

Dansk Register for Akut Koronart Syndrom

Årsrapport 2024

1. juli 2023 – 30. juni 2024

Offentliggjort version, d. 29. november 2024

Dansk Register for Akut Koronart Syndrom

© RKKP 2024

Udarbejdet af:

Rapportens analyser er udarbejdet af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) ved RKKP's Videncenter. Rapporten er auditeret og kommenteret af styregruppen.

Formand for databasen:

Christian Juhl Terkelsen, Professor, overlæge, dr.med.
Aarhus Universitetshospital

Henvendelse vedr. rapporten til:

Kvalitetskonsulent Anne Nakano Jensen
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram
Hedeager 3, 8200 Aarhus N
Tlf.: 2168 7688
E-mail: annjes@rkkp.dk

www.rkkp.dk

Version: Offentliggjort version

Versionsdato: 29.11.2024

Indhold

Konklusioner og anbefalinger	5
Oversigt over databasens indikatorer	7
Oversigt over de samlede indikatorresultater	9
Dækningsgrad	12
Dækningsgrad	12
Overensstemmelsesgrad	15
Indikatorresultater på lands-, regions- og enhedsniveau	18
Indikator 1: Konsultation i primærsektoren ved STEMI	18
Indikator 2: Transport med ambulance/helikopter ved STEMI	19
Indikator 3: Præhospital EKG ved STEMI	20
Indikator 4: Visitation direkte til hjertecenter ved STEMI	21
Indikator 5: Indlæggelse på akut hjertemodtagelse ved NSTEMI	24
Indikator 6: Magnyl inden ankomst til kard lab	27
Indikator 7: PCI eller CAGB inden for 12 timer fra First Medical Contact	27
Indikator 8: KAG/PCI inden for 90 min. fra diagnose	27
Indikator 9: KAG/PCI inden for 120 min fra alarmering eller ankomst til sygehus	28
Indikator 10: EKG inden for 10 min. fra First Medical Contact	28
Indikator 11: Invasiv undersøgelse inden for 24 timer ved NSTEMI	29
Indikator 12: Ekkokardiografi inden udskrivelse ved AMI	30
Indikator 13: Dual antiplatelet therapy ved AMI	36
Indikator 14: Lipidsænkende præparat ved AMI	42
Indikator 15: Betablokker ved AMI	48
Indikator 16: ACE-hæmmer ved AMI	54
Indikator 17: Henvisning til hjerterehabilitering ved AMI	60
Indikator 18a: 30-dages dødelighed efter STEMI (alle)	66
Indikator 18ai: 30-dages dødelighed efter STEMI (invasivt behandlede)	69
Indikator 18b: 30-dages dødelighed efter NSTEMI (alle)	72
Indikator 18bi: 30-dages dødelighed efter NSTEMI (invasivt behandlede)	75
Indikator 19a: 1-års dødelighed efter STEMI (alle)	78
Indikator 19ai: 1-års dødelighed efter STEMI (invasivt behandlede)	81
Indikator 19b: 1-års dødelighed efter NSTEMI (alle)	84
Indikator 19bi: 1-års dødelighed efter NSTEMI (invasivt behandlede)	87
Supplerende opgørelser	90
Incidens	90
Diagnosekoder for forløb fra Landspatientregisteret	91
Verificerede diagnoser for forløb fra LPR som er indberettet til DanAKS	94
Behandling med Magnyl, P2Y12 inhibitor og NOAK/VKA	96

Indikator S15_16: Behandling med betablokker og/eller ACE-hæmmer	98
Henvisning til hjerterehabilitering	100
Køn, alder og Charlson Comorbidity Index	102
Andel af patienter som dør indenfor 30 dage (fælles figur for 18a/18ai/18b/18bi)	103
Andel af patienter som dør indenfor 1 år (fælles figur for 19a/19ai/19b/19bi)	104
Dækningsgrad for akut myokardieinfarkt (AMI)	105
Dækningsgrad for ustabil angina pectoris (UAP)	107
Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	109
Datagrundlag	110
Styregruppens medlemmer	111
Appendiks	112
Klassifikation af diagnosekoder	112
Oversigt over hjertecentre i Danmark	114
Oversigt over akutte hjertemodtagelser i de fem regioner	114
Regionale kommentarer	116

Konklusioner og anbefalinger

I foråret 2017 blev det besluttet, i regi af Nyt Dansk Hjerteregister, at der skulle etableres en ny kvalitetsdatabase for patienter med akut koronart syndrom (AKS), med navnet Dansk Register for Akut Koronart Syndrom (DanAKS). I november 2017 havde styregruppen for DanAKS opnået enighed om variabeliste, og dokumentalistrapport blev sendt i høring i januar 2018.

Styregruppen havde fået som opgave at basere databasen på datafangst i videst muligt omfang. Af tæt på 100 variable i databasen er antallet af variable, som kræver indtastning, reduceret til 8. Disse variable skal indtastes enten i KIP (Kvalitets Indrapporterings Platform) eller via eksisterende elektroniske patientjournaler. Ingen regioner ønskede indtastning via KIP. Fra 2020 var det muligt at registrere patienter fra Region Hovedstaden og Region Sjælland i DanAKS via Sundhedsplatformen (SP), og fra 2021 var tilsvarende registrering mulig i Region Midtjylland via MidtEPJ. Siden marts 2022 har Region Nordjylland og siden maj 2022 har Region Syddanmark haft mulighed for at indtaste patientforløb i EPJ.

Fra SP, MidtEPJ og NordEPJ sker indrapportering til Regionernes Kliniske kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) via en webservice. Denne indrapportering fordrer, at de enkelte journalsystemer bygger et modul til indlevering af data, og denne proces har været forsinket for alle regioner. Der er således endnu ikke adgang til de data, som registreres i Region Syddanmark.

Ved etablering af DanAKS var der fokus på at diagnoserne akut myokardieinfarkt (AMI) og ustabil angina pectoris (UAP) ikke er valide i Landspatientregisteret (LPR). Der blev således etableret en såkaldt dækningsgradsopgørelse. Denne afspejler i tæller antal patienter indrapporteret i DanAKS, og i nævneren tilsvarende antal patienter indrapporteret i LPR med diagnosen AMI eller UAP. Dog fratrækkes i nævneren de patienter, som man i DanAKS har registreret som "Ikke havende AKS". En mere retvisende LPR-kodning af AKS forløb var tidligt et af databasens væsentlige fokuspunkter. Det er tydeligt, at der fortsat angives AKS diagnoser på forløb, hvor en patient ikke har AKS. Specielt er det et problem, at diagnosen UAP ofte er udskrivelsesdiagnosen fra et regionshospital, når en patient overflyttes til hjertecenter til subakut koronarangiografi (KAG). DanAKS vil kontakte DCS med ønsket om et samarbejde til en mere korrekt kodestrategi.

En lav dækningsgrad for et hospital kan skyldes at:

1. der endnu ikke sker dataindlevering fra EPJ til RKKP – som det er gældende for Region Syddanmark.
2. man glemmer at indrapportere – hvilket forventes at blive bedre, når man løbene monitorerer via daglige data i ledelsesinformationssystemerne (LIS).
3. man konsekvent sætter diagnoserne AMI og UAP på patienter, som ikke har AMI eller UAP, samt at man glemmer at registrere i DanAKS, at patienterne ikke havde AMI eller UAP. Dette forventes at blive optimeret, når man løbende monitorerer indrapportering via LIS.

