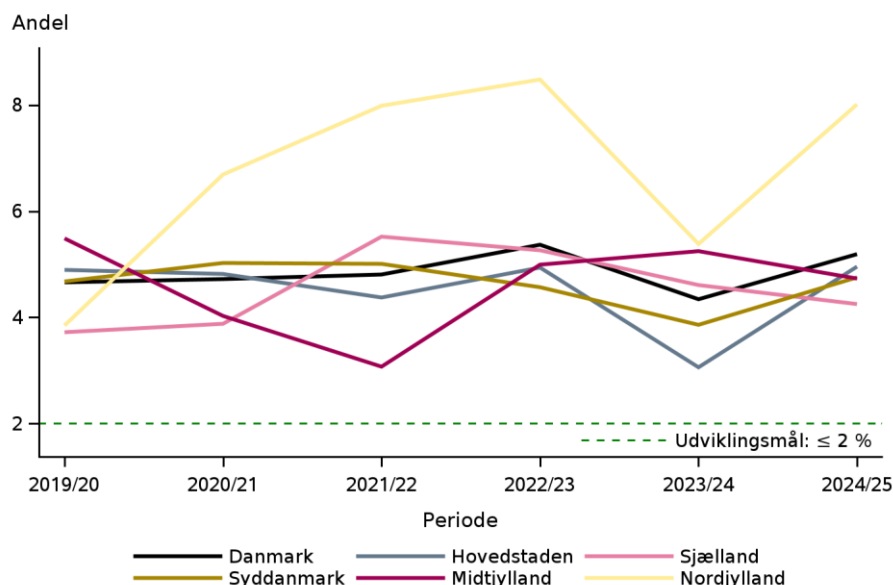
Indikator 18ai: Andel af patienter med STEMI, der er behandlet invasivt, som er døde <= 30 dage efter First Medical Contact (FMC)

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≤ 2%	Tæller/		01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		22/23
	opfyldt	nævner		Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	128 / 2.466	0 (0)	5,2	(4,3-6,1)	114 / 2.626	4,3	5,4
Hovedstaden	Nej	28 / 565	0 (0)	5,0	(3,3-7,1)	19 / 621	3,1	4,9
Sjælland	Nej	17 / 400	0 (0)	4,3	(2,5-6,7)	20 / 434	4,6	5,3
Syddanmark	Nej	25 / 526	0 (0)	4,8	(3,1-6,9)	22 / 570	3,9	4,6
Midtjylland	Nej	29 / 613	0 (0)	4,7	(3,2-6,7)	34 / 648	5,2	5,0
Nordjylland	Nej	29 / 362	0 (0)	8,0	(5,4-11,3)	19 / 353	5,4	8,5

Indikator 18ai: Andel af patienter med STEMI, der er behandlet invasivt, som er døde <= 30 dage efter First Medical Contact (FMC). Forest plot på regionsniveau.



Indikator 18ai: Andel af patienter med STEMI, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC). Trendgraf på regionsniveau.



Datagrundlag og beregningsregler

Indikatorerne for mortalitet er opgjort ud fra patienternes bopælsregion til forskel fra de øvrige indikatorer, hvor forløbene er tilskrevet den sidste behandlende hjerteafdeling ifølge LPR.

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er STEMI eller BBBMI, og patienten er invasivt behandlet (PCI og/eller CABG under den akutte indlæggelse)

Tæller

Patientforløb hvor patienten er død inden for 30 dage efter indlæggelse

Eksklusion:

- Patientforløb hvor patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er "Ikke AKS", NSTEMI eller UAP
- Patientforløb indberettet til DanAKS, som ikke kan kobles med et indlæggelsesforløb i LPR
- Patienter som ikke er bosat i Danmark

- Dobbeltindberetning: Kun det senest indberettede forløb indgår i indikatoropgørelsen ved patientforløb, hvor samme forløb er indberettet flere gange til DanAKS
- Flere forløb i opgørelsesperioden for samme patient: Kun det første forløb indgår i indikatoropgørelsen for patienter, som har flere forløb i opgørelsesperioden

	Antal	Årsag
Eksklusion:	60	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	11	Ikke bopæl i Danmark
	417	Ikke AKS
	114	Dobbeltindberetning
	5.867	Ikke STEMI eller BBBMI
	24	Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden
	348	Ikke behandlet invasivt

Indikatorresultater

Blandt invasivt behandlede STEMI-patienter døde 5,2% på landsplan inden for 30 dage efter indlæggelse. På regionsniveau varierer andelen fra 4,3% i Region Sjælland til 8,0% i Region Nordjylland.

Det bemærkes, at andelen af invasivt behandlede STEMI-patienter, som dør inden for 30 dage, er steget omkring 3 %-point i Region Nordjylland sammenlignet det foregående opgørelsesår. Andelen er nu tilbage på niveau med de foregående år, hvor andelen som dør inden for 30 dage ligger højere i denne region end de øvrige regioner (se trendgrafene på forrige side).

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Opgørelsen af indikatoren over flere år indikerer en stationær mortalitet. Om end med både tidsmæssig og interregional variation.

Der er tidligere lavet journalaudit på Aalborg Universitetshospital og Aarhus Universitetshospital efter auditeringen af Årsrapport 2023. Der var ikke systematiske forhold der indikerede dårlig kvalitet af behandlingen som årsag til en højere mortalitet i Region Nordjylland.

Det har været overvejet om forskelle i patientpopulationer i de fem regioner kunne være en årsag til variationen i mortalitet. Der er i år lavet opgørelse af Charlsons komorbiditetsindeks. Som udgangspunkt er der ikke forskelle i komorbiditet i de fem regioner, hvorfor dette ikke forklarer variationen. Der kan dog være andre patientkarakteristika, som kan spille en rolle for mortaliteten, f.eks. socialstatus som ikke indgår i Charlsons komorbiditetsindeks.

Det er en potentiel betydelig fejlkilde, at dækningsgraden fortsat er lav. Endelig vurdering at indikatorresultat bør afvente en højere dækningsgrad. Der er dog ikke forhold som tyder på dårlig kvalitet som årsag til manglende målopfyldelse.

Vurdering af indikatoren

Det er en fortsat svaghed ved opgørelse af mortalitet, at der er en lav dækningsgrad. Dette gør det svært at fastsætte et realistisk fremtidigt udviklingsmål.

Formandskabet og evidensspecialist vil gennemgå resultater og standarder i litteratur og nabolandes kvalitetsregistre samt fremsætte forslag til et fremtidigt udviklingsmål.

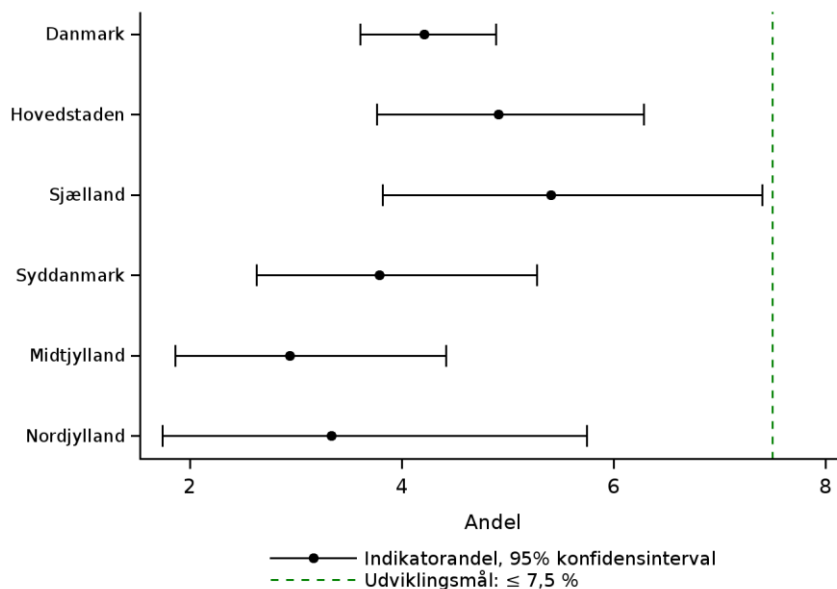
Indikator 18b: 30-dages dødelighed efter NSTEMI (alle)

Andel af patienter med NSTEMI som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC). Udviklingsmål $\leq 7,5\%$

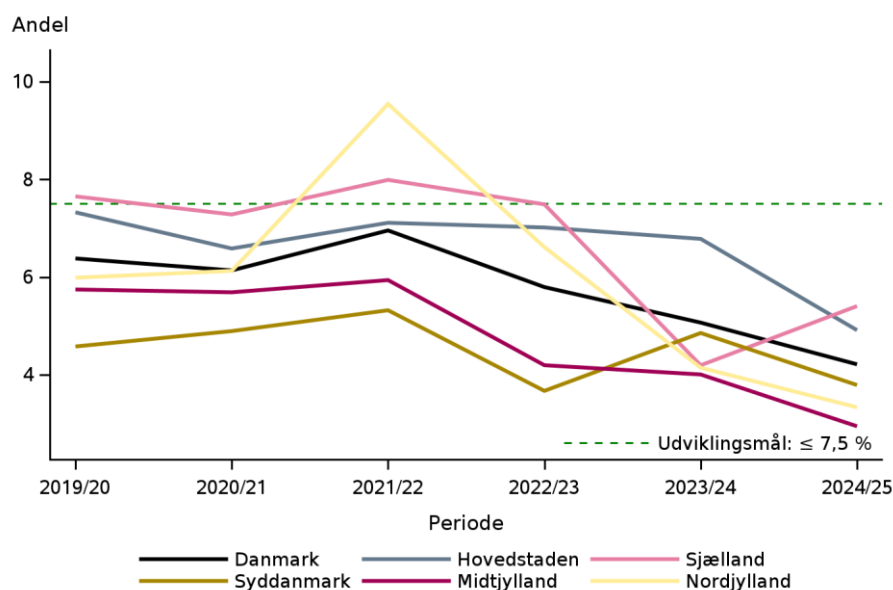
Indikator 18b: Andel af patienter med NSTEMI som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC)

	Udviklingsmål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\leq 7,5\%$			01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		22/23
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	162 / 3.845	0 (0)	4,2	(3,6-4,9)	197 / 3.888	5,1	5,8
Hovedstaden	Ja	59 / 1.201	0 (0)	4,9	(3,8-6,3)	79 / 1.165	6,8	7,0
Sjælland	Ja	36 / 666	0 (0)	5,4	(3,8-7,4)	32 / 763	4,2	7,5
Syddanmark	Ja	33 / 871	0 (0)	3,8	(2,6-5,3)	40 / 824	4,9	3,7
Midtjylland	Ja	22 / 747	0 (0)	2,9	(1,9-4,4)	31 / 774	4,0	4,2
Nordjylland	Ja	12 / 360	0 (0)	3,3	(1,7-5,8)	15 / 362	4,1	6,6

Indikator 18b: Andel af patienter med NSTEMI som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC). Forest plot på regionsniveau.



Indikator 18b: Andel af patienter med NSTEMI som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC). Trendgraf på regionsniveau.



Datagrundlag og beregningsregler

Indikatorerne for mortalitet er opgjort ud fra patienternes bopælsregion til forskel fra de øvrige indikatorer, hvor forløbene er tilskrevet den sidste behandlende hjerteafdeling ifølge LPR.

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er NSTEMI

Tæller

Patientforløb hvor patienten er død inden for 30 dage efter indlæggelse

Eksklusion:

- Patientforløb hvor patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er "Ikke AKS", STEMI, BBBMI eller UAP
- Patientforløb indberettet til DanAKS, som ikke kan kobles med et indlæggelsesforløb i LPR
- Patienter som ikke er bosat i Danmark
- Dobbeltindberetning: Kun det senest indberettede forløb indgår i indikatoropgørelsen ved patientforløb, hvor samme forløb er indberettet flere gange til DanAKS

- Flere forløb i opgørelsesperioden for samme patient: Kun det første forløb indgår i indikatoropgørelsen for patienter, som har flere forløb i opgørelsesperioden

	Antal	Årsag
Eksklusion:	60	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	11	Ikke bopæl i Danmark
	417	Ikke AKS
	114	Dobbeltindberetning
	201	Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden
	4.659	Ikke NSTEMI

Indikatorresultater

På landsplan døde 4,2% af patienterne med NSTEMI inden for 30 dage efter indlæggelse. På regionsniveau varierer andelen fra 2,9% i Region Midtjylland til 5,4% i Region Sjælland, og alle regioner opfylder således i lighed med de foregående år udviklingsmålet på $\leq 7,5\%$.

Som supplement til indikatoropgørelsen er der under Supplerende Opgørelser (side 92) vist en tabel over fordelingen af køn, alder og Charlsons komorbiditetsindeks. Andelen af patienter over 80 år varierer fra 24% i Region Hovedstaden til 27% i Region Sjælland. Andelen af STEMI-patienter med Charlsons komorbiditetsindeks score ≥ 3 varierer fra 17% i Region Midtjylland til 23% i Region Sjælland og Region Nordjylland.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren er opfyldt af alle 5 regioner.

Det kan indikere, at den tidligere fastsatte standard ikke repræsenterer et ambitiøst fremtidigt udviklingsmål.

Vurdering af indikatoren

Det er en fortsat svaghed ved opgørelse af mortalitet, at der er en lav dækningsgrad. Dette gør det svært at fastsætte et realistisk og ambitiøst fremtidigt udviklingsmål.

Formandskabet og evidensspecialist vil gennemgå resultater og standarder i litteratur og nabolandes kvalitetsregistre samt fremsætte forslag til et fremtidigt udviklingsmål.