Ovennævnte forhold afspejles i aktuelle rapport, således at der generelt er manglende indrapportering fra Region Syddanmark, og at der fortsat er en betydelig variation i dækningsgraden, både på tværs af regionerne og indenfor regionerne. Dækningsgraden er i aktuelle årsrapport steget til 41% fra 34%, men fortsat utilfredsstillende lav. Dækningsgraden vil selvfølgelig blive lav, når ingen patienter indberettes fra Region Syddanmark. Dækningsgraden samlet for de fire øvrige regioner er på 52%. Samtidig viser rapporten, at 3 hospitaler har kunnet sikre en dækningsgrad på over 90%.

Det er en forudsætning for en høj dækningsgrad at der lokalt laves en monitoreringsstruktur, som adresserer dækningsgraden. Dækningsgraden kan monitoreres ved de data RKKP dagligt leverer til LIS. Det er dermed muligt

at opspore og korrigere manglende indberetninger få dage efter, et forløb er afsluttet. Det er styregruppens anbefaling, at hospitalsledelserne, sammen med de lokale kvalitetskonsulenter, iværksætter tiltag der sikrer denne monitorering. Det er ligeledes en anbefaling, at alle hjerteafdelinger adresserer afdelingens ansvar for DanAKS registreringerne.

Aktuelle rapport skal tolkes med forbehold grundet manglerne fremhævet ovenfor, jf. kommentarer ved de enkelte indikatorer.

Rapportens væsentligste konklusioner og anbefalinger

Rapporten bærer fortsat præg af, at en række indikatorer (1-3 og 6-10), endnu ikke kan opgøres grundet manglende præhospitale data. Flere af indikatorerne er nøgleindikatorer specielt for forløbene med patienter med de største AMI'er. Styregruppen opfordrer til at arbejdet med at sikre data fra den præhospitale fase prioriteres højt.

Styregruppen har bemærket, at resultatet for to indikatorer kræver yderligere adressering. Indikator 4, andelen af patienter med STEMI som indlægges direkte på Hjertecenter, har en betydelig regional variation. Årsagerne kan være mange. Styregruppen vil udarbejde en eksplorativ audit til afklaring af, om der er strukturelle årsager, som bør afstedkomme kliniske og organisatoriske tiltag. Indtil denne foreligger, bør der ikke tolkes yderligere på indikator 4. Indikator 13, andel af patientforløb med AMI, hvor der er indløst recept på Dual AntiPlatelet Therapy (DAPT) senest 30 dage efter indlæggelse, er ligeledes med betydelig variation og lavere end fastsat standard for 4 af 5 regioner. Her vil ligeledes blive lavet en eksplorativ audit.

Dødelighed ved AKS er en nøgleindikator, men det er svært at sætte et ambitiøst og realistisk udviklingsmål. Styregruppens formandskab og evidensspecialist vil undersøge mortalitet og kvalitetsstandarder i nabolandes kvalitetsregistre og udarbejde et forslag til fremtidige ambitiøse og realistiske udviklingsmål, som vil erstatte de nuværende standarder fra næste års rapport.

Styregruppen har besluttet, at Indikator 12, Ekkokardiografi under indlæggelse, udgår som indikator, idet den vedvarende ligger over den fastsatte standard, og det vurderes, at der ikke er yderligere potentiale for kvalitetsforbedring. Ligeledes foretages en sammenlægning af indikator 15 og 16, henholdsvis betablokker og ACE/ARB hos patienter med AMI og LVEF ≤ 40 . Dette da opgørelse af de to præparater separat ikke ses som et udtryk for god kvalitet. Separate opgørelser udarbejdes fortsat som en supplerende undersøgelse.

Ændringer i styregruppens sammensætning

Der er sket en ændring af styregruppens sammensætning. Christian Juhl Terkelsen træder tilbage som formand, og Carsten Stengaard er valgt som ny formand. Ny evidensspecialist bliver 1. reservelæge Claus Kjær Pedersen, Aarhus Universitetshospital. Ligeledes erstatter overlæge Ashkan Eftekhari, Aalborg Universitetshospital, Martin Kirk Christensen. Klinisk sygeplejespecialist Pernille Palm udtræder også af styregruppen.

Opdatering af evidensrapport

Databasens dokumentalistrapport (evidensrapport) bør opdateres. Dels er den aktuelle forældet i forhold til aktuelle behandlingsanbefalinger. Dels er der foretaget betydelige ændringer i databasens indikatorer siden dokumentalistrapportens udgivelse. Formandskab og evidensspecialist vil i samarbejde udarbejde en opdatering.

Oktober 2024,
Styregruppen for DanAKS

Oversigt over databasens indikatorer

Nedenfor ses en oversigt over de af databasens indikatorer som indgår i Årsrapporten 2024.

Indikatoroversigt

Indikator	Type	Format	Standard	ID
Indikator 5: Andel af patienter med NSTEMI indlagt direkte på akut hjertemodtagelse	Proces	Andel	≥ 80 %	DANAKS_05_002
Indikator 12: Andel af patienter med verificeret AMI med gennemført ekkokardiografi før udskrivelse	Proces	Andel	≥ 95 %	DANAKS_12_003
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 NOAK/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: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF ≤ 40, hvor der er indløst recept på beta-blokker senest 30 dage efter udskrivelse	Proces	Andel	≥ 80 %	DANAKS_27_003
Indikator 16: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF ≤ 40, hvor der er indløst recept på ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse	Proces	Andel	≥ 90 %	DANAKS_28_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	Type	Format	Standard	ID
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 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 2024.

Supplerende indikatoroversigt

Indikator	Type	Format	Standard	ID
Indikator S4: Andel af patienter med STEMI, der visiteres direkte til hjertecenter (alle)	Proces	Andel		DANAKS_41_001
Indikator S15_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		DANAKS_43_002

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	Standard	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse		
			01.07.2023 - 30.06.2024	2022/23	2021/22
			Andel (95% CI)	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Indikator 5: Andel af patienter med NSTEMI indlagt direkte på akut hjertemodtagelse	≥ 80	0	72,2 (70,8-73,6)	70,9	74,5
Indikator 12: Andel af patienter med verificeret AMI med gennemført ekkokardiografi før udskrivelse	≥ 95	0	98,1 (97,6-98,6)	98,4	97,5
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 NOAK/VKA senest 30 dage efter udskrivelse	≥ 90	0	82,1 (81,2-83,0)	79,8	78,6
Indikator 14: Andel af patientforløb med AMI, hvor der er indløst recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse	≥ 90	0	90,4 (89,7-91,1)	88,5	87,5
Indikator 15: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF ≤ 40, hvor der er indløst recept på beta-blokker senest 30 dage efter udskrivelse	≥ 80	8	77,5 (74,3-80,6)	76,7	75,9
Indikator 16: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF ≤ 40, hvor der er indløst recept på ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse	≥ 90	8	89,4 (86,9-91,6)	87,4	88,4
Indikator 17: Andel af patienter med verificeret AMI der er henvist til hjerterehabilitering eller hjertesvigtsklinik ved udskrivelse	≥ 80	0	84,6 (83,3-85,9)	83,1	85,3