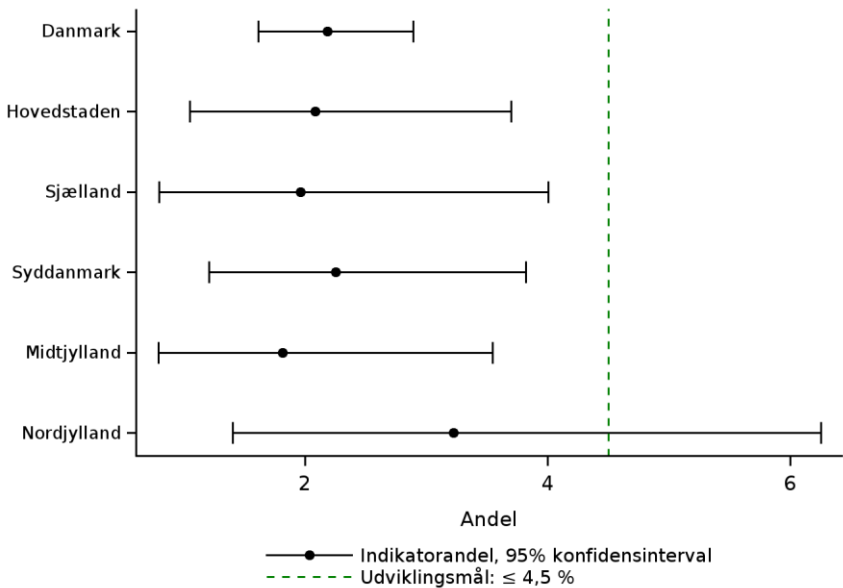
Indikator 18bi: 30-dages dødelighed efter NSTEMI (invasivt behandlede)

Andel af patienter med NSTEMI, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC). Udviklingsmål ≤ 4,5%

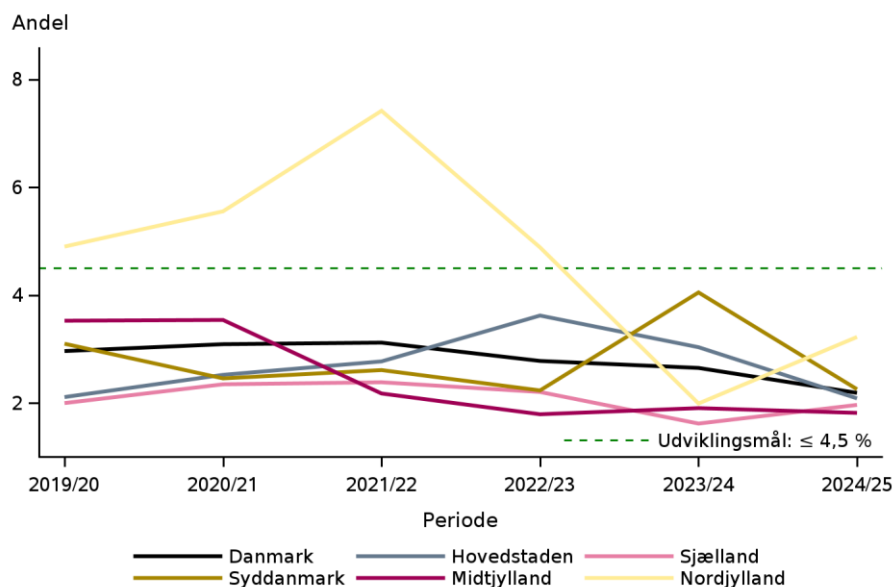
Indikator 18bi: Andel af patienter med NSTEMI, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC)

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≤ 4,5%	Tæller/	antal	01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		22/23
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	47 / 2.147	0 (0)	2,2	(1,6-2,9)	59 / 2.225	2,7	2,8
Hovedstaden	Ja	11 / 527	0 (0)	2,1	(1,0-3,7)	16 / 527	3,0	3,6
Sjælland	Ja	7 / 356	0 (0)	2,0	(0,8-4,0)	7 / 432	1,6	2,2
Syddanmark	Ja	13 / 576	0 (0)	2,3	(1,2-3,8)	22 / 543	4,1	2,2
Midtjylland	Ja	8 / 440	0 (0)	1,8	(0,8-3,6)	9 / 472	1,9	1,8
Nordjylland	Ja	8 / 248	0 (0)	3,2	(1,4-6,3)	5 / 251	2,0	4,9

Indikator 18bi: Andel af patienter med NSTEMI, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC). Forest plot på regionsniveau.



Indikator 18bi: Andel af patienter med NSTEMI, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC). Trendgraf på regionsniveau.



Datagrundlag og beregningsregler

Indikatorerne for mortalitet er opgjort ud fra patienternes bopælsregion til forskel fra de øvrige indikatorer, hvor forløbene er tilskrevet den sidste behandlende hjerteafdeling ifølge LPR.

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er NSTEMI, og patienten er invasivt behandlet (PCI og/eller CABG under den akutte indlæggelse)

Tæller

Patientforløb hvor patienten er død inden for 30 dage efter indlæggelse

Eksklusion:

- Patientforløb hvor patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er "Ikke AKS", STEMI, BBBMI eller UAP
- Patientforløb indberettet til DanAKS, som ikke kan kobles med et indlæggelsesforløb i LPR
- Patienter som ikke er bosat i Danmark

- Dobbeltindberetning: Kun det senest indberettede forløb indgår i indikatoropgørelsen ved patientforløb, hvor samme forløb er indberettet flere gange til DanAKS
- Flere forløb i opgørelsesperioden for samme patient: Kun det første forløb indgår i indikatoropgørelsen for patienter, som har flere forløb i opgørelsesperioden

	Antal	Årsag
Eksklusion:	60	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	11	Ikke bopæl i Danmark
	417	Ikke AKS
	114	Dobbeltindberetning
	34	Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden
	1.865	Ikke behandlet invasivt
	4.659	Ikke NSTEMI

Indikatorresultater

Blandt invasivt behandlede patienter med NSTEMI døde 2,2% på landsplan inden for 30 dage efter indlæggelse. På regionsniveau varierer andelen fra 1,8% i Region Midtjylland til 3,2% i Region Nordjylland, og alle regioner har således nået udviklingsmålet på $\leq 4,5\%$.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren er opfyldt for alle regioner.

Vurdering af indikatoren

Det er en fortsat svaghed ved opgørelse af mortalitet, at der er en lav dækningsgrad. Dette gør det svært at fastsætte et realistisk fremtidigt udviklingsmål.

Formandskabet og evidensspecialist vil gennemgå resultater og standarder i litteratur og nabolandes kvalitetsregistre samt fremsætte forslag til et fremtidigt udviklingsmål.

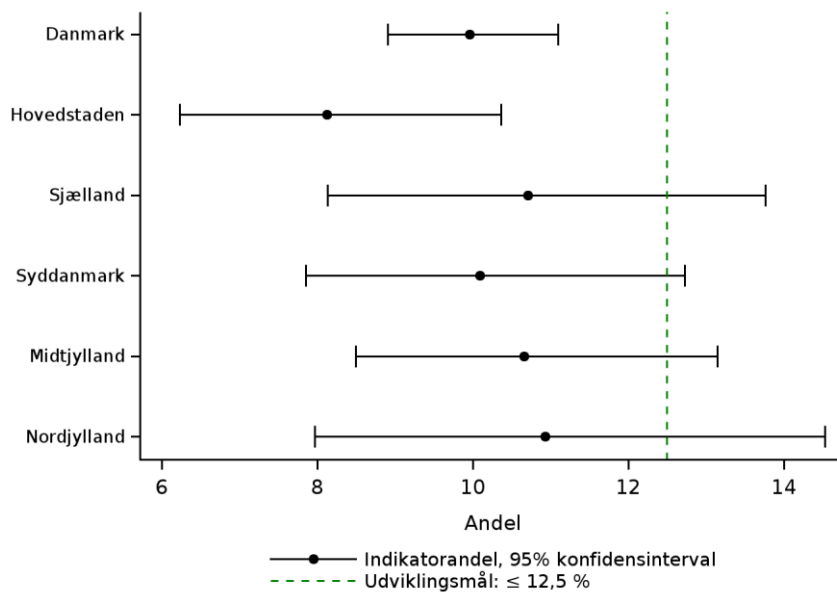
Indikator 19a: 1-års dødelighed efter STEMI (alle)

Andel af patienter med STEMI som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC). Udviklingsmål $\leq 12,5\%$

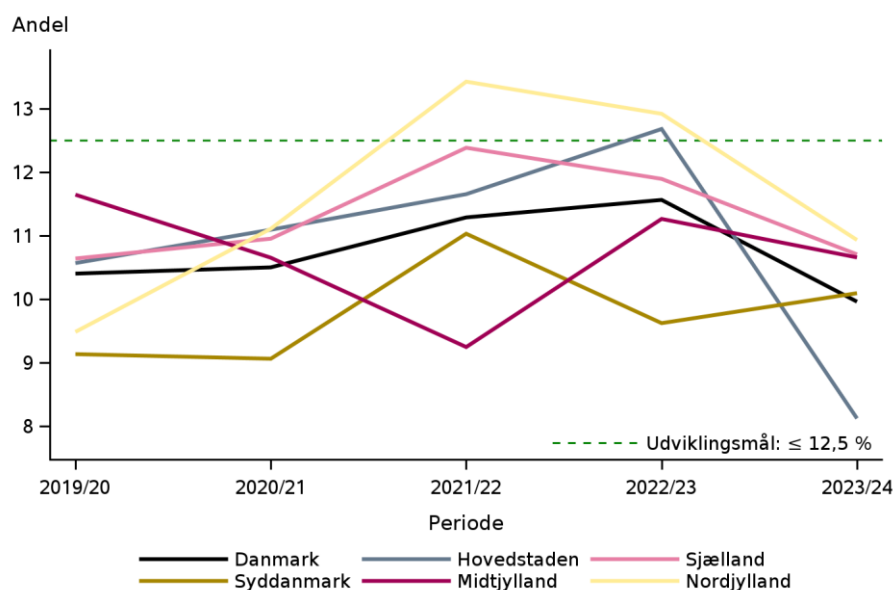
Indikator 19a: Andel af patienter med STEMI som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC)

	Udviklingsmål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\leq 12,5\%$			01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		21/22
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	291 / 2.921	0 (0)	10,0	(8,9-11,1)	351 / 3.035	11,6	11,3
Hovedstaden	Ja	58 / 714	0 (0)	8,1	(6,2-10,4)	96 / 757	12,7	11,7
Sjælland	Ja	53 / 495	0 (0)	10,7	(8,1-13,8)	64 / 538	11,9	12,4
Syddanmark	Ja	63 / 624	0 (0)	10,1	(7,8-12,7)	64 / 665	9,6	11,0
Midtjylland	Ja	76 / 713	0 (0)	10,7	(8,5-13,2)	81 / 719	11,3	9,2
Nordjylland	Ja	41 / 375	0 (0)	10,9	(8,0-14,5)	46 / 356	12,9	13,4

Indikator 19a: Andel af patienter med STEMI som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC). Forest plot på regionsniveau.



Indikator 19a: Andel af patienter med STEMI som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC). Trendgraf på regionsniveau.



Datagrundlag og beregningsregler

Indikatorerne for mortalitet er opgjort ud fra patienternes bopælsregion til forskel fra de øvrige indikatorer, hvor forløbene er tilskrevet den sidste behandlende hjerteafdeling ifølge LPR.

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er STEMI eller BBBMI

Tæller

Patientforløb hvor patienten er død inden for 365 dage efter indlæggelse

Eksklusion:

- Patientforløb hvor patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er "Ikke AKS", NSTEMI eller UAP
- Patientforløb indberettet til DanAKS, som ikke kan kobles med et indlæggelsesforløb i LPR
- Patienter som ikke er bosat i Danmark.
- Dobbeltindberetning: Kun det senest indberettede forløb indgår i indikatoropgørelsen ved patientforløb, hvor samme forløb er indberettet flere gange til DanAKS
- Flere forløb i opgørelsesperioden for samme patient: Kun det første forløb indgår i indikatoropgørelsen for patienter, som har flere forløb i opgørelsesperioden

	Antal	Årsag
Eksklusion:	80	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	7	Ikke bopæl i Danmark
	286	Ikke AKS
	108	Dobbeltindberetning
	5.882	Ikke STEMI eller BBBMI
	86	Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden

Indikatorresultater

På landsplan døde 10,0% af STEMI-patienterne inden for 1 år efter indlæggelse. På regionsniveau varierer andelen fra 8,1% i Region Hovedstaden til 10,9% i Region Nordjylland, og alle regioner har således nået udviklingsmålet på $\leq 12,5\%$.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren er opfyldt i alle regioner.

Vurdering af indikatoren

Det er en fortsat svaghed ved opgørelse af mortalitet, at der er en lav dækningsgrad. Dette gør det svært at fastsætte et realistisk fremtidigt udviklingsmål.

Formandskabet og evidensspecialist vil gennemgå resultater og standarder i litteratur og nabolandes kvalitetsregistre samt fremsætte forslag til et fremtidigt udviklingsmål.

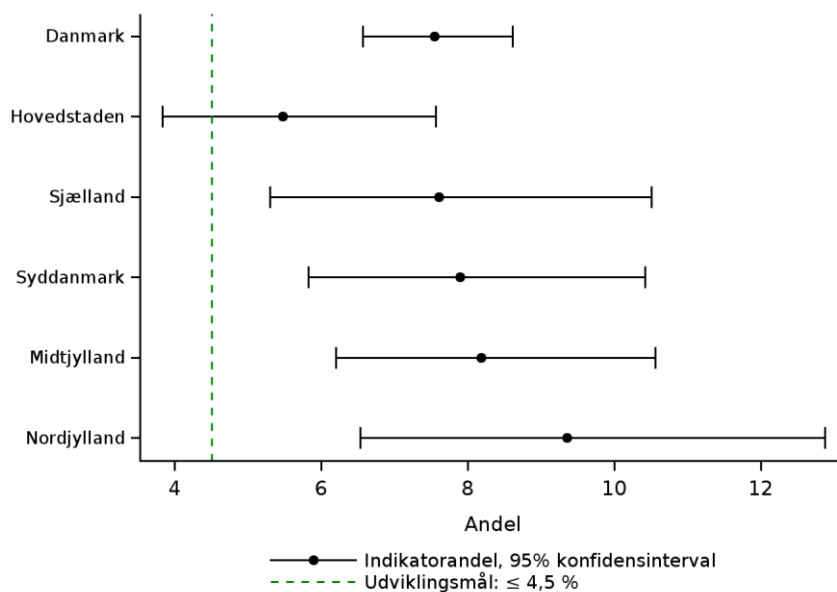
Indikator 19ai: 1-års dødelighed efter STEMI (invasivt behandlede)

Andel af patienter med STEMI, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC). Udviklingsmål $\leq 4,5\%$

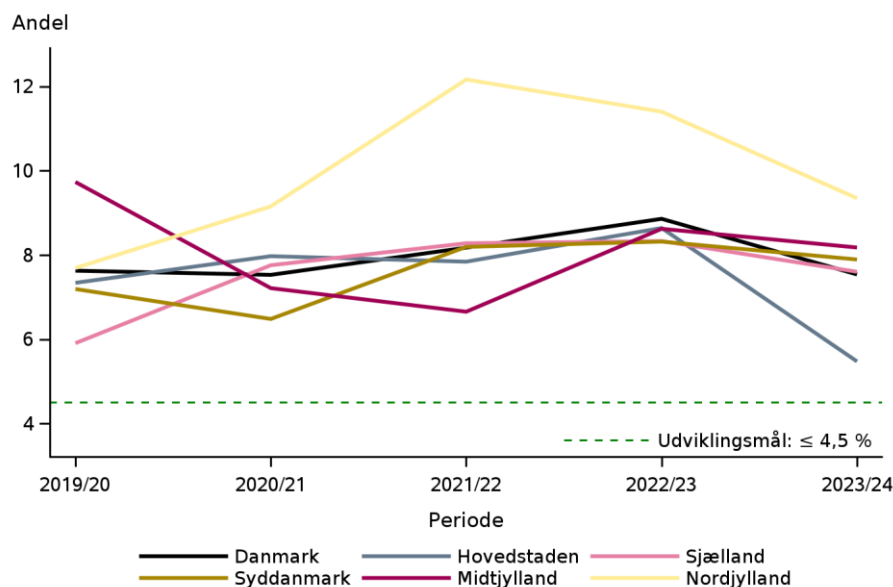
Indikator 19ai: Andel af patienter med STEMI, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC)

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≤ 4,5%	Tæller/	antal	01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		21/22
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	198 / 2.626	0 (0)	7,5	(6,6-8,6)	241 / 2.720	8,9	8,2
Hovedstaden	Nej	34 / 621	0 (0)	5,5	(3,8-7,6)	56 / 648	8,6	7,8
Sjælland	Nej	33 / 434	0 (0)	7,6	(5,3-10,5)	38 / 456	8,3	8,3
Syddanmark	Nej	45 / 570	0 (0)	7,9	(5,8-10,4)	51 / 613	8,3	8,2
Midtjylland	Nej	53 / 648	0 (0)	8,2	(6,2-10,6)	57 / 661	8,6	6,7
Nordjylland	Nej	33 / 353	0 (0)	9,3	(6,5-12,9)	39 / 342	11,4	12,2

Indikator 19ai: Andel af patienter med STEMI, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC). Forest plot på regionsniveau.



Indikator 19ai: Andel af patienter med STEMI, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC). Trendgraf på regionsniveau.



Datagrundlag og beregningsregler

Indikatorerne for mortalitet er opgjort ud fra patienternes bopælsregion til forskel fra de øvrige indikatorer, hvor forløbene er tilskrevet den sidste behandlende hjerteafdeling ifølge LPR.

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er STEMI eller BBBMI, og patienten er invasivt behandlet (PCI og/eller CABG under den akutte indlæggelse)

Tæller

Patientforløb hvor patienten er død inden for 365 dage efter indlæggelse

Eksklusion:

- Patientforløb hvor patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er "Ikke AKS", NSTEMI eller UAP
- Patientforløb indberettet til DanAKS, som ikke kan kobles med et indlæggelsesforløb i LPR
- Patienter som ikke er bosat i Danmark

- Dobbeltindberetning: Kun det senest indberettede forløb indgår i indikatoropgørelsen ved patientforløb, hvor samme forløb er indberettet flere gange til DanAKS
- Flere forløb i opgørelsesperioden for samme patient: Kun det første forløb indgår i indikatoropgørelsen for patienter, som har flere forløb i opgørelsesperioden

	Antal	Årsag
Eksklusion:	80	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	7	Ikke bopæl i Danmark
	286	Ikke AKS
	108	Dobbeltindberetning
	5.882	Ikke STEMI eller BBBMI
	27	Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden
	354	Ikke behandlet invasivt

Indikatorresultater

Blandt de invasivt behandlede STEMI-patienter døde 7,5% på landsplan inden for 1 år efter indlæggelse, mens andelen på regionsniveau varierer fra 5,5% for Region Hovedstaden til 9,3% for Region Nordjylland.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren er ikke opfyldt for nogen af regionerne. Det kan skyldes, at man har haft en for ambitiøs holdning da standarden blev fastsat ved databasens opstart.

Vurdering af indikatoren

Det er en fortsat svaghed ved opgørelse af mortalitet, at der er en lav dækningsgrad. Dette gør det svært at fastsætte et realistisk fremtidigt udviklingsmål.

Formandskabet og evidensspecialist vil gennemgå resultater og standarder i litteratur og nabolandes kvalitetsregistre samt fremsætte forslag til et fremtidigt udviklingsmål.

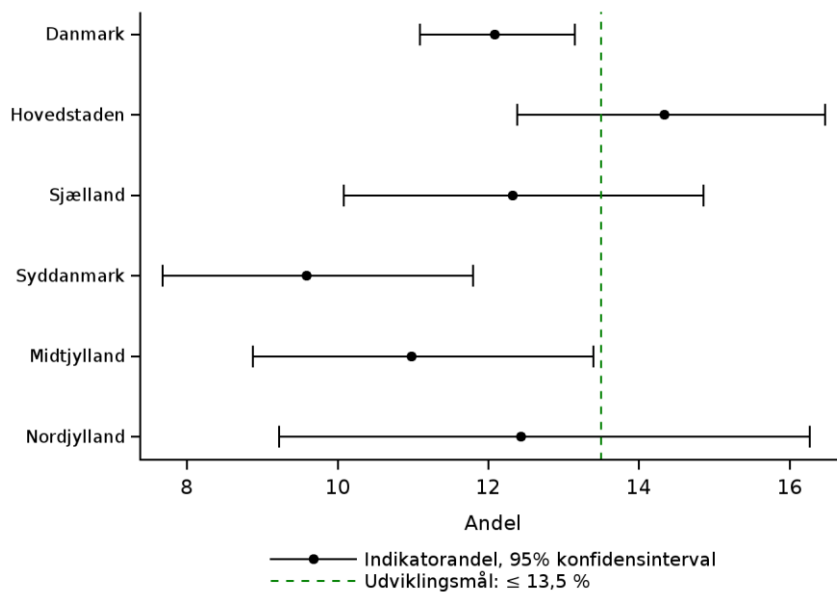
Indikator 19b: 1-års dødelighed efter NSTEMI (alle)

Andel af patienter med verificeret NSTEMI som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC).
Udviklingsmål $\leq 13,5\%$

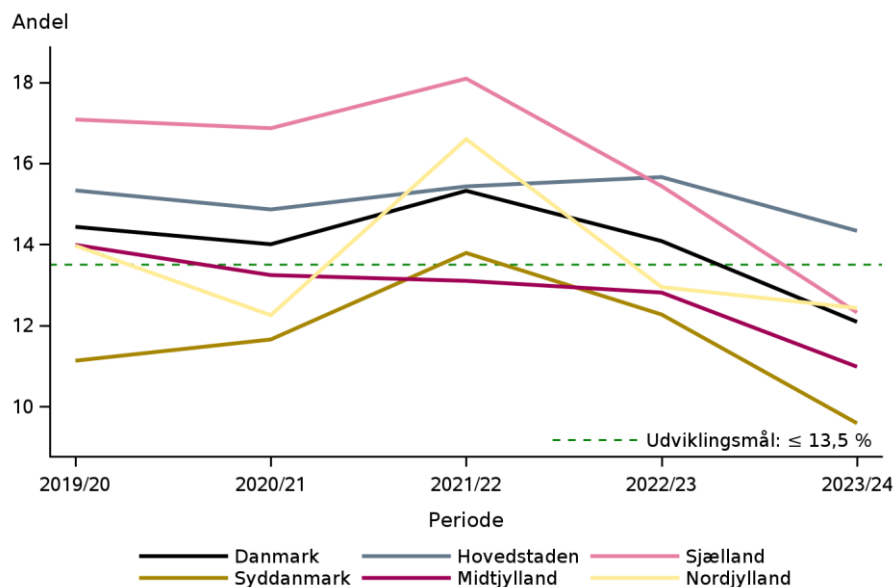
Indikator 19b: Andel af patienter med NSTEMI som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC)

	Udviklingsmål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\leq 13,5\%$			01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23	21/22	
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	470 / 3.888	0 (0)	12,1	(11,1-13,2)	593 / 4.211	14,1	15,3
Hovedstaden	Nej	167 / 1.165	0 (0)	14,3	(12,4-16,5)	192 / 1.226	15,7	15,4
Sjælland	Ja	94 / 763	0 (0)	12,3	(10,1-14,9)	134 / 868	15,4	18,1
Syddanmark	Ja	79 / 824	0 (0)	9,6	(7,7-11,8)	107 / 872	12,3	13,8
Midtjylland	Ja	85 / 774	0 (0)	11,0	(8,9-13,4)	113 / 882	12,8	13,1
Nordjylland	Ja	45 / 362	0 (0)	12,4	(9,2-16,3)	47 / 363	12,9	16,6

Indikator 19b: Andel af patienter med NSTEMI som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC). Forest plot på regionsniveau.



Indikator 19b: Andel af patienter med NSTEMI som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC). Trendgraf på regionsniveau.



Datagrundlag og beregningsregler

Indikatorerne for mortalitet er opgjort ud fra patienternes bopælsregion til forskel fra de øvrige indikatorer, hvor forløbene er tilskrevet den sidste behandlende hjerteafdeling ifølge LPR.

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er NSTEMI

Tæller

Patientforløb hvor patienten er død inden for 365 dage efter indlæggelse

Eksklusion:

- Patientforløb hvor patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er "Ikke AKS", STEMI, BBBMI eller UAP
- Patientforløb indberettet til DanAKS, som ikke kan kobles med et indlæggelsesforløb i LPR
- Patienter som ikke er bosat i Danmark
- Dobbeltindberetning: Kun det senest indberettede forløb indgår i indikatoropgørelsen ved patientforløb, hvor samme forløb er indberettet flere gange til DanAKS
- Flere forløb i opgørelsesperioden for samme patient: Kun det første forløb indgår i indikatoropgørelsen for patienter, som har flere forløb i opgørelsesperioden

	Antal	Årsag
Eksklusion:	80	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	13	Ikke bopæl i Danmark
	286	Ikke AKS
	108	Dobbeltindberetning
	207	Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden
	4.788	Ikke NSTEMI

Indikatorresultater

På landsplan døde 12,1% af patienterne med NSTEMI inden for 1 år efter indlæggelse, hvilket er et fald sammenlignet med de foregående år. På regionsniveau varierer andelen fra 9,6% i Region Syddanmark til 14,3% i Region Hovedstaden, der som den eneste region ikke har nået udviklingsmålet.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren er opfyldt for 4 af 5 regioner. Der ses en generelt faldende mortalitet i alle regioner.

Vurdering af indikatoren

Der er stor diskrepans mellem mortalitet for hele NSTEMI-gruppen (19b), og dem som er invasivt behandlede (19bi). Formentlig indgår der en del patienter i NSTEMI-gruppen, som reelt ikke har AMI, og man må forvente, at dette afspejler sig i mortaliteten, og at det ændrer sig efterhånden som dækningsgraden stiger.

Formandskabet og evidensspecialist vil gennemgå resultater og standarder i litteratur og nabolandes kvalitetsregistre samt fremsætte forslag til et fremtidigt udviklingsmål

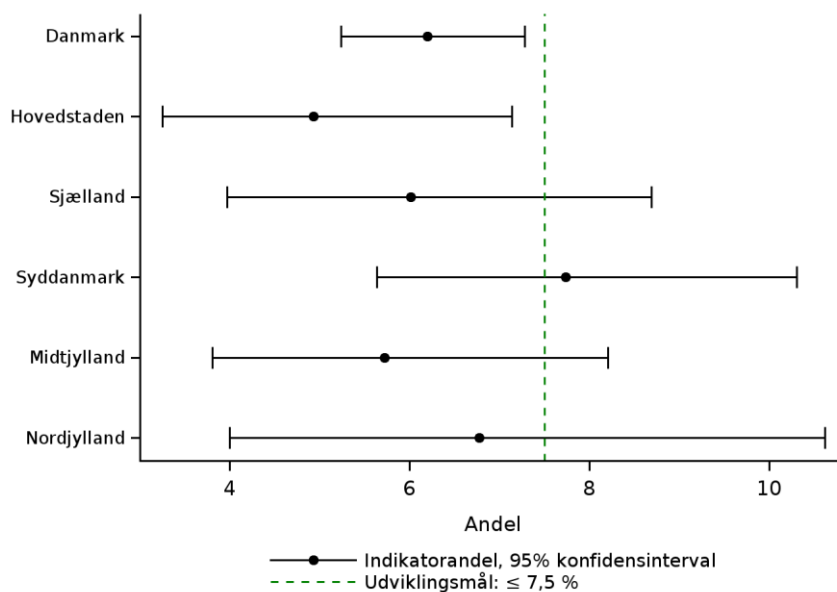
Indikator 19bi: 1-års dødelighed efter NSTEMI (invasivt behandlede)

Andel af patienter med NSTEMI, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC). Udviklingsmål $\leq 7,5\%$

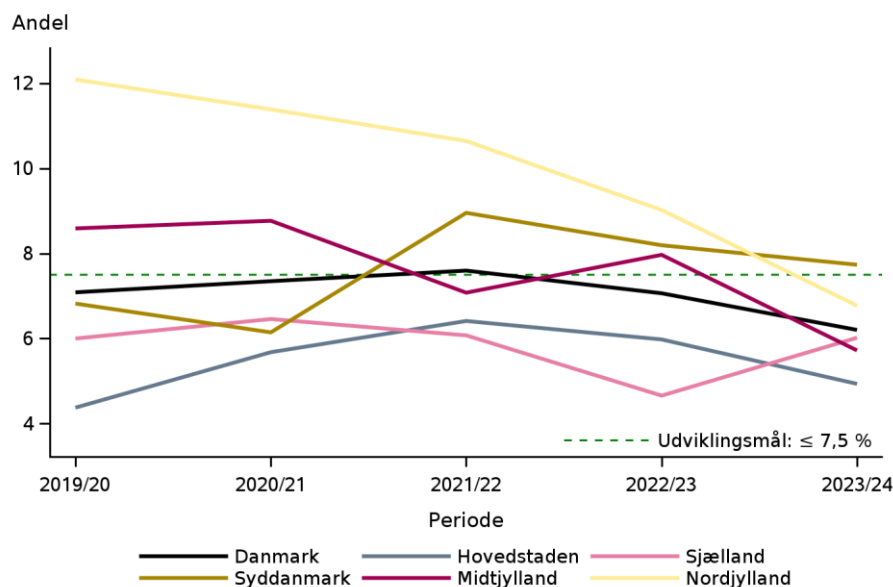
Indikator 19bi: Andel af patienter med NSTEMI, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC)

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≤ 7,5%	Tæller/	antal	01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		21/22
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	138 / 2.225	0 (0)	6,2	(5,2-7,3)	160 / 2.265	7,1	7,6
Hovedstaden	Ja	26 / 527	0 (0)	4,9	(3,2-7,1)	33 / 552	6,0	6,4
Sjælland	Ja	26 / 432	0 (0)	6,0	(4,0-8,7)	19 / 408	4,7	6,1
Syddanmark	Nej	42 / 543	0 (0)	7,7	(5,6-10,3)	44 / 537	8,2	9,0
Midtjylland	Ja	27 / 472	0 (0)	5,7	(3,8-8,2)	40 / 502	8,0	7,1
Nordjylland	Ja	17 / 251	0 (0)	6,8	(4,0-10,6)	24 / 266	9,0	10,6

Indikator 19bi: Andel af patienter med NSTEMI, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC). Forest plot på regionsniveau.