Indikator	Standard	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse		
			01.07.2023 - 30.06.2024	2022/23	2021/22
			Andel (95% CI)	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Indikator 18a: Andel af patienter med STEMI som er døde <= 30 dage efter First Medical Contact (FMC)	≤ 6,5	0	5,8 (5,0-6,7)	7,6	7,0
Indikator 18ai: Andel af patienter med STEMI, der er behandlet invasivt, som er døde <= 30 dage efter First Medical Contact (FMC)	≤ 2	0	4,2 (3,5-5,0)	5,4	4,8
Indikator 18b: Andel af patienter med NSTEMI som er døde <= 30 dage efter First Medical Contact (FMC)	≤ 7,5	0	5,1 (4,4-5,9)	5,8	7,0
Indikator 18bi: Andel af patienter med NSTEMI, der er behandlet invasivt, som er døde <= 30 dage efter First Medical Contact (FMC)	≤ 4,5	0	2,9 (2,2-3,7)	2,8	3,1
Indikator 19a: Andel af patienter med STEMI som er døde <= 365 dage efter First Medical Contact (FMC)	≤ 12,5	0		11,6 (10,5-12,8)	11,2
Indikator 19ai: Andel af patienter med STEMI, der er behandlet invasivt, som er døde <= 365 dage efter First Medical Contact (FMC)	≤ 4,5	0		8,9 (7,8-10,0)	8,1
Indikator 19b: Andel af patienter med NSTEMI som er døde <= 365 dage efter First Medical Contact (FMC)	≤ 13,5	0		14,1 (13,0-15,1)	15,4
Indikator 19bi: Andel af patienter med NSTEMI, der er behandlet invasivt, som er døde <= 365 dage efter First Medical Contact (FMC)	≤ 7,5	0		7,1 (6,0-8,2)	7,6

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	Standard	%	Indikatoropfyldelse		
			Uoplyst	01.07.2023 - 30.06.2024	2022/23
				Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Indikator S4: Andel af patienter med STEMI, der visiteres direkte til hjertecenter (alle)		0		77,2 (75,6-78,7)	75,7
Indikator S15_16: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF $\leq$ 40, hvor der er indløst recept på beta-blokker eller ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse		8		94,4 (92,5-96,0)	94,1

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 41,3% med stor inter- og intraregional variation.
- Region Syddanmark har siden maj 2022 indtastet forløb til databasen i deres EPJ-system, men der er endnu ikke bygget integration fra EPJ-systemet til webservice i RKKP. Dækningsgraden kan således reelt ikke opgøres for Region Syddanmark. De få forløb, som forekommer for Region Syddanmark i Årsrapport 2024, er blevet indberettet af hospitaler i en af de øvrige fire regioner og efterfølgende tilskrevet den sidste hjerteafdeling i det sammenhængende indlæggelsesforløb for patienten.
- Dækningsgraden er 17,7% for Region Hovedstaden, 62,0% for Region Sjælland, 82,9% for Region Midtjylland og 74,0% for Region Nordjylland. Der er således betydelig variation i dækningsgraden på tværs af regionerne.
- Flere hospitaler har haft en markant fremgang i dækningsgraden sammenlignet med sidste opgørelsesperiode. Fx Rigshospitalet, Blegdamsvej (7% → 33%), Holbæk Sygehus (29% → 79%), Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F (8% → 70%) og Regionshospitalet Gødstrup (36% → 85%).
- Tre hospitaler har opnået dækningsgrad på over 90% i det aktuelle opgørelsesår: Hospitalsenhed Midt, Regionshospitalet Randers og Regionshospital Nordjylland.
- Som supplement til opgørelsen af databasens samlede dækningsgrad for AKS er der i Appendiks på side 105ff opgørelser af dækningsgraden for henholdsvis akut myokardieinfarkt (AMI) og ustabil angina pectoris (UAP). Dækningsgraden for AMI er 45,0% på landsplan, mens dækningsgraden for UAP er 29,4% på landsplan.
- Den lave dækningsgrad for databasen medfører risiko for, at resultaterne for de indberettede forløb ikke er repræsentative for kvaliteten af behandlingen af patienter med AKS i Danmark. Dette gælder følgende indikatorer, hvor kun verificerede AKS-forløb, som er blevet indberettet til databasen via webservice, indgår: indikator 12 (ekkokardiografi), indikator 15 (betablokkere), indikator 16 (ACE-hæmmere) og indikator 17 (hjerterehabilitering).

Kommentar

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

Vi har bemærket os følgende:

- At der fortsat ikke er data fra Region Syddanmark. Vi har anbefalet, at dataleverance fra Region Syddanmark bør prioriteres højt, således at kvalitetsdatabasen dækker hele landet.
- At der er store intraregionale forskelle. Det er styregruppens klare anbefaling, at alle matrikler bør etablere en kontinuerlig overvågning af egen dækningsgrad. Dette kan ske ved at følge databasens data, som

dagligt præsenteres i ledelsesinformationssystemerne. Der er enkelte matrikler, hvor dækningsgraden er meget lav. Der er lavet lokale indsatser i Region Hovedstaden for at øge opmærksomheden på indberetningen til databasen. Det er vores anbefaling, at afdelingsledelserne lokalt skal lave en strategi for at sikre, at der indberettes til databasen.

- 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.
- At en dedikeret indsats for at sikre korrekt indberetning muliggør lokale dækningsgrader på over 90%.

Dækningsgrad

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		2021/22
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		3.425 / 8.286	0 (0)	41,3	(40,3-42,4)	3.012 / 8.772	34,3	16,5
Hovedstaden		454 / 2.558	0 (0)	17,7	(16,3-19,3)	378 / 2.654	14,2	21,9
Sjælland		868 / 1.400	0 (0)	62,0	(59,4-64,6)	719 / 1.681	42,8	13,3
Syddanmark		5 / 1.702	0 (0)	0,3	(0,1-0,7)	6 / 1.781	0,3	0,6
Midtjylland		1.439 / 1.735	0 (0)	82,9	(81,1-84,7)	1.381 / 1.807	76,4	33,4
Nordjylland		659 / 891	0 (0)	74,0	(70,9-76,8)	528 / 849	62,2	3,1
Hovedstaden		454 / 2.558	0 (0)	17,7	(16,3-19,3)	378 / 2.654	14,2	21,9
Amager og Hvidovre Hospital		57 / 430	0 (0)	13,3	(10,2-16,8)	74 / 491	15,1	31,0
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital		96 / 282	0 (0)	34,0	(28,5-39,9)	112 / 320	35,0	67,9
Bornholms Hospital		#/#	0 (0)	2,3	(0,3-8,1)	3 / 113	2,7	0,9
Herlev og Gentofte Hospital		10 / 809	0 (0)	1,2	(0,6-2,3)	13 / 817	1,6	6,2
Nordsjællands Hospital		122 / 390	0 (0)	31,3	(26,7-36,1)	133 / 379	35,1	32,6
Rigshospitalet, Blegdamsvej		166 / 509	0 (0)	32,6	(28,6-36,9)	23 / 355	6,5	8,7
Rigshospitalet, Glostrup		#/#	0 (0)	1,9	(0,0-10,3)	20 / 179	11,2	15,4
Sjælland		868 / 1.400	0 (0)	62,0	(59,4-64,6)	719 / 1.681	42,8	13,3
Holbæk Sygehus		183 / 231	0 (0)	79,2	(73,4-84,3)	97 / 333	29,1	6,7
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse		72 / 369	0 (0)	19,5	(15,6-23,9)	107 / 415	25,8	26,4