Indikator 19bi: Andel af patienter med NSTEMI, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC). Trendgraf på regionsniveau.



Datagrundlag og beregningsregler

Indikatorerne for mortalitet er opgjort ud fra patienternes bopælsregion til forskel fra de øvrige indikatorer, hvor forløbene er tilskrevet den sidste behandlende hjerteafdeling ifølge LPR.

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er NSTEMI, og patienten er invasivt behandlet (PCI og/eller CABG under den akutte indlæggelse)

Tæller

Patientforløb hvor patienten er død inden for 365 dage efter indlæggelse

Eksklusion:

- Patientforløb hvor patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er "Ikke AKS", STEMI, BBBMI eller UAP
- Patientforløb indberettet til DanAKS, som ikke kan kobles med et indlæggelsesforløb i LPR
- Patienter som ikke er bosat i Danmark
- Dobbeltindberetning: Kun det senest indberettede forløb indgår i indikatoropgørelsen ved patientforløb, hvor samme forløb er indberettet flere gange til DanAKS
- Flere forløb i opgørelsesperioden for samme patient: Kun det første forløb indgår i indikatoropgørelsen for patienter, som har flere forløb i opgørelsesperioden

	Antal	Årsag
Eksklusion:	80	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	13	Ikke bopæl i Danmark
	286	Ikke AKS
	108	Dobbeltindberetning
	35	Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden
	1.835	Ikke behandlet invasivt
	4.788	Ikke NSTEMI

Indikatorresultater

Blandt de invasivt behandlede patienter med NSTEMI døde 6,2% på landsplan inden for 1 år efter indlæggelse. På regionsniveau varierer andelen fra 4,9% i Region Hovedstaden til 7,7% i Region Syddanmark, der som den eneste region netop ikke når udviklingsmålet på $\leq 7,5\%$.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Opgørelse af data over flere år viser en stationær mortalitet under, eller omkring udviklingsmålet. Om end med variation over tid og interregionalt. 4 af 5 regioner opfylder udviklingsmålet.

Vurdering af indikatoren

Det er en fortsat svaghed ved opgørelse af mortalitet, at der er en lav dækningsgrad. Dette gør det svært at fastsætte et realistisk fremtidigt udviklingsmål.

Formandskabet og evidensspecialist vil gennemgå resultater og standarder i litteratur og nabolandes kvalitetsregistre samt fremsætte forslag til et fremtidigt udviklingsmål.

Indikatorer som afventer data

Indikator 1: Konsultation i primærsektoren ved STEMI

Andel af patienter med verificeret STEMI, konsulteret med fremmøde eller hjemmebesøg i primærsektoren (praktiserende læge/vagtlæge/1813/akuttelefon) ≤ 6 timer før First Medical Contact (FMC). Udviklingsmål $\leq 20\%$

Kommentar

Det er fortsat ikke muligt at opgøre denne indikator, idet der ikke er adgang til data vedr. tidspunkt (dato og klokkeslæt) for kontakter i primærsektoren.

Styregruppen har på audit i september 2025 besluttet at indikatoren udgår, da der dels ikke er udsigt til at data til opgørelse af indikatoren bliver tilgængeligt i den nærmeste fremtid, og da det vurderes at indikatorens anvendelig i det daglige kvalitetsudviklingsarbejde vil være begrænset.

Indikator 2: Transport med ambulance/helikopter ved STEMI

Andel af patienter med STEMI transporteret med ambulance eller helikopter. Udviklingsmål $\geq 80\%$

Indikator 3: Præhospital EKG ved STEMI

Andel af patienter med STEMI, transporteret med ambulance eller helikopter, hvor der er foretaget præhospital EKG-optagelse. Udviklingsmål $\geq 95\%$

Kommentar vedr. indikator 2 og indikator 3

Indikator 2 og indikator 3 opgøres ikke, idet der ikke er adgang til valide data vedr. transport med ambulance eller helikopter samt præhospital EKG. I Præhospitalsdatabasen (PHDB) indgår kun patienter, hvor der er ringet 112, og ikke patienter hvor 1813, vagtlæge eller hospitalslæge har tilkaldt ambulancen. Det betyder, at der er en stor andel af STEMI-patienter transporteret med ambulance eller helikopter, som ikke findes i PHDB, og PHDB kan dermed ikke anvendes som datakilde for indikatorberegningen. Det har været afsøgt, om data fra de regionale EKG-systemer (MUSE) kan benyttes som alternativ til data fra PPJ-Patientforløb, men det har endnu ikke været muligt at få data vedr. EKG fra MUSE fra alle regioner. Indikator 2 og indikator 3 afventer derfor at data vedr. præhospital transport og EKG bliver tilgængelige for DanAKS fra PPJ-Patientforløb.

Data vedr. præhospital transport af STEMI-patienter må betegnes som nøglevariable for databasen og styregruppen anbefaler, at arbejdet med at etablere adgang til præhospital patientjournal (PPJ) data fra PPJ-Patientforløb opprioriteres.

Andelen af patienter med STEMI, som får foretaget EKG, må betegnes som en nøgleindikator for databasen, og styregruppen anbefaler, at arbejdet med at etablere adgang til EKG-data fra PPJ-Patientforløb opprioriteres.

Indikator 6: Magnyl inden ankomst til kard. lab.

Andel af patienter med verificeret STEMI behandlet med Magnyl inden ankomst til kardiologisk laboratorium. Udviklingsmål $\geq 95\%$

Kommentar

Det har ikke været muligt at opgøre Indikator 6. Indikatoren afventer at data vedr. præhospital behandling med magnyl bliver tilgængelig fra de præhospital patientjournaler (PPJ) via PPJ-Patientforløb . Desuden afventer indikatoren, at oplysning om tidspunkt for ankomst til kardiologisk laboratorium bliver tilgængelig fra Dansk Hjerteregister.

I det aktuelle opgørelsesår er der på landsplan 87,1% af patienterne med STEMI, som har fået administreret Magnyl på sygehuset under indlæggelsen.

Indikator 7: PCI eller CABG inden for 12 timer fra First Medical Contact

Andel af patienter med verificeret STEMI behandlet med PCI eller koronar bypass operation ≤ 12 timer fra First Medical Contact (FMC). Udviklingsmål $\geq 92\%$

Indikator 8: KAG/PCI inden for 90 min. fra diagnose

Andel af patienter med verificeret STEMI hvor der er foretaget KAG/PCI ≤ 90 min. fra diagnosen er stillet. Udviklingsmål $\geq 80\%$

Indikator 9: KAG/PCI inden for 120 min fra alarmering eller ankomst til sygehus

Andel af patienter med verificeret STEMI hvor der er foretaget KAG/PCI ≤ 120 min. fra ambulance/helikopter alarmering eller ankomst til sygehus for selvhenvendende. Udviklingsmål $\geq 80\%$

Indikator 10: EKG inden for 10 min. fra First Medical Contact

Andel af patienter med verificeret STEMI hvor der er lavet EKG ≤ 10 min. fra First Medical Contact (FMC). Udviklingsmål $\geq 90\%$

Kommentar vedr. indikator 7 – 10

Det har ikke været muligt at opgøre Indikator 7, indikator 8, indikator 9 og indikator 10.

Indikatorerne 7 – 9 afventer data fra Dansk Hjerteregister vedr. tidspunkt for KAG, PCI og CABG. Aktuelt indeholder Dansk Hjerteregister kun proceduredatoer, og klokkeslæt bliver først tilgængeligt, når regionerne begynder at indberette disse data til den nye webservice for Dansk Hjerteregister.

Tidspunkt for first medical contact (FMC) og alarmering er aktuelt kun tilgængeligt for de patienter, som er registreret i Præhospitalsdatabasen (PHDB) i forbindelse med et 1-1-2-forløb. Tidspunkt for diagnose, der defineres som tidspunktet for EKG-optagelse, er tilsvarende aktuelt kun tilgængeligt for de patienter, som har fået foretaget præhospital EKG i forbindelse med et 1-1-2-forløb og er indberettet til Præhospitalsdatabasen. Det har været afsøgt, om det ville være muligt at indhente data fra de regionale EKG-systemer (MUSE), men det har endnu ikke været muligt at få disse data fra alle regioner. Indikatorerne afventer således at data vedr. tidspunkt for alarmering, FMC og EKG bliver tilgængelige for DanAKS fra PPJ-Patientforløb.

Styregruppen anbefaler uændret (anbefalet siden 2022), at DanAKS fremadrettet får datatræk direkte fra PPJ-patientforløb i stedet for Præhospitalsdatabasen (PHDB), da PHDB ikke inkluderer alle AKS-patienter transporteret med ambulance. Dette er nødvendigt for at sikre tid for FMC og alarmering.

Styregruppen anbefaler, principielt, at man fortsat bør stræbe efter at få data om EKG-optagelse fra MUSE systemerne. Styregruppen tager dog til efterretning at dette næppe vil være muligt. Når data fra PPJ-Patientforløb er til rådighed anbefales det, at indikator 8 opgøres på andelen af patienterne med STEMI, som er transporteret med ambulance.

Indikator 11: Invasiv undersøgelse inden for 24 timer ved NSTEMI

Andel af patienter med verificeret NSTEMI hvor der er foretaget KAG/PCI ≤ 24 timer fra ankomst til sygehus. Udviklingsmål $\geq 90\%$

Kommentar

Styregruppen besluttede på audit i 2023 fremadrettet at monitorere andelen af patienter med NSTEMI, som får foretaget invasiv undersøgelse (KAG/PCI) indenfor 24 timer fra indlæggelse, i stedet for at monitorere risikoestimering indenfor 12 timer.

Det har dog ikke været muligt at opgøre den nye indikator endnu, da indikatoren afventer, at data vedr. tidspunkt for KAG og PCI bliver tilgængelig fra Dansk Hjerteregister.

Supplerende opgørelser

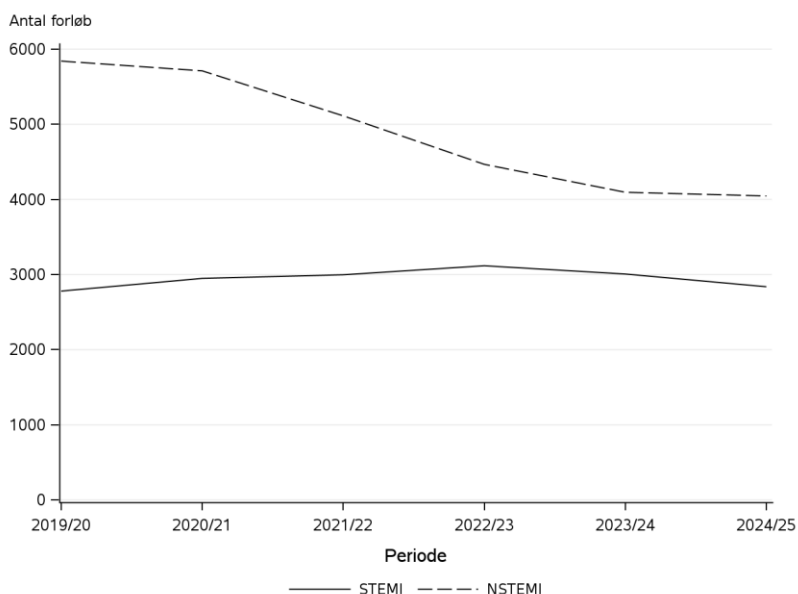
Incidens

Tabellen nedenfor viser incidensen af AKS, herunder STEMI, NSTEMI og UAP, i det aktuelle opgørelsesår. Opgørelsen er baseret på forløb og diagnoser i Landspatientregisteret (LPR) korrigeret for de verificerede diagnoser, som er indberettet via webservice til DanAKS, herunder fratrasket forløb hvor der ifølge indberetningen til DanAKS ikke er tale om AKS. Befolkningstallet er hentet fra Danmarks Statistik (www.statistikbanken).

Incidens

Region	Befolkning		AKS		STEMI		NSTEMI		UAP	
	(≥18 år)									
	1. jan.	AKS	/10.000	STEMI	/10.000	NSTEMI	/10.000	UAP	/10.000	
2025										
Danmark	4.851.818	8.023	16.5	2838	5,8	4046	8,3	1096	2,3	
Hovedstaden	1.563.192	2.452	15.7	704	4,5	1261	8,1	475	3,0	
Sjælland	696.163	1.374	19.7	470	6,8	691	9,9	211	3,0	
Syddanmark	1.004.684	1.711	17	608	6,1	926	9,2	162	1,6	
Midtjylland	1.104.209	1.594	14.4	672	6,1	784	7,1	133	1,2	
Nordjylland	483.570	892	18.4	384	7,9	384	7,9	115	2,4	

Antal årlige forløb med STEMI og NSTEMI



Diagnosekoder for forløb fra Landspatientregisteret

Tabellen nedenfor viser diagnosekoder på de inkluderede AKS-forløb fra LPR. Såfremt der er registeret flere forskellige AKS-diagnosekoder under et sammenhængende indlæggelsesforløb, er det den mest alvorlige diagnose, som er sat på forløbet, uanset om det er aktions- eller bidiagnose. Dvs. STEMI, herunder BBBMI, er valgt over NSTEMI, som er valgt over UAP. DI24* (Akut iskæmisk hjertesygdom UNS) er kun sat på forløb, hvor der under indlæggelsen ikke er anvendt andre AKS-diagnosekoder i LPR.

På næste side er der vist en tabel på hospitalsniveau over forløb i LPR med diagnoserne STEMI, BBBMI, NSTEMI, UAP og DI249 (Akut iskæmisk hjertesygdom UNS). Der henvises til Appendiks (se side 102) for en oversigt over klassifikationen af diagnosekoderne i STEMI, BBBMI, NSTEMI og UAP.

Diagnoser i LPR (alle ptt.)

	I alt	Ikke AKS		Verificeret AKS		Ikke verificeret	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%
DI200	1.152	234	20,3	273	23,7	645	56,0
DI200B	173	36	20,8	63	36,4	74	42,8
DI200C	25	#	8,0	10	40,0	13	52,0
DI210	16	#	12,5	6	37,5	8	50,0
DI210A	13			7	53,8	6	46,2
DI210B	62	#	3,2	22	35,5	38	61,3
DI211	12			6	50,0	6	50,0
DI211A	13	#	7,7	5	38,5	7	53,8
DI211B	48	#	2,1	16	33,3	31	64,6
DI213	1.421	29	2,0	558	39,3	834	58,7
DI213A	599	9	1,5	371	61,9	219	36,6
DI213B	681	12	1,8	410	60,2	259	38,0
DI213C	5	#	20,0	#	40,0	#	40,0
DI214	3.792	241	6,4	1.832	48,3	1.719	45,3
DI219	501	36	7,2	111	22,2	354	70,7
DI219A	134	56	41,8	15	11,2	63	47,0
DI249	46	8	17,4	9	19,6	29	63,0
I alt	8.693	670	7,7	3.716	42,7	4.307	49,5

Diagnoser i LPR (alle ptt.)