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		2021/22
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F		172 / 247	0 (0)	69,6	(63,5-75,3)	30 / 399	7,5	5,1
Sjællands Universitetshospital, Roskilde		441 / 553	0 (0)	79,7	(76,2-83,0)	485 / 534	90,8	12,9
Syddanmark		5 / 1.702	0 (0)	0,3	(0,1-0,7)	6 / 1.781	0,3	0,6
Odense Universitetshospital, Odense		0 / 368	0 (0)	0,0	(0,0-1,0)	0 / 432	0,0	0,7
Odense Universitetshospital, Svendborg		## / #	0 (0)	0,3	(0,0-1,8)	3 / 325	0,9	0,0
Sydvestjysk Sygehus		## / #	0 (0)	0,7	(0,1-2,6)	0 / 258	0,0	0,4
Sygehus Lillebælt		## / #	0 (0)	0,4	(0,1-1,6)	## / #	0,5	1,2
Sygehus Sønderjylland		0 / 296	0 (0)	0,0	(0,0-1,2)	## / #	0,3	0,6
Midtjylland		1.439 / 1.735	0 (0)	82,9	(81,1-84,7)	1.381 / 1.807	76,4	33,4
Aarhus Universitetshospital		400 / 548	0 (0)	73,0	(69,1-76,7)	449 / 488	92,0	64,6
Hospitalsenhed Midt		251 / 272	0 (0)	92,3	(88,4-95,2)	286 / 307	93,2	20,5
Hospitalsenheden Vest								4,7
Regionshospitalet Gødstrup		318 / 376	0 (0)	84,6	(80,5-88,1)	159 / 447	35,6	7,0
Regionshospitalet Horsens		189 / 230	0 (0)	82,2	(76,6-86,9)	206 / 255	80,8	76,6
Regionshospitalet Randers		281 / 309	0 (0)	90,9	(87,2-93,9)	281 / 310	90,6	6,5
Nordjylland		659 / 891	0 (0)	74,0	(70,9-76,8)	528 / 849	62,2	3,1
Aalborg Universitetshospital		579 / 810	0 (0)	71,5	(68,2-74,6)	448 / 765	58,6	3,3
Regionshospital Nordjylland		80 / 81	0 (0)	98,8	(93,3-100,0)	80 / 84	95,2	2,1

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 registreringen 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 97,9%, mens overensstemmelsesgraden på regionsniveau varierer mellem 96,8% - 100% og på hospitalsniveau mellem 94,4% - 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 datostemplet. 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)

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		2021/22
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		3.353 / 3.425	0 (0)	97,9	(97,4-98,4)	2.944 / 3.012	97,7	96,4
Hovedstaden		453 / 454	0 (0)	99,8	(98,8-100,0)	377 / 378	99,7	99,2
Sjælland		865 / 868	0 (0)	99,7	(99,0-99,9)	714 / 719	99,3	100,0
Syddanmark		5 / 5	0 (0)	100,0	(47,8-100,0)	6 / 6	100,0	100,0
Midtjylland		1.393 / 1.439	0 (0)	96,8	(95,8-97,7)	1.333 / 1.381	96,5	92,6
Nordjylland		637 / 659	0 (0)	96,7	(95,0-97,9)	514 / 528	97,3	96,4
Hovedstaden		453 / 454	0 (0)	99,8	(98,8-100,0)	377 / 378	99,7	99,2
Amager og Hvidovre Hospital		56 / 57	0 (0)	98,2	(90,6-100,0)	74 / 74	100,0	98,6
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital		96 / 96	0 (0)	100,0	(96,2-100,0)	112 / 112	100,0	98,5
Bornholms Hospital		#/#	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	3 / 3	100,0	100,0
Herlev og Gentofte Hospital		10 / 10	0 (0)	100,0	(69,2-100,0)	13 / 13	100,0	100,0

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		2021/22
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Nordsjællands Hospital		122 / 122	0 (0)	100,0	(97,0-100,0)	132 / 133	99,2	100,0
Rigshospitalet, Blegdamsvej		166 / 166	0 (0)	100,0	(97,8-100,0)	23 / 23	100,0	100,0
Rigshospitalet, Glostrup		#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	20 / 20	100,0	100,0
Sjælland		865 / 868	0 (0)	99,7	(99,0-99,9)	714 / 719	99,3	100,0
Holbæk Sygehus		182 / 183	0 (0)	99,5	(97,0-100,0)	96 / 97	99,0	100,0
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse		70 / 72	0 (0)	97,2	(90,3-99,7)	105 / 107	98,1	100,0
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F		172 / 172	0 (0)	100,0	(97,9-100,0)	30 / 30	100,0	100,0
Sjællands Universitetshospital, Roskilde		441 / 441	0 (0)	100,0	(99,2-100,0)	483 / 485	99,6	100,0
Syddanmark		5 / 5	0 (0)	100,0	(47,8-100,0)	6 / 6	100,0	100,0
Odense Universitetshospital, Odense								100,0
Odense Universitetshospital, Svendborg		#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	3 / 3	100,0	
Sydvestjysk Sygehus		#/#	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)			100,0
Sygehus Lillebælt		#/#	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	#/#	100,0	100,0
Sygehus Sønderjylland						#/#	100,0	100,0
Midtjylland		1.393 / 1.439	0 (0)	96,8	(95,8-97,7)	1.333 / 1.381	96,5	92,6
Aarhus Universitetshospital		386 / 400	0 (0)	96,5	(94,2-98,1)	425 / 449	94,7	91,2
Hospitalsenhed Midt		237 / 251	0 (0)	94,4	(90,8-96,9)	276 / 286	96,5	90,8
Hospitalsenheden Vest								100,0
Regionshospitalet Gødstrup		309 / 318	0 (0)	97,2	(94,7-98,7)	153 / 159	96,2	100,0

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		2021/22
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Regionshospitalet Horsens		187 / 189	0 (0)	98,9	(96,2-99,9)	199 / 206	96,6	93,6
Regionshospitalet Randers		274 / 281	0 (0)	97,5	(94,9-99,0)	280 / 281	99,6	100,0
Nordjylland		637 / 659	0 (0)	96,7	(95,0-97,9)	514 / 528	97,3	96,4
Aalborg Universitetshospital		558 / 579	0 (0)	96,4	(94,5-97,7)	435 / 448	97,1	96,0
Regionshospitalet Nordjylland		79 / 80	0 (0)	98,8	(93,2-100,0)	79 / 80	98,8	100,0

Indikatorresultater på lands-, regions- og enhedsniveau

Indikator 1: Konsultation i primærsektoren ved STEMI

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

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.

Databasen vil afsøge, om data fra Den Nationale Aftaleoversigt kan benyttes.