	I alt	STEMI		BBBMI		NSTEMI		UAP		DI249	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Danmark	8.665	2.811	32,4	5	0,1	4.453	51,4	1.350	15,6	46	0,5
Hovedstaden	2.606	748	28,7	#	0,1	1.323	50,8	520	20,0	13	0,5
Sjælland	1.600	427	26,7			821	51,3	346	21,6	6	0,4
Syddanmark	1.698	593	34,9			936	55,1	163	9,6	6	0,4
Midtjylland	1.791	655	36,6	#	0,1	941	52,5	187	10,4	6	0,3
Nordjylland	970	388	40,0	#	0,1	432	44,5	134	13,8	15	1,5
Hovedstaden	2.606	748	28,7	#	0,1	1.323	50,8	520	20,0	13	0,5
Amager og Hvidovre Hospital	502	168	33,5			181	36,1	150	29,9	3	0,6
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	274	132	48,2			109	39,8	32	11,7	#	0,4
Bornholms Hospital	89	7	7,9			56	62,9	25	28,1	#	1,1
Herlev og Gentofte Hospital	547	148	27,1			285	52,1	110	20,1	4	0,7
Nordsjællands Hospital	358	147	41,1			162	45,3	48	13,4	#	0,3
Rigshospitalet, Blegdamsvej	836	146	17,5	#	0,2	530	63,4	155	18,5	3	0,4
Sjælland	1.600	427	26,7			821	51,3	346	21,6	6	0,4
Holbæk Sygehus	245	70	28,6			124	50,6	51	20,8		
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	335	112	33,4			159	47,5	63	18,8	#	0,3
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F	339	95	28,0			179	52,8	64	18,9	#	0,3
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	681	150	22,0			359	52,7	168	24,7	4	0,6
Syddanmark	1.698	593	34,9			936	55,1	163	9,6	6	0,4
Odense Universitetshospital, Odense	434	134	30,9			251	57,8	48	11,1	#	0,2
Odense Universitetshospital, Svendborg	299	113	37,8			146	48,8	39	13,0	#	0,3
Sydvestjysk Sygehus	254	83	32,7			154	60,6	17	6,7		
Sygehus Lillebælt	406	145	35,7			224	55,2	37	9,1		
Sygehus Sønderjylland	305	118	38,7			161	52,8	22	7,2	4	1,3
Midtjylland	1.791	655	36,6	#	0,1	941	52,5	187	10,4	6	0,3
Aarhus Universitetshospital	574	228	39,7	#	0,2	290	50,5	53	9,2	#	0,3
Hospitalsenhed Midt	298	107	35,9	#	0,3	165	55,4	25	8,4		

	I alt	STEMI		BBBMI		NSTEMI		UAP		DI249	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Regionshospitalet Gødstrup	372	125	33,6			209	56,2	35	9,4	3	0,8
Regionshospitalet Horsens	249	92	36,9			121	48,6	36	14,5		
Regionshospitalet Randers	298	103	34,6			156	52,3	38	12,8	#	0,3
Nordjylland	970	388	40,0	#	0,1	432	44,5	134	13,8	15	1,5
Aalborg Universitetshospital	844	340	40,3	#	0,1	370	43,8	122	14,5	11	1,3
Regionshospital Nordjylland	126	48	38,1			62	49,2	12	9,5	4	3,2

Verificerede diagnoser for forløb som er indberettet til DanAKS

Tabellen nedenfor viser fordelingen af verificerede AKS-diagnoser (STEMI, BBMI, NSTEMI og UAP) for de i alt 3.716 forløb fra LPR, som er blevet indberettet til databasen i det aktuelle opgørelsesår.

Diagnoser indberettet (verificeret AKS)

	I alt	STEMI		BBBMI		NSTEMI		UAP	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Danmark	3.716	1.448	39,0	7	0,2	1.897	51,0	364	9,8
Hovedstaden	534	136	25,5			339	63,5	59	11,0
Sjælland	859	284	33,1	#	0,2	459	53,4	114	13,3
Syddanmark	242	97	40,1			130	53,7	15	6,2
Midtjylland	1.485	651	43,8	3	0,2	721	48,6	110	7,4
Nordjylland	596	280	47,0	#	0,3	248	41,6	66	11,1
Hovedstaden	534	136	25,5			339	63,5	59	11,0
Amager og Hvidovre Hospital	31	16	51,6			15	48,4		
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	71	48	67,6			20	28,2	3	4,2
Bornholms Hospital	#							#	100,0
Herlev og Gentofte Hospital	12	4	33,3			6	50,0	#	16,7
Nordsjællands Hospital	57	31	54,4			25	43,9	#	1,8
Rigshospitalet, Blegdamsvej	361	37	10,2			273	75,6	51	14,1
Sjælland	859	284	33,1	#	0,2	459	53,4	114	13,3
Holbæk Sygehus	178	75	42,1	#	0,6	81	45,5	21	11,8
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	32	3	9,4			23	71,9	6	18,8
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F	169	71	42,0	#	0,6	86	50,9	11	6,5
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	480	135	28,1			269	56,0	76	15,8
Syddanmark	242	97	40,1			130	53,7	15	6,2
Odense Universitetshospital, Odense	109	37	33,9			59	54,1	13	11,9

	I alt	STEMI		BBBMI		NSTEMI		UAP	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Odense Universitetshospital, Svendborg	128	57	44,5			69	53,9	#	1,6
Sydvestjysk Sygehus	3	3	100,0						
Sygehus Lillebælt	#					#	100,0		
Sygehus Sønderjylland	#					#	100,0		
Midtjylland	1.485	651	43,8	3	0,2	721	48,6	110	7,4
Aarhus Universitetshospital	490	227	46,3	#	0,4	222	45,3	39	8,0
Hospitalsenhed Midt	256	113	44,1	#	0,4	123	48,0	19	7,4
Regionshospitalet Gødstrup	284	123	43,3			144	50,7	17	6,0
Regionshospitalet Horsens	195	90	46,2			91	46,7	14	7,2
Regionshospitalet Randers	260	98	37,7			141	54,2	21	8,1
Nordjylland	596	280	47,0	#	0,3	248	41,6	66	11,1
Aalborg Universitetshospital	507	236	46,5	#	0,4	207	40,8	62	12,2
Regionshospital Nordjylland	89	44	49,4			41	46,1	4	4,5

Ekkokardiografi inden udskrivelse

Indikator S12: Andel af patienter med verificeret AMI med gennemført ekkokardiografi før udskrivelse

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		22/23
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		3.305 / 3.352	0 (0)	98,6	(98,1-99,0)	3.228 / 3.289	98,1	98,4
Hovedstaden		467 / 475	0 (0)	98,3	(96,7-99,3)	392 / 404	97,0	97,2
Sjælland		721 / 745	0 (0)	96,8	(95,2-97,9)	757 / 786	96,3	98,9
Syddanmark		226 / 227	0 (0)	99,6	(97,6-100,0)	98 / 101	97,0	100,0
Midtjylland		1.364 / 1.375	0 (0)	99,2	(98,6-99,6)	1.418 / 1.428	99,3	98,9
Nordjylland		527 / 530	0 (0)	99,4	(98,4-99,9)	563 / 570	98,8	96,6
Hovedstaden		467 / 475	0 (0)	98,3	(96,7-99,3)	392 / 404	97,0	97,2
Amager og Hvidovre Hospital		31 / 31	0 (0)	100,0	(88,8-100,0)	39 / 42	92,9	98,5
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital		67 / 68	0 (0)	98,5	(92,1-100,0)	91 / 93	97,8	98,1
Herlev og Gentofte Hospital		10 / 10	0 (0)	100,0	(69,2-100,0)	10 / 10	100,0	100,0
Nordsjællands Hospital		56 / 56	0 (0)	100,0	(93,6-100,0)	112 / 116	96,6	95,3
Rigshospitalet, Blegdamsvej		303 / 310	0 (0)	97,7	(95,4-99,1)	137 / 140	97,9	100,0
Sjælland		721 / 745	0 (0)	96,8	(95,2-97,9)	757 / 786	96,3	98,9
Holbæk Sygehus		149 / 157	0 (0)	94,9	(90,2-97,8)	166 / 174	95,4	97,8
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse		26 / 26	0 (0)	100,0	(86,8-100,0)	61 / 63	96,8	94,9
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F		147 / 158	0 (0)	93,0	(87,9-96,5)	145 / 158	91,8	100,0
Sjællands Universitetshospital, Roskilde		399 / 404	0 (0)	98,8	(97,1-99,6)	385 / 391	98,5	100,0
Syddanmark		226 / 227	0 (0)	99,6	(97,6-100,0)	98 / 101	97,0	100,0
Odense Universitetshospital, Odense		95 / 96	0 (0)	99,0	(94,3-100,0)			100,0

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		22/23
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Odense Universitetshospital, Svendborg		126 / 126	0 (0)	100,0	(97,1-100,0)	95 / 97	97,9	100,0
Sydvestjysk Sygehus		3 / 3	0 (0)	100,0	(29,2-100,0)	###	100,0	
Sygehus Lillebælt		###	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	###	50,0	100,0
Sygehus Sønderjylland		###	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)			100,0
Midtjylland		1.364 / 1.375	0 (0)	99,2	(98,6-99,6)	1.418 / 1.428	99,3	98,9
Aarhus Universitetshospital		450 / 451	0 (0)	99,8	(98,8-100,0)	440 / 442	99,5	98,8
Hospitalsenhed Midt		236 / 237	0 (0)	99,6	(97,7-100,0)	234 / 235	99,6	99,2
Regionshospitalet Gødstrup		262 / 267	0 (0)	98,1	(95,7-99,4)	301 / 304	99,0	100,0
Regionshospitalet Horsens		179 / 181	0 (0)	98,9	(96,1-99,9)	176 / 178	98,9	97,5
Regionshospitalet Randers		237 / 239	0 (0)	99,2	(97,0-99,9)	267 / 269	99,3	99,3
Nordjylland		527 / 530	0 (0)	99,4	(98,4-99,9)	563 / 570	98,8	96,6
Aalborg Universitetshospital		445 / 445	0 (0)	100,0	(99,2-100,0)	493 / 497	99,2	97,4
Regionshospital Nordjylland		82 / 85	0 (0)	96,5	(90,0-99,3)	70 / 73	95,9	91,9

Behandling med Magnyl, P2Y12 inhibitor og DOAK/VKA

Tabellen nedenfor viser andelen af patienter med AMI som har indløst recept på henholdsvis DAPT (Magnyl + P2Y12 inhibitor), triple terapi (Magnyl + P2Y12 inhibitor + DOAC/VKA) og Magnyl eller P2Y12 inhibitor i kombination med DOAK/VKA senest 30 dage efter udskrivelse.

Recepter

Enhed	I alt	Andel DAPT (%)	Andel triple terapi (%)	Andel magnyl/P2Y12 + DOAK/VKA (%)
Danmark	5.938	67	4	11
Hovedstaden	1.725	66	3	9
Sjælland	958	70	5	11
Syddanmark	1.336	67	5	12
Midtjylland	1.263	63	4	12
Nordjylland	656	74	5	12
Hovedstaden	1.725	66	3	9
Amager og Hvidovre Hospital	304	63	2	11
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	200	67	3	6
Bornholms Hospital	53	21	0	23
Herlev og Gentofte Hospital	376	63	3	10
Nordsjællands Hospital	268	64	3	14
Rigshospitalet, Blegdamsvej	524	75	5	6
Sjælland	958	70	5	11
Holbæk Sygehus	148	65	6	11
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	244	69	5	11
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F	186	65	6	13
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	380	74	3	10
Syddanmark	1.336	67	5	12
Odense Universitetshospital, Odense	319	71	5	8
Odense Universitetshospital, Svendborg	235	64	4	14
Sydvestjysk Sygehus	204	69	6	14
Sygehus Lillebælt	340	65	4	14
Sygehus Sønderjylland	238	65	3	11
Midtjylland	1.263	63	4	12
Aarhus Universitetshospital	406	72	5	10
Hospitalsenhed Midt	212	70	3	15
Regionshospitalet Gødstrup	246	34	1	11
Regionshospitalet Horsens	183	77	4	5
Regionshospitalet Randers	216	62	7	19
Nordjylland	656	74	5	12
Aalborg Universitetshospital	585	74	4	11
Regionshospital Nordjylland	71	69	6	15

Behandling med betablokker

Indikator S15: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF ≤ 40, hvor der er indløst recept på beta-blokker senest 30 dage efter udskrivelse

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		22/23
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		481 / 665	38 (5)	72,3	(68,8-75,7)	579 / 746	77,6	76,8
Hovedstaden		46 / 78	9 (10)	59,0	(47,3-70,0)	60 / 82	73,2	62,4
Sjælland		145 / 198	16 (7)	73,2	(66,5-79,3)	151 / 200	75,5	71,6
Syddanmark		19 / 27	0 (0)	70,4	(49,8-86,2)	8 / 10	80,0	68,4
Midtjylland		186 / 242	10 (4)	76,9	(71,0-82,0)	255 / 311	82,0	83,4
Nordjylland		85 / 120	3 (2)	70,8	(61,8-78,8)	105 / 143	73,4	80,9
Hovedstaden		46 / 78	9 (10)	59,0	(47,3-70,0)	60 / 82	73,2	62,4
Amager og Hvidovre Hospital		6 / 10	0 (0)	60,0	(26,2-87,8)	13 / 13	100,0	64,3
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital		15 / 18	1 (5)	83,3	(58,6-96,4)	14 / 18	77,8	70,8
Herlev og Gentofte Hospital		##	0 (0)	50,0	(6,8-93,2)	##	50,0	66,7
Nordsjællands Hospital		9 / 20	0 (0)	45,0	(23,1-68,5)	22 / 35	62,9	56,1
Rigshospitalet, Blegdamsvej		14 / 26	8 (24)	53,8	(33,4-73,4)	10 / 14	71,4	50,0
Sjælland		145 / 198	16 (7)	73,2	(66,5-79,3)	151 / 200	75,5	71,6
Holbæk Sygehus		46 / 54	4 (7)	85,2	(72,9-93,4)	38 / 47	80,9	69,6
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse		6 / 7	0 (0)	85,7	(42,1-99,6)	12 / 15	80,0	66,7
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F		32 / 50	8 (14)	64,0	(49,2-77,1)	34 / 47	72,3	77,8
Sjællands Universitetshospital, Roskilde		61 / 87	4 (4)	70,1	(59,4-79,5)	67 / 91	73,6	72,3
Syddanmark		19 / 27	0 (0)	70,4	(49,8-86,2)	8 / 10	80,0	68,4
Odense Universitetshospital, Odense		7 / 8	0 (0)	87,5	(47,3-99,7)			

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		22/23
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Odense Universitetshospital, Svendborg		11 / 17	0 (0)	64,7	(38,3-85,8)	8 / 10	80,0	70,6
Sydvestjysk Sygehus		###	0 (0)	50,0	(1,3-98,7)			
Midtjylland		186 / 242	10 (4)	76,9	(71,0-82,0)	255 / 311	82,0	83,4
Aarhus Universitetshospital		51 / 76	0 (0)	67,1	(55,4-77,5)	76 / 94	80,9	78,1
Hospitalsenhed Midt		34 / 40	1 (2)	85,0	(70,2-94,3)	41 / 48	85,4	88,5
Regionshospitalet Gødstrup		34 / 47	5 (10)	72,3	(57,4-84,4)	48 / 69	69,6	68,0
Regionshospitalet Horsens		21 / 30	3 (9)	70,0	(50,6-85,3)	38 / 43	88,4	95,2
Regionshospitalet Randers		46 / 49	1 (2)	93,9	(83,1-98,7)	52 / 57	91,2	92,9
Nordjylland		85 / 120	3 (2)	70,8	(61,8-78,8)	105 / 143	73,4	80,9
Aalborg Universitetshospital		66 / 91	0 (0)	72,5	(62,2-81,4)	86 / 118	72,9	81,7
Regionshospital Nordjylland		19 / 29	3 (9)	65,5	(45,7-82,1)	19 / 25	76,0	78,3

Behandling med ACE-hæmmer

Indikator S16: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF ≤ 40, hvor der er indløst recept på ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		22/23
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		588 / 665	38 (5)	88,4	(85,7-90,8)	661 / 746	88,6	86,7
Hovedstaden		64 / 78	9 (10)	82,1	(71,7-89,8)	74 / 82	90,2	82,8
Sjælland		176 / 198	16 (7)	88,9	(83,7-92,9)	184 / 200	92,0	87,0
Syddanmark		21 / 27	0 (0)	77,8	(57,7-91,4)	8 / 10	80,0	68,4
Midtjylland		213 / 242	10 (4)	88,0	(83,2-91,8)	266 / 311	85,5	89,5
Nordjylland		114 / 120	3 (2)	95,0	(89,4-98,1)	129 / 143	90,2	85,1
Hovedstaden		64 / 78	9 (10)	82,1	(71,7-89,8)	74 / 82	90,2	82,8
Amager og Hvidovre Hospital		8 / 10	0 (0)	80,0	(44,4-97,5)	13 / 13	100,0	85,7
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital		17 / 18	1 (5)	94,4	(72,7-99,9)	16 / 18	88,9	83,3
Herlev og Gentofte Hospital		3 / 4	0 (0)	75,0	(19,4-99,4)	##	100,0	100,0
Nordsjællands Hospital		15 / 20	0 (0)	75,0	(50,9-91,3)	31 / 35	88,6	78,0
Rigshospitalet, Blegdamsvej		21 / 26	8 (24)	80,8	(60,6-93,4)	12 / 14	85,7	75,0
Sjælland		176 / 198	16 (7)	88,9	(83,7-92,9)	184 / 200	92,0	87,0
Holbæk Sygehus		51 / 54	4 (7)	94,4	(84,6-98,8)	45 / 47	95,7	91,3
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse		7 / 7	0 (0)	100,0	(59,0-100,0)	15 / 15	100,0	94,4
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F		44 / 50	8 (14)	88,0	(75,7-95,5)	43 / 47	91,5	88,9
Sjællands Universitetshospital, Roskilde		74 / 87	4 (4)	85,1	(75,8-91,8)	81 / 91	89,0	84,8
Syddanmark		21 / 27	0 (0)	77,8	(57,7-91,4)	8 / 10	80,0	68,4
Odense Universitetshospital, Odense		7 / 8	0 (0)	87,5	(47,3-99,7)			

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		22/23
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Odense Universitetshospital, Svendborg		13 / 17	0 (0)	76,5	(50,1-93,2)	8 / 10	80,0	70,6
Sydvestjysk Sygehus		###	0 (0)	50,0	(1,3-98,7)			
Midtjylland		213 / 242	10 (4)	88,0	(83,2-91,8)	266 / 311	85,5	89,5
Aarhus Universitetshospital		67 / 76	0 (0)	88,2	(78,7-94,4)	83 / 94	88,3	87,5
Hospitalsenhed Midt		38 / 40	1 (2)	95,0	(83,1-99,4)	44 / 48	91,7	96,2
Regionshospitalet Gødstrup		37 / 47	5 (10)	78,7	(64,3-89,3)	49 / 69	71,0	86,0
Regionshospitalet Horsens		28 / 30	3 (9)	93,3	(77,9-99,2)	37 / 43	86,0	90,5
Regionshospitalet Randers		43 / 49	1 (2)	87,8	(75,2-95,4)	53 / 57	93,0	89,3
Nordjylland		114 / 120	3 (2)	95,0	(89,4-98,1)	129 / 143	90,2	85,1
Aalborg Universitetshospital		88 / 91	0 (0)	96,7	(90,7-99,3)	106 / 118	89,8	83,1
Regionshospital Nordjylland		26 / 29	3 (9)	89,7	(72,6-97,8)	23 / 25	92,0	91,3

Henvisning til hjerterehabilitering

Tabellen nedenfor viser andelen af patienter med verificeret AKS som henholdsvis accepterer og afslår tilbuddet om henvisning til hjerterehabilitering samt andelen af patientforløb, hvor det vurderes, at henvisning til hjerterehabilitering ikke er relevant.

Hjerterehabilitering (verificeret AKS)

	I alt Antal	Ja, patienten accepterer		Ja, patienten afslår		Nej, ikke relevant	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Danmark	3.716	3.105	83,6	94	2,5	517	13,9
Hovedstaden	534	504	94,4	#	0,2	29	5,4
Sjælland	859	730	85,0	10	1,2	119	13,9
Syddanmark	242	191	78,9	9	3,7	42	17,4
Midtjylland	1.485	1.217	82,0	49	3,3	219	14,7
Nordjylland	596	463	77,7	25	4,2	108	18,1
Hovedstaden	534	504	94,4	#	0,2	29	5,4
Amager og Hvidovre Hospital	31	28	90,3			3	9,7
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	71	68	95,8	#	1,4	#	2,8
Bornholms Hospital	#	#	100,0				
Herlev og Gentofte Hospital	12	12	100,0				
Nordsjællands Hospital	57	49	86,0			8	14,0
Rigshospitalet, Blegdamsvej	361	345	95,6			16	4,4
Sjælland	859	730	85,0	10	1,2	119	13,9
Holbæk Sygehus	178	131	73,6	5	2,8	42	23,6
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	32	31	96,9			#	3,1
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F	169	131	77,5	#	1,2	36	21,3
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	480	437	91,0	3	0,6	40	8,3
Syddanmark	242	191	78,9	9	3,7	42	17,4
Odense Universitetshospital, Odense	109	76	69,7	#	1,8	31	28,4

	I alt	Ja, patienten accepterer		Ja, patienten afslår		Nej, ikke relevant	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Odense Universitetshospital, Svendborg	128	110	85,9	7	5,5	11	8,6
Sydvestjysk Sygehus	3	3	100,0				
Sygehus Lillebælt	#	#	100,0				
Sygehus Sønderjylland	#	#	100,0				
Midtjylland	1.485	1.217	82,0	49	3,3	219	14,7
Aarhus Universitetshospital	490	376	76,7	6	1,2	108	22,0
Hospitalsenhed Midt	256	220	85,9	3	1,2	33	12,9
Regionshospitalet Gødstrup	284	220	77,5	21	7,4	43	15,1
Regionshospitalet Horsens	195	179	91,8	3	1,5	13	6,7
Regionshospitalet Randers	260	222	85,4	16	6,2	22	8,5
Nordjylland	596	463	77,7	25	4,2	108	18,1
Aalborg Universitetshospital	507	397	78,3	22	4,3	88	17,4
Regionshospital Nordjylland	89	66	74,2	3	3,4	20	22,5

Køn, alder og Charlson Comorbidity Index

STEMI

Enhed	I alt	Andel kvinder (%)	Andel 80+ år (%)	Andel CCI 0 (%)	Andel CCI 1-2 (%)	Andel CCI 3+ (%)
Danmark	2.766	26	17	60	28	12
Hovedstaden	685	26	19	59	28	13
Sjælland	461	25	13	65	25	10
Syddanmark	580	28	16	57	31	12
Midtjylland	664	26	19	60	28	12
Nordjylland	376	24	13	60	28	12

CCI: Charlson Comorbidity Index

NSTEMI

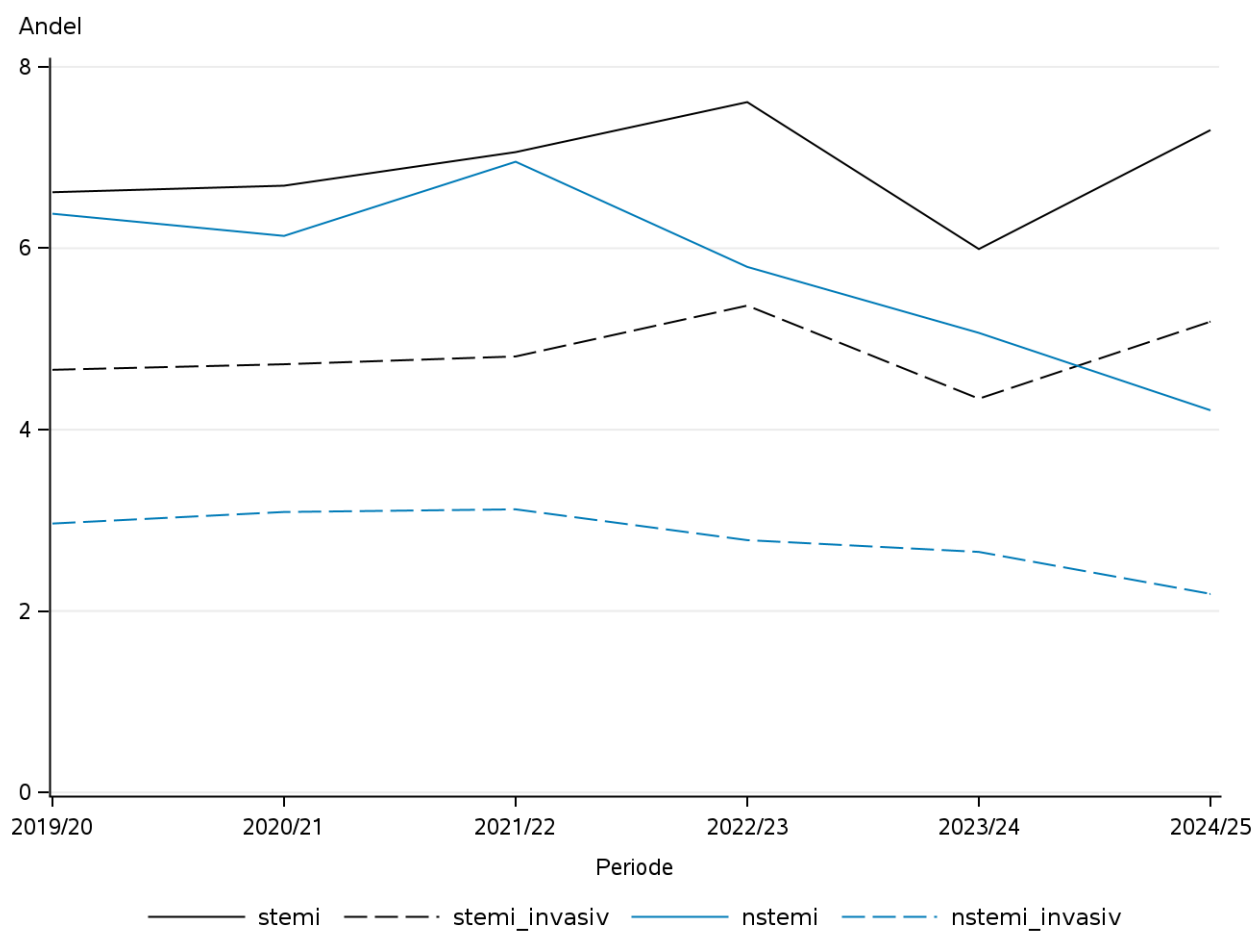
Enhed	I alt	Andel kvinder (%)	Andel 80+ år (%)	Andel CCI 0 (%)	Andel CCI 1-2 (%)	Andel CCI 3+ (%)
Danmark	3.845	33	25	45	34	21
Hovedstaden	1.201	34	24	46	33	21
Sjælland	666	31	27	44	33	23
Syddanmark	871	33	26	43	35	22
Midtjylland	747	33	25	47	35	17
Nordjylland	360	30	25	49	29	23

CCI: Charlson Comorbidity Index

Andel af patienter som dør indenfor 30 dage (samlet trendgraf for 18a/18ai/18b/18bi)

Figuren nedenfor viser andelen af patienter med henholdsvis STEMI (alle), invasivt behandlet STEMI, NSTEMI (alle) og invasivt behandlet NSTEMI, som er døde indenfor 30 dage efter first medical contact (FMC), på landsplan.