Indikator 2: Transport med ambulance/helikopter ved STEMI

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

Kommentar

Indikatoren opgøres fortsat ikke, idet der ikke er adgang til valide data vedr. transport med ambulance eller helikopter. 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.

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 registeret PPJ-Patientforløb opprioriteres.

Indikator 3: Præhospital EKG ved STEMI

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

Kommentar

Indikatoren opgøres fortsat ikke, idet der ikke er adgang til præhospitale EKG-data. Det har været afsøgt, om data fra de regionale EKG-systemer (MUSE) kan benyttes som alternativ til data fra PPJ-Patientforløb, men dette har endnu ikke været muligt. 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 registeret PPJ-Patientforløb opprioriteres.

Indikator 4: Visitation direkte til hjertecenter ved STEMI

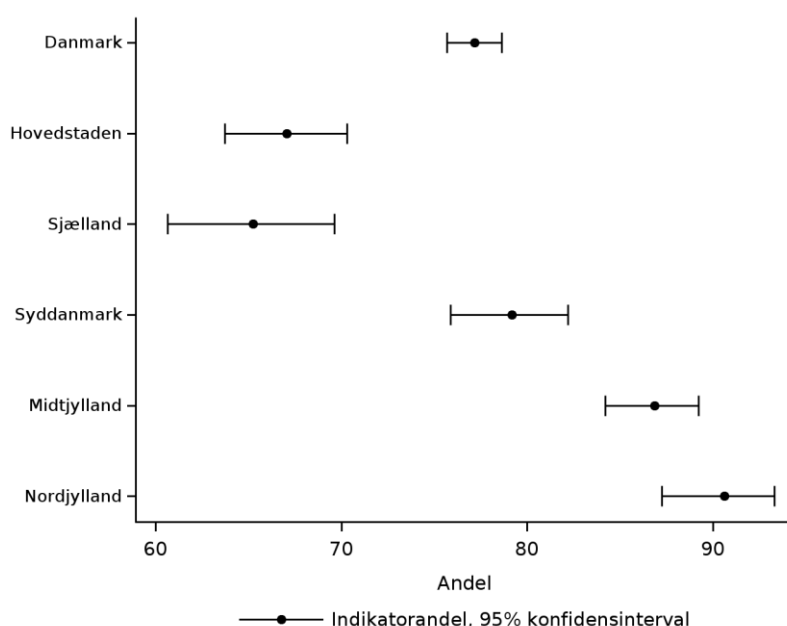
Andel af patienter med STEMI der visiteres direkte til hjertecenter, hvis de transporteres i ambulance eller helikopter.
Standard $\geq 80\%$

Bemærk: Styregruppen for DanAKS vurderer, at data vedr. præhospital transport fra Præhospitalsdatabasen ikke er valide for patienter med STEMI jf. kommentaren under Indikator 2, og der er endnu ikke adgang til data fra registeret PPJ-Patientforløb. Indikator 4 vises derfor opgjort for alle STEMI-patienter, og ikke kun for patienter transporteret med ambulance eller helikopter.

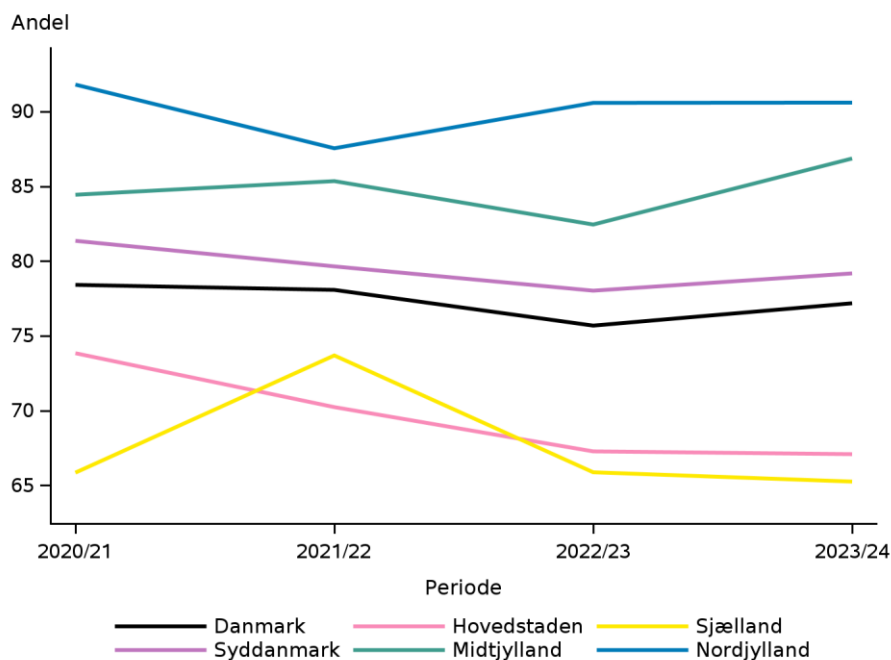
Indikator S4: Andel af patienter med STEMI, der visiteres direkte til hjertecenter (alle)

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		2021/22
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		2.323 / 3.010	0 (0)	77,2	(75,6-78,7)	2.362 / 3.121	75,7	78,1
Hovedstaden		540 / 805	0 (0)	67,1	(63,7-70,3)	561 / 834	67,3	70,2
Sjælland		291 / 446	0 (0)	65,2	(60,6-69,7)	330 / 501	65,9	73,7
Syddanmark		517 / 653	0 (0)	79,2	(75,9-82,2)	543 / 696	78,0	79,6
Midtjylland		628 / 723	0 (0)	86,9	(84,2-89,2)	601 / 729	82,4	85,3
Nordjylland		347 / 383	0 (0)	90,6	(87,2-93,3)	327 / 361	90,6	87,5

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 114 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:	77	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	17	Ikke bopæl i Danmark
	277	Ikke AKS
	319	Dobbeltindberetning
	5.869	Ikke STEMI eller BBBMI

Indikatorresultater

På landsplan blev 77,2% af patienterne med STEMI indlagt direkte på et hjertecenter i det aktuelle opgørelsesår. På regionsniveau varierer andelen fra 65,2% i Region Sjælland til 90,6% i Region Nordjylland.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Som sidste år bemærker vi, at indikatoren fortsat baseres på data fra LPR. En 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.

Til trods for at vi fortsat mangler de præhospitale data, så er der fortsat betydelig regional variation, og kun to regioner opfylder standarden. Det er styregruppens holdning, at resultaterne skal medføre en audit, hvor hver regions hjertecenter skal gennemgå 20 cases, hvor patienterne ikke initialt er indlagt på hjertecenter. Region Hovedstaden vil varetage audit for både Region Hovedstaden og Sjælland.

Ved Audit vil fokus være på 1) Andel selvhenvendere, 2) Andel hvor STEMI kunne have været omvisiteret og 3) andel hvor omvisitation ikke var muligt. Fokus vil være at afdække eventuelle strukturelle forhold, som forhindrer direkte indlæggelse, samt om der er en klinisk praksis som kan ændres.

Formandskabet vil opstille en matrix som audit skal følge.

Audit kan ikke laves inden offentliggørelse af dette års rapport.