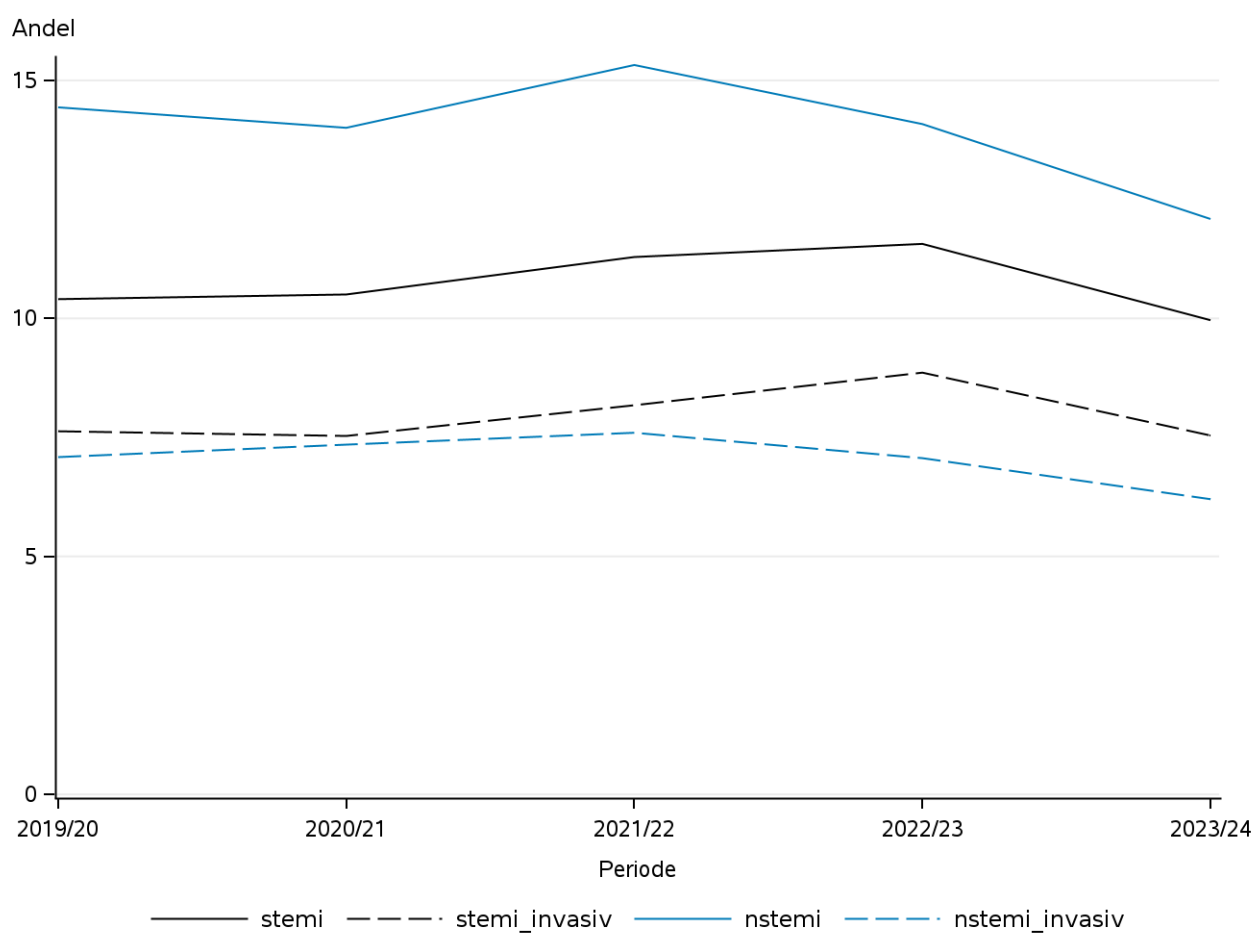
Indikator 18: Andel af patienter som er døde <= 30 dage efter First Medical Contact (FMC). Hele landet.



Andel af patienter som dør indenfor 1 år (samlet trendgraf for 19a/19ai/19b/19bi)

Figuren nedenfor viser andelen af patienter med henholdsvis STEMI (alle), invasivt behandlet STEMI, NSTEMI (alle) og invasivt behandlet NSTEMI, som er døde indenfor 1 år efter first medical contact (FMC), på landsplan.

Indikator 19: Andel af patienter som er døde <= 365 dage efter First Medical Contact (FMC). Hele landet.



Dækningsgrad for akut myokardieinfarkt (AMI)

Tabellen nedenfor viser databasens dækningsgrad for patienter med en AMI-diagnose.

Dækningsgrad for AMI

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		22/23
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		3.464 / 6.996	0 (0)	49,5	(48,3-50,7)	3.403 / 7.216	47,2	38,5
Hovedstaden		503 / 2.066	0 (0)	24,3	(22,5-26,3)	424 / 2.089	20,3	16,3
Sjælland		791 / 1.134	0 (0)	69,8	(67,0-72,4)	812 / 1.237	65,6	47,2
Syddanmark		232 / 1.532	0 (0)	15,1	(13,4-17,0)	103 / 1.530	6,7	5,4
Midtjylland		1.403 / 1.481	0 (0)	94,7	(93,5-95,8)	1.490 / 1.600	93,1	80,6
Nordjylland		535 / 783	0 (0)	68,3	(64,9-71,6)	574 / 760	75,5	62,6
Hovedstaden		503 / 2.066	0 (0)	24,3	(22,5-26,3)	424 / 2.089	20,3	16,3
Amager og Hvidovre Hospital		32 / 346	0 (0)	9,2	(6,4-12,8)	43 / 311	13,8	18,9
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital		70 / 242	0 (0)	28,9	(23,3-35,1)	95 / 256	37,1	37,1
Bornholms Hospital		0 / 62	0 (0)	0,0	(0,0-5,8)	###	3,0	3,0
Herlev og Gentofte Hospital		14 / 437	0 (0)	3,2	(1,8-5,3)	10 / 622	1,6	2,1
Nordsjællands Hospital		61 / 315	0 (0)	19,4	(15,1-24,2)	124 / 345	35,9	38,9
Rigshospitalet, Blegdamsvej		326 / 664	0 (0)	49,1	(45,2-53,0)	149 / 443	33,6	6,8
Sjælland		791 / 1.134	0 (0)	69,8	(67,0-72,4)	812 / 1.237	65,6	47,2
Holbæk Sygehus		167 / 181	0 (0)	92,3	(87,4-95,7)	177 / 221	80,1	35,5
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse		31 / 268	0 (0)	11,6	(8,0-16,0)	72 / 313	23,0	28,3
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F		166 / 226	0 (0)	73,5	(67,2-79,1)	161 / 215	74,9	9,4
Sjællands Universitetshospital, Roskilde		427 / 459	0 (0)	93,0	(90,3-95,2)	402 / 488	82,4	91,9
Syddanmark		232 / 1.532	0 (0)	15,1	(13,4-17,0)	103 / 1.530	6,7	5,4

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		22/23
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Odense Universitetshospital, Odense		99 / 387	0 (0)	25,6	(21,3-30,2)	0 / 327	0,0	0,3
Odense Universitetshospital, Svendborg		127 / 259	0 (0)	49,0	(42,8-55,3)	99 / 264	37,5	29,6
Sydvestjysk Sygehus		4 / 238	0 (0)	1,7	(0,5-4,2)	###	0,8	0,0
Sygehus Lillebælt		###	0 (0)	0,3	(0,0-1,5)	###	0,5	0,5
Sygehus Sønderjylland		###	0 (0)	0,4	(0,0-2,0)	0 / 275	0,0	0,3
Midtjylland		1.403 / 1.481	0 (0)	94,7	(93,5-95,8)	1.490 / 1.600	93,1	80,6
Aarhus Universitetshospital		455 / 478	0 (0)	95,2	(92,9-96,9)	448 / 480	93,3	95,4
Hospitalsenhed Midt		240 / 250	0 (0)	96,0	(92,8-98,1)	237 / 250	94,8	93,8
Regionshospitalet Gødstrup		281 / 299	0 (0)	94,0	(90,7-96,4)	325 / 357	91,0	38,1
Regionshospitalet Horsens		184 / 208	0 (0)	88,5	(83,3-92,5)	197 / 223	88,3	88,6
Regionshospitalet Randers		243 / 246	0 (0)	98,8	(96,5-99,7)	283 / 290	97,6	97,3
Nordjylland		535 / 783	0 (0)	68,3	(64,9-71,6)	574 / 760	75,5	62,6
Aalborg Universitetshospital		447 / 694	0 (0)	64,4	(60,7-68,0)	499 / 684	73,0	58,5
Regionshospital Nordjylland		88 / 89	0 (0)	98,9	(93,9-100,0)	75 / 76	98,7	96,4

Dækningsgrad for ustabil angina pectoris (UAP)

Tabellen nedenfor viser databasens dækningsgrad for patienter med en UAP-diagnose.

Dækningsgrad for UAP

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		22/23
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		374 / 1.106	0 (0)	33,8	(31,0-36,7)	296 / 1.021	29,0	19,9
Hovedstaden		62 / 492	0 (0)	12,6	(9,8-15,9)	56 / 479	11,7	6,1
Sjælland		119 / 202	0 (0)	58,9	(51,8-65,8)	83 / 181	45,9	25,7
Syddanmark		15 / 162	0 (0)	9,3	(5,3-14,8)	###	0,7	3,4
Midtjylland		112 / 132	0 (0)	84,8	(77,6-90,5)	88 / 121	72,7	50,9
Nordjylland		66 / 118	0 (0)	55,9	(46,5-65,1)	68 / 100	68,0	64,0
Hovedstaden		62 / 492	0 (0)	12,6	(9,8-15,9)	56 / 479	11,7	6,1
Amager og Hvidovre Hospital		0 / 147	0 (0)	0,0	(0,0-2,5)	16 / 114	14,0	6,1
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital		3 / 30	0 (0)	10,0	(2,1-26,5)	4 / 29	13,8	19,4
Bornholms Hospital		###	0 (0)	7,7	(0,9-25,1)	0 / 20	0,0	7,7
Herlev og Gentofte Hospital		###	0 (0)	1,8	(0,2-6,4)	0 / 185	0,0	0,0
Nordsjællands Hospital		###	0 (0)	4,3	(0,5-14,8)	7 / 53	13,2	15,0
Rigshospitalet, Blegdamsvej		53 / 133	0 (0)	39,8	(31,5-48,7)	29 / 72	40,3	5,0
Sjælland		119 / 202	0 (0)	58,9	(51,8-65,8)	83 / 181	45,9	25,7
Holbæk Sygehus		23 / 28	0 (0)	82,1	(63,1-93,9)	8 / 11	72,7	6,9
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse		7 / 59	0 (0)	11,9	(4,9-22,9)	10 / 62	16,1	11,1
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F		11 / 21	0 (0)	52,4	(29,8-74,3)	12 / 32	37,5	5,8
Sjællands Universitetshospital, Roskilde		78 / 94	0 (0)	83,0	(73,8-89,9)	53 / 76	69,7	85,1
Syddanmark		15 / 162	0 (0)	9,3	(5,3-14,8)	###	0,7	3,4

Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
			01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		22/23
			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Odense Universitetshospital, Odense	13 / 46	0 (0)	28,3	(16,0-43,5)	0 / 31	0,0	2,6
Odense Universitetshospital, Svendborg	###	0 (0)	5,0	(0,6-16,9)	###	3,0	8,7
Sydvestjysk Sygehus	0 / 17	0 (0)	0,0	(0,0-19,5)	0 / 14	0,0	0,0
Sygehus Lillebælt	0 / 37	0 (0)	0,0	(0,0-9,5)	0 / 46	0,0	0,0
Sygehus Sønderjylland	0 / 22	0 (0)	0,0	(0,0-15,4)	0 / 16	0,0	0,0
Midtjylland	112 / 132	0 (0)	84,8	(77,6-90,5)	88 / 121	72,7	50,9
Aarhus Universitetshospital	39 / 41	0 (0)	95,1	(83,5-99,4)	34 / 36	94,4	73,7
Hospitalsenhed Midt	19 / 20	0 (0)	95,0	(75,1-99,9)	10 / 11	90,9	83,3
Regionshospitalet Gødstrup	18 / 19	0 (0)	94,7	(74,0-99,9)	16 / 27	59,3	12,1
Regionshospitalet Horsens	15 / 30	0 (0)	50,0	(31,3-68,7)	11 / 24	45,8	29,4
Regionshospitalet Randers	21 / 22	0 (0)	95,5	(77,2-99,9)	17 / 23	73,9	78,3
Nordjylland	66 / 118	0 (0)	55,9	(46,5-65,1)	68 / 100	68,0	64,0
Aalborg Universitetshospital	62 / 114	0 (0)	54,4	(44,8-63,7)	62 / 94	66,0	61,4
Regionshospitalet Nordjylland	4 / 4	0 (0)	100,0	(39,8-100,0)	6 / 6	100,0	100,0

Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Formålet med Dansk Register for Akut Koronart Syndrom (DanAKS) er at bidrage til kvalitetsudvikling af den tværfaglige indsats i diagnostik og behandling af patienter med akut koronart syndrom (AKS), herunder med særligt fokus på præhospital diagnostik og visitation samt akut behandling.

Patienter med brystmerter udgør en meget stor andel af akutte indlæggelser i Danmark. En mindre men dog væsentlig del af disse patienter (estimeret ca. 20%) har AKS. AKS omfatter tilstandene akut myokardieinfarkt (AMI) og ustabil angina pectoris (UAP). Intensiteten og varigheden af den akutte iskæmiske tilstand er bestemmende for, om der udvikles irreversibel myokardieiskæmi og dermed vævsskade i myokardiet, dvs. AMI, eller om udviklingen begrænses til reversibel myokardieiskæmi uden vævsskade, dvs. UAP.

Alle patienter med AKS, som har haft et indlæggelsesforløb af kortere eller længere varighed, skal indberettes til DanAKS. Databasen inkluderer alle patienter registreret med en af følgende ICD-10 koder som aktions- eller biddiagnose i Landspatientregisteret (LPR):

- D1200* Ustabil angina pectoris
- D121* Akut myokardieinfarkt
- D1249* Akut iskæmisk hjertesygdom UNS

* Inkl. alle underkoder

Patienter som opfylder inklusionskriterierne skal indberettes til databasen fra de regionale EPJ-systemer via den etablerede webservice. Den endelige diagnose verificeres af udskrivende hjerteafdeling og indberettes til databasen som "STEMI" (ST-elevations myokardieinfarkt), "NSTEMI" (Non ST-elevations myokardieinfarkt), "BBBMI" (bundle branch block MI, grenbloks myokardieinfarkt), "UAP" eller "IKKE AKS", hvor sidstnævnte dækker over at patienten har fået en AKS-diagnose i LPR under indlæggelsesforløbet, som efter endt iskæmiudredning frafaldes.

Der henvises til Appendiks (se side 102) for en oversigt over klassifikationen af diagnosekoder i STEMI, BBBMI, NSTEMI og UAP.

Behandlingen af patienter med AKS er kompliceret og kræver veludviklede tværfaglige, tværsektorielle og transregionale integrerede behandlingssystemer for at sikre behandling på højeste faglige niveau uafhængigt af geografi og demografi. Evidensen for korrekt behandling af patienter med AKS er særdeles velbelyst og beskrevet detaljeret i internationale guidelines og i den nationale behandlingsvejledning. Der henvises til dokumentalistrapporten for databasen (<https://sundk.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/dansk-register-for-akut-koronart-syndrom-danaks/dokumentation/>) for en gennemgang af baggrunden for de enkelte kvalitetsindikatorer.

Datagrundlag

Indberetning til databasen

Indberetning til DanAKS foregår via databasens webservice direkte fra regionernes EPJ-systemer. For Region Hovedstaden og Region Sjælland sker indberetning til databasen via webservice direkte fra Sundhedsplatformen. For Region Midtjylland og Region Nordjylland foregår indberetningen i SFI'er i henholdsvis MidtEPJ og NordEPJ til databasens webservice. I Region Syddanmark har det siden maj 2022 tilsvarende være muligt at indtaste data til databasen i SFI'er i EPJ SYD, men modulet til indlevering af data til databasens webservice er først idriftsat i april 2025.