Vurdering af indikatoren

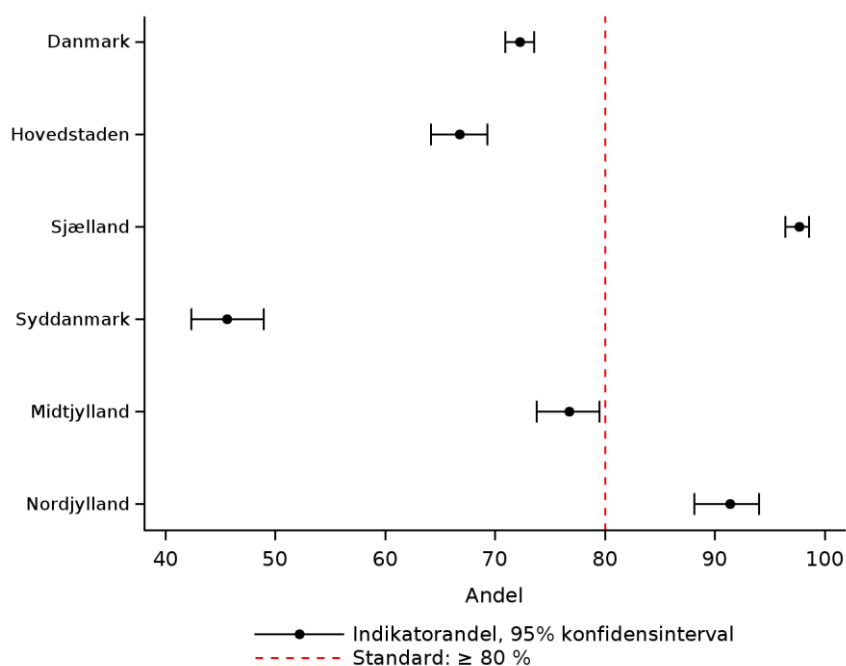
Indikator 5: Indlæggelse på akut hjertemodtagelse ved NSTEMI

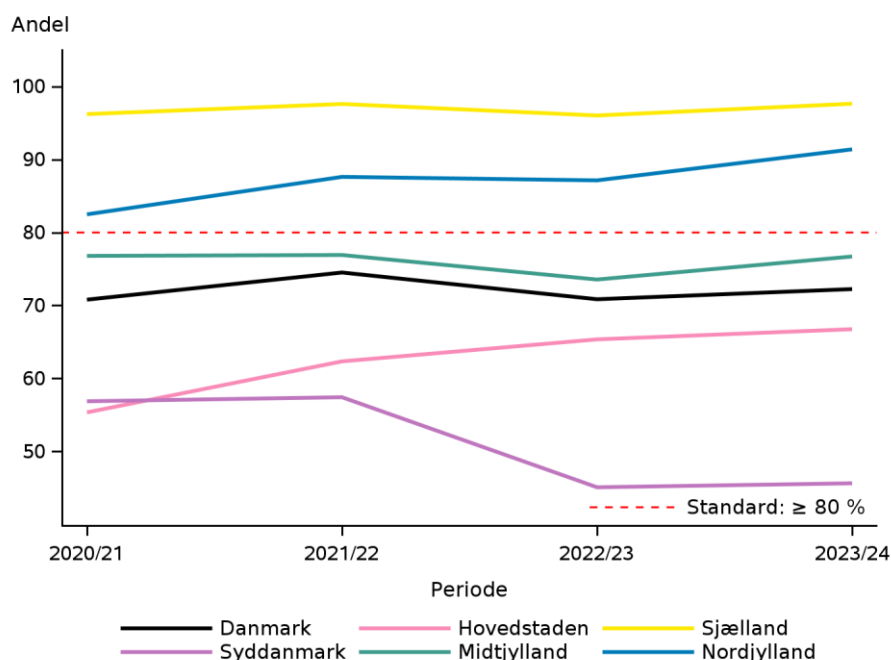
Andel af patienter med NSTEMI indlagt direkte på akut hjertemodtagelse. Standard $\geq 80\%$

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 80\%$			01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		2021/22
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	2.975 / 4.118	0 (0)	72,2	(70,8-73,6)	3.167 / 4.470	70,9	74,5
Hovedstaden	Nej	845 / 1.266	0 (0)	66,7	(64,1-69,3)	894 / 1.368	65,4	62,3
Sjælland	Ja	750 / 768	0 (0)	97,7	(96,3-98,6)	849 / 884	96,0	97,6
Syddanmark	Nej	401 / 879	0 (0)	45,6	(42,3-49,0)	412 / 914	45,1	57,4
Midtjylland	Nej	639 / 833	0 (0)	76,7	(73,7-79,5)	673 / 915	73,6	76,9
Nordjylland	Ja	340 / 372	0 (0)	91,4	(88,1-94,0)	339 / 389	87,1	87,6

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 114 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:	77	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	17	Ikke bopæl i Danmark
	277	Ikke AKS
	319	Dobbeltindberetning
	4.761	Ikke NSTEMI

Indikatorresultater

På landsplan blev 72,2% af patienterne med NSTEMI indlagt direkte på en akut hjertemodtagelse i det aktuelle opgørelsesår. Andelen varierede fra 45,6 % i Region Syddanmark til 97,7% i Region Sjælland.

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.

Ved gennemgang af de anførte koder bemærker styregruppen, at der er matrikler som næppe opfylder kriterierne, f.eks. døgndækket adgang til ekkokardiografi. Det er styregruppens holdning, at man skal forsøge at opdatere listen af "akutte hjertemodtagelser" i Danmark.

Der fremsendes mail til DCS mhp. en endelig liste over kriterier som bør 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.

Vurdering af indikatoren

Indikator 6: Magnyl inden ankomst til kard lab

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

Kommentar

Det har ikke været muligt at opgøre Indikator 6. Indikatoren afventer data vedr. præhospital behandling med magnyl fra de præhospital patientjournaler (PPJ). Desuden afventer indikatoren, at oplysning om tidspunkt for ankomst til kardiologisk laboratorium bliver tilgængelig fra Dansk Hjerteregister, som er under reetablering. Styregruppen anbefaler uændret (også anbefalet i 2022 og 2023), 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 oplysning om magnyl behandling for alle patienter transporteret med ambulance.

Indikator 7: PCI eller CAGB 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). Standard $\geq 92\%$

Kommentar

Det har ikke været muligt at opgøre Indikator 7. Indikatoren afventer data fra Dansk Hjerteregister vedr. tidspunkt for PCI og CABG. Aktuelt indeholder Dansk Hjerteregister kun proceduredatoer – klokkeslæt bliver først tilgængelig, når regionerne begynder at indberette data til den nye webservice for Dansk Hjerteregister ultimo 2024. Styregruppen anbefaler uændret (også anbefalet i 2022 og 2023), 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.