Datakomplethed

Datakompletheden for indikatorerne, som er baseret på indberettede forløb (15_16 og 17), er høj. For indikator 17 (hjerterehabilitering) er der ingen af de relevante indberettede forløb, som mangler oplysninger for at kunne indgå i indikatorberegningen. For indikator 15_16 (betablokker og/eller ACE-hæmmer) er der på landsplan 5% af de relevante indberettede forløb, som ikke har tilstrækkelige oplysninger til at indgå i indikatorberegningen (LVEF er uoplyst). Der er endvidere nogen variation i andelen af uoplyste på tværs af regioner (0-10%) og hospitaler (0-24%) for denne indikator.

De øvrige indikatorer i årsrapporten er baseret på data fra nationale registre og andre kvalitetsdatabaser (Dansk Hjerteregister), og uoplyst er ikke muligt i disse indikatorer. De nationale sundhedsregistre antages per definition at være komplette. Såfremt en patient fra DanAKS ikke findes i Dansk Hjerteregister med en procedurekode for PCI eller CABG antages det tilsvarende, at patienten ikke er invasivt behandlet.

Datakvalitet omfatter udover datakomplethed (er alle relevante variable registreret for det enkelte forløb?) også dækningsgrad af patientregistrering (er alle relevante patienter i databasen?). Der henvises til kapitlet i starten af rapporten vedr. dækningsgrad (side 11).

Data i den aktuelle rapport

Årsrapport 2025 indeholder data for det aktuelle opgørelsesår 1. juli 2024 – 30. juni 2025 samt de to foregående år. Rapportens analyser er baseret på dataudtræk foretaget d. 13. august 2025.

Styregruppens medlemmer

Titel/navn	Arbejdssted	Fagligt selskab/region
Formand		
Cheflæge Carsten Stengaard	Regionshospitalet Horsens	DCS Region Midtjylland
Medlemmer		
Overlæge Lia E. Bang	Rigshospitalet	DCS Region Hovedstaden
Overlæge Frants Pedersen	Rigshospitalet	DCS Region Hovedstaden
Overlæge Michael Mundt Ottesen	Sjællands Universitetshospital, Roskilde	DCS Region Sjælland
Ledende overlæge Suzette Krohn Therkelsen	Holbæk Sygehus	DCS Region Sjælland
Overlæge Jess Lambrechtsen	OUH Odense Universitetshospital	DCS Region Syddanmark
Overlæge Lene Hüche Nielsen	OUH Odense Universitetshospital	DCS Region Syddanmark
Sygeplejerske Mette Jönsson	Aarhus Universitetshospital	FS K&T / DASYS Region Midtjylland
Overlæge Hanne Maare Søndergaard	Regionshospitalet Viborg	DCS Region Midtjylland
Overlæge Ashkan Eftekhari	Aalborg Universitetshospital	DCS Region Nordjylland
Vicedirektør Marlene Fleischer	Holbæk Sygehus	Regionssundhedsdirektør kredsen Region Sjælland
Afdelingslæge Claus Kjær Pedersen (Evidensspecialist)	Regionshospitalet Horsens	DCS Region Midtjylland
Lene Birgit Svanberg Skov		Patientrepræsentant
Christian Joshua Korsgaard		Patientrepræsentant
Seniorepidemiolog Camilla Plambeck Hansen	Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK)	
Kvalitetskonsulent Anne Nakano	Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK)	Repræsentant for den dataansvarlige myndighed
Datamanager Carsten Agger	Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK)	

DCS: Dansk Cardiologisk Selskab

DASYS: Dansk Sygeplejeselskab

FS K&T: Fagligt Selskab for Kardiovaskulære og Thoraxkirurgiske Sygeplejersker

Appendiks

Klassifikation af diagnosekoder

Databasens grundpopulation omfatter alle patienter med et indlæggelsesforløb, hvor der er registreret en af følgende ICD-10 koder som aktions- eller bidiagnose i Landspatientregisteret:

- DI200* Ustabil angina pectoris
- DI21* Akut myokardieinfarkt
- DI249 Akut iskæmisk hjertesygdom UNS

* Inkl. alle underkoder

Tabellen på næste side viser klassifikationen af de inkluderede diagnosekoder fra Landspatientregister i AKS, STEMI og NSTEMI- og UAP. Bemærk at forløb som alene har diagnosekoden DI249 indgår i databasens grundpopulation, men ikke klassificeres som AKS i indikatorberegningerne. Det vil sige, at disse forløb indgår i beregningen af databasens dækningsgrad, men ikke i indikatoropgørelserne. Forløb som alene har diagnosekoderne DI249 udgjorde i det aktuelle opgørelsesår under 1% af det samlede antal AKS-forløb i LPR (se tabellen over diagnosekoder for forløb fra LPR på side 78).

Tabel: Klassifikation af diagnosekoder fra Landspatientregisteret

Diagnosekode		AKS	AMI	STEMI	NSTE-AKS	NSTEMI	UAP
DI200	Ustabil angina pectoris	X			X		X
DI200B	Klinisk vurderet ustabil angina pectoris	X			X		X
DI200C	Ustabil angina pectoris med dokumenteret iskæmi	X			X		X
DI21	Akut myokardieinfarkt	X	X				
DI210	Anteriort akut myokardieinfarkt med Q-taksudvikling	X	X				
DI210A	Anteriort non-ST-elevations akut myokardieinfarkt med Q-taksudvikling	X	X		X	X	
DI210B	Anteriort ST-elevations akut myokardieinfarkt med Q-taksudvikling	X	X	X			
DI211	Inferiort eller posteriort akut myokardieinfarkt med Q-taksudvikling	X	X				
DI211A	Inferiort eller posteriort non-ST-elevations akut myokardieinfarkt med Q-taksudvikling	X	X		X	X	
DI211B	Inferiort eller posteriort ST-elevations akut myokardieinfarkt med Q-taksudvikling	X	X	X			
DI213	ST-elevations akut myokardieinfarkt	X	X	X			
DI213A	ST-elevations akut myokardieinfarkt, anteriort	X	X	X			
DI213B	ST-elevations akut myokardieinfarkt, inferiort/posteriort	X	X	X			
DI213C	ST-elevations akut myokardieinfarkt, grenblok	X	X	X			
DI214	Non-ST-elevations akut myokardieinfarkt	X	X		X	X	
DI219	Akut myokardieinfarkt UNS	X	X		X	X	
DI219A	Type 2 myokardieinfarkt	X	X		X	X	
DI23	Komplikationer i efterforløbet af akut myokardieinfarkt						
DI230	Hæmoperikardium efter akut myokardieinfarkt						
DI231	Atrieseptumruptur efter akut myokardieinfarkt						
DI232	Ventrikelseptumruptur efter akut myokardieinfarkt						
DI233	Ruptur i hjertevæg uden hæmoperikardium efter akut myokardieinfarkt						
DI234	Ruptur af chordae tendineae efter akut myokardieinfarkt						
DI235	Papillærmuskelruptur efter akut myokardieinfarkt						
DI236	Trombose i atrie eller ventrikel efter akut myokardieinfarkt						
DI236A	Trombose i atrieaurikel efter akut myokardieinfarkt						
DI236B	Trombose i ventrikel akut myokardieinfarkt						
DI238	Anden akut komplikation i efterforløbet af akut myokardieinfarkt						
DI238A	Perikardieansamling efter akut myokardieinfarkt						
DI24	Andre former for akut iskæmisk hjertesygdom						
DI240	Koronartrombose uden infarkt						
DI240A	Arteriel eller venøs koronaremboli uden infarkt						
DI241	Postmyokardieinfarktsyndrom						
DI248	Anden form for akut iskæmisk hjertesygdom						
DI248A	Insufficiencia coronaria						
DI249	Akut iskæmisk hjertesygdom UNS						

Oversigt over hjertecentre i Danmark

Der findes fire højtspecialiserede centre i Danmark som rutinemæssigt foretager primær PCI (Perkutan Coronar Intervention, ballonudvidelse) af STEMI-patienter. Nedenfor er en oversigt over de fire hjertecentre med tilhørende SOR-koder:

- Rigshospitalet: 8031000016007
- Odense Universitetshospital: 237891000016004 [eksklusiv 486481000016009 (OUH Medicinsk Afdeling M (Svendborg)) og 486331000016000 (OUH Fælles Akut Modtagelse (Svendborg))]
- Aarhus Universitetshospital: 404261000016009
- Aalborg Universitetshospital: 275421000016009

Oversigt over akutte hjertemodtagelser i de fem regioner

De fem regioner har oplyst, at nedenstående afdelinger kan klassificeres som akutte hjertemodtagelser (SOR-kode og afdelingsnavn for Region Sjælland samt SHAK-kode og afdelingsnavn for de fire øvrige regioner).

Region Hovedstaden

- Rigshospitalet: 130103 (Afdeling for Hjertesygdomme), 130128 (Traumecenter og Akut Modtagelse, TC)
- Bispebjerg og Frederiksberg Hospital: 130938 (Kardiologisk afd. Y, Bispebjerg Hospital), 130947 (Akut modtageafd. AMA, Bispebjerg Hospital)
- Herlev og Gentofte Hospital: 151631 (Hjertemedicinsk overafdeling), 151636 (Overafd. Akutmodtagelsen A)
- Nordsjællands Hospital: 200017 (Akut overafdeling), 200027 (HI Kard-Nefro-Endo Overafd.)

Region Sjælland

- Nykøbing F. Sygehus: 322691000016006 (NFS Akutafd., Skadestue), 230741000016003 (NFS Medicinsk Afd.)
- Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse: 968171000016000 (SLA Kardiologi – Overafdeling), 322661000016002 (SLA Akutafdeling – Overafdeling)
- Sjællands Universitetshospital: 223491000016007 (Kardiologisk Sengeafs. 71, ROS), 605181000016005 (Kardiologisk Sengeafs. 75, ROS), 322571000016006 (KOE Akut Afd., Skadestue), 431761000016008 (ROS Kardiologisk Lab), 441751000016006 (KOE Skade, Roskilde), 223481000016005 (ROS Kardiologisk Afd.), 223511000016001 (ROS Kardiologisk Amb.), 322601000016001 (KOE Akut Afd.)
- Holbæk Sygehus: 666691000016009 (Hjertemedicinsk Modt.44.4, HOL), 227041000016002 (Kardiolog. Sengeafs. 04.4, HOL), 227141000016001 (Kardiolog. Sengeafs. 43.3, HOL), 322611000016004 (HOL Akt Afd., Skadestue), 322641000016003 (HOL Akut Afd.), 1347371000016000 (HOL Kardiologisk Afd.)

Region Syddanmark

- Odense Universitetshospital: 4202020 (Hjertemedicinsk Afdeling B), 420243 (OUH FællesAkutModtag (Odense)), 4202730 (OUH Medicinsk Afsnit (Svendborg))
- Sygehus Lillebælt: 6008310 (SLB Hjertemedicinsk Afsnit (Vejle)), 6008311 (SLB Hjertesygdomme Senge (Kolding))
- Sydvestjysk Sygehus: 550122B (SVS FAM Hjertemedicinsk afsnit (Esbjerg)), 5501052 (SVS Kardiologisk afsnit (Esbjerg))
- Sygehus Sønderjylland: 503201000016001 (SOR kode) (SHS Hjertesygdomme Sengeafsnit (Aabenraa)), 1449951000016007 (SOR kode) SHS FAM Akutmodtagelse (Aabenraa)

Region Midtjylland

- Aarhus Universitetshospital: 662002 (Hjertesygdomme)
- Hospitalsenhed Midt: 663014 (Hjertesygdomme), 6630301 (Medicinsk Afsnit Silkeborg)
- Hospitalsenhed Vest: 6650301 (Hjerteafsnit), 665020 (Akutafdeling)
- Regionshospitalet Gødstrup: 6640301 (Hjerteafsnit Gødstrup), 664020 (Akutafdelingen – RHG)
- Regionshospitalet Horsens: 6006040 (Medicinsk Afdeling – RHH)
- Regionshospitalet Randers: 7005401 (Akutafdelingen – Randers), 700505E (Akut Hjerteklinik – Randers)

Region Nordjylland

- Aalborg Universitetshospital: 8001468 (Alb Skade-Modtageafdeling), 8001031 (Alb Kardiologisk Afd.)
- Regionshospital Nordjylland: 8003468 (Hjr Akutmodtagelse), 8003611 (Hjr Hjertemedicin Sengeafdeling), 1065551000016002 (SOR-kode) (Hjr Hjertemedicin Akut Ambulatorium)

Regionale kommentarer

Region Hovedstaden

Fra SFR Kardiologi:

Data fra Region Hovedstaden er præget af lav dækningsgrad. Baggrunden for dette har været drøftet i SFR Kardiologi i Region Hovedstaden.

En del af forklaringen er forkert indberetning af AKS-diagnoser til LPR. Derudover har der også været en udfordring med opmærksomhed på at udfylde skema i Sundhedsplatformen (SP) med data til DanAKS ved patientens udskrivelse.

Arbejdsgang ifht. korrektion og efterregistrering er ressourcekrævende, og det har ikke været muligt at prioritere dette inden deadline for denne årsrapport. Fokus på DanAKS vil blive intensiveret i Region Hovedstaden med kontinuerlig opmærksomhed på dækningsgrad. SFR Kardiologi har rettet henvendelse til SP-organisationen ifht. mulighed for, at SP udvikles til bedre at understøtte klinikernes dokumentation af påkrævede data.

Region Midtjylland

Regionshospitalet Gødstrup

Indikator 13, 14 og 15 måler alle på indløsning af recept inden for 30 dage. I RHG har vi konceptet "Min Medicin med", hvor der ordineres og medgives hele pakker medicin ved udskrivelsen, som gør at de fleste patienter aldrig vil få indløst recepten inden 30 dage. Patienterne får ordineret den relevante medicin, men receptindløsning inden 30 dage efter udskrivelse sker ikke, fordi patienten får udleveret hele pakker af ordineret medicin ved udskrivelsen.

Region Nordjylland

Aalborg Universitetshospital

Vedr. dækningsgraden: Faldet i dækningsgrad på Aalborg UH kan primært tilskrives registrering, idet aktiviteten kun medregnes, når den er registreret både på selve indlæggelseskontakten og inden for indlæggelsesperioden. Der er iværksat indsats, hvor sekretærer følger systematisk op på fejllister.

Vedr. 30 dages mortalitet for STEMI: 30 dages mortaliteten for STEMI patienter er gennemgået. Gennemgangen viser, at alle patienterne er døde af kardiale tilstande. Der er tale om meget syge og multimorbide patienter med forventelig høj mortalitet, og derfor vurderes kvaliteten i udredning og behandlingen at være i orden.