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.
Standard $\geq 80\%$

Kommentar

Det har ikke været muligt at opgøre Indikator 8. Indikatoren afventer data fra Dansk Hjerteregister vedr. tidspunkt for KAG og PCI. Aktuelt indeholder Dansk Hjerteregister kun proceduredatoer – klokkeslæt bliver først tilgængelig, når regionerne begynder at indberette data til den nye webservice for Dansk Hjerteregister ultimo 2024. Tidspunkt for diagnose, der defineres som tidspunktet for EKG-optagelse, er 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 MUSE EKG-systemer. Dette har endnu ikke været muligt. Styregruppen anbefaler, at man fortsat bør stræbe efter at få data om EKG-optagelse fra MUSE systemerne. Når data fra EPJ-Patientforløb er til rådighed anbefales det, at indikatoren opgøres på andelen af patienterne med STEMI, som er transporteret med ambulance.

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. Standard $\geq 80\%$

Kommentar

Det har ikke været muligt at opgøre Indikator 9. Indikatoren afventer data fra Dansk Hjerteregister vedr. tidspunkt for KAG og PCI. Aktuelt indeholder Dansk Hjerteregister kun proceduredatoer – klokkeslæt bliver først tilgængelig når regionerne begynder at indberette data til den nye webservice for Dansk Hjerteregister ultimo 2024.

Styregruppen anbefaler uændret (også anbefalet i 2022 og 2023), 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 alarmering.

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). Standard $\geq 90\%$

Kommentar

Det har ikke været muligt at opgøre Indikator 10. Tidspunkt for EKG er kun tilgængeligt for de patienter, som har fået foretaget præhospital EKG-optagelse i forbindelse med et 1-1-2-forløb og er indberettet til Præhospitalsdatabasen.

Styregruppen anbefaler uændret (også anbefalet i 2022 og 2023), 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. Samtidig anbefales, at tid for EKG fås fra MUSE, som både modtager de præhospitale EKG'er og de inhospitale EKG'er. Samme kommentarer omkring MUSE gør sig gældende for indikator 10 som for indikator 8.

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.

Standard $\geq 90\%$

Kommentar

Styregruppen besluttede på audit sidste år (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 til denne årsrapport, da indikatoren afventer, at data vedr. tidspunkt for KAG og PCI bliver tilgængelig fra Dansk Hjerteregister. Aktuelt indeholder Dansk Hjerteregister kun proceduredatoer – klokkeslæt bliver først tilgængelig, når regionerne begynder at indberette data til den nye webservice for Dansk Hjerteregister ultimo 2024.

Indikator 12: Ekkokardiografi inden udskrivelse ved AMI

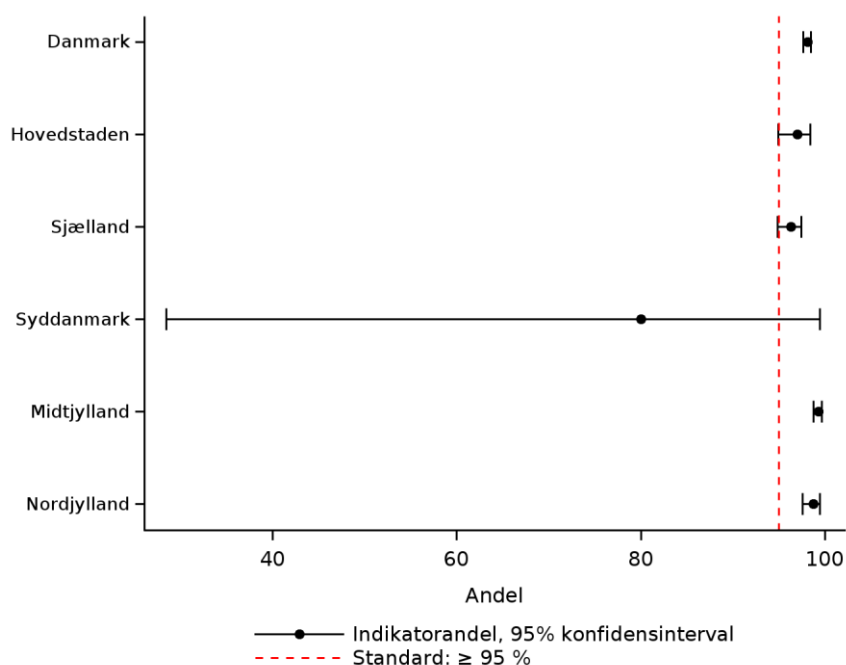
Andel af patienter med verificeret AMI med gennemført ekkokardiografi før udskrivelse. Standard $\geq 95\%$

Indikator 12: Andel af patienter med verificeret AMI med gennemført ekkokardiografi før udskrivelse

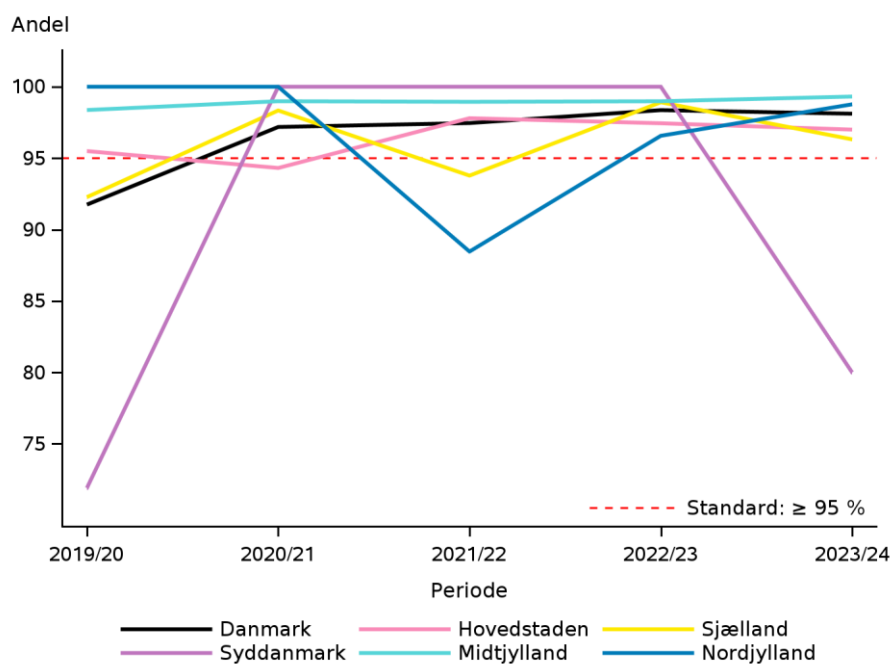
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 95\%$			01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23	2021/22	
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	3.014 / 3.072	0 (0)	98,1	(97,6-98,6)	2.703 / 2.748	98,4	97,5
Hovedstaden	Ja	388 / 400	0 (0)	97,0	(94,8-98,4)	343 / 352	97,4	97,8
Sjælland	Ja	758 / 787	0 (0)	96,3	(94,8-97,5)	637 / 644	98,9	93,8
Syddanmark	Nej	4 / 5	0 (0)	80,0	(28,4-99,5)	6 / 6	100,0	100,0
Midtjylland	Ja	1.302 / 1.311	0 (0)	99,3	(98,7-99,7)	1.267 / 1.280	99,0	98,9
Nordjylland	Ja	562 / 569	0 (0)	98,8	(97,5-99,5)	450 / 466	96,6	88,5
Hovedstaden	Ja	388 / 400	0 (0)	97,0	(94,8-98,4)	343 / 352	97,4	97,8
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	39 / 42	0 (0)	92,9	(80,5-98,5)	65 / 66	98,5	99,2
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Ja	90 / 92	0 (0)	97,8	(92,4-99,7)	103 / 105	98,1	100,0
Bornholms Hospital	Ja	## / #	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	3 / 3	100,0	100,0
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	10 / 10	0 (0)	100,0	(69,2-100,0)	13 / 13	100,0	95,7
Nordsjællands Hospital	Ja	111 / 115	0 (0)	96,5	(91,3-99,0)	121 / 126	96,0	94,7
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Ja	135 / 138	0 (0)	97,8	(93,8-99,5)	21 / 21	100,0	96,3
Rigshospitalet, Glostrup	Ja	## / #	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	17 / 18	94,4	96,0
Sjælland	Ja	758 / 787	0 (0)	96,3	(94,8-97,5)	637 / 644	98,9	93,8
Holbæk Sygehus	Ja	166 / 174	0 (0)	95,4	(91,1-98,0)	89 / 91	97,8	91,7
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Ja	61 / 63	0 (0)	96,8	(89,0-99,6)	93 / 98	94,9	91,0
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F	Nej	147 / 160	0 (0)	91,9	(86,5-95,6)	27 / 27	100,0	100,0
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Ja	384 / 390	0 (0)	98,5	(96,7-99,4)	428 / 428	100,0	97,3

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 95%			01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		2021/22
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Syddanmark	Nej	4 / 5	0 (0)	80,0	(28,4-99,5)	6 / 6	100,0	100,0
Odense Universitetshospital, Odense								100,0
Odense Universitetshospital, Svendborg	Ja	#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	3 / 3	100,0	
Sydvestjysk Sygehus	Ja	#/#	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)			100,0
Sygehus Lillebælt	Nej	#/#	0 (0)	50,0	(1,3-98,7)	#/#	100,0	100,0
Sygehus Sønderjylland						#/#	100,0	100,0
Midtjylland	Ja	1.302 / 1.311	0 (0)	99,3	(98,7-99,7)	1.267 / 1.280	99,0	98,9
Aarhus Universitetshospital	Ja	354 / 356	0 (0)	99,4	(98,0-99,9)	408 / 413	98,8	99,3
Hospitalsenhed Midt	Ja	227 / 228	0 (0)	99,6	(97,6-100,0)	259 / 261	99,2	100,0
Hospitalsenheden Vest								100,0
Regionshospitalet Gødstrup	Ja	290 / 293	0 (0)	99,0	(97,0-99,8)	149 / 149	100,0	100,0
Regionshospitalet Horsens	Ja	174 / 176	0 (0)	98,9	(96,0-99,9)	190 / 194	97,9	97,8
Regionshospitalet Randers	Ja	257 / 258	0 (0)	99,6	(97,9-100,0)	261 / 263	99,2	100,0
Nordjylland	Ja	562 / 569	0 (0)	98,8	(97,5-99,5)	450 / 466	96,6	88,5
Aalborg Universitetshospital	Ja	492 / 496	0 (0)	99,2	(97,9-99,8)	382 / 392	97,4	87,0
Regionshospital Nordjylland	Ja	70 / 73	0 (0)	95,9	(88,5-99,1)	68 / 74	91,9	100,0

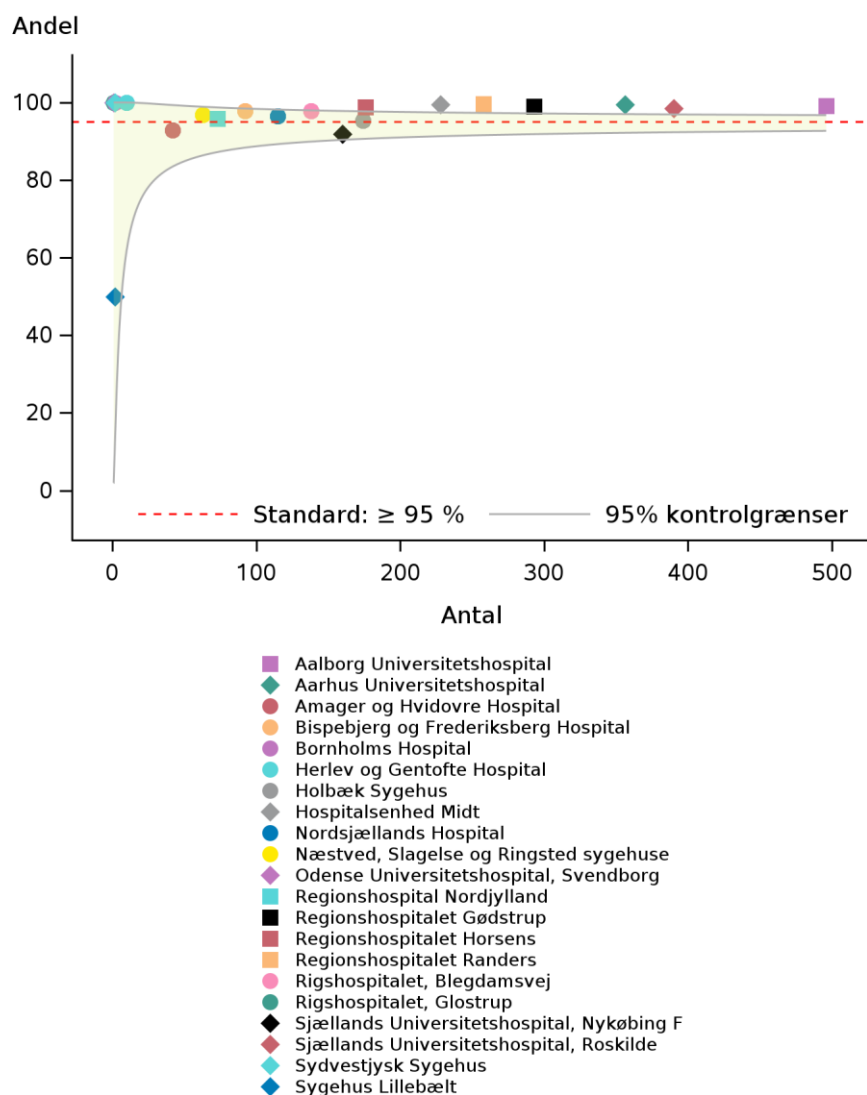
Indikator 12: Andel af patienter med verificeret AMI med gennemført ekkokardiografi før udskrivelse. Forest plot på regionsniveau.



Indikator 12: Andel af patienter med verificeret AMI med gennemført ekkokardiografi før udskrivelse. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 12: Andel af patienter med verificeret AMI med gennemført ekkokardiografi før udskrivelse. Funnel plot på afdelingsniveau.



Figuren viser et funnelplot af det opnåede indikatorresultat mod antallet af indberettede patientforløb per enhed. Den røde stiplede linje viser den fastsatte standard, mens den omkringliggende tragt viser et 95% konfidensinterval omkring standarden (ved et givent antal patientforløb). De enheder, som ligger under tragten omkring den røde linje, viser enheder, der med stor sandsynlighed har et resultat, som ligger under den fastsatte standard. 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 det er angivet, at der er udført ekkokardiografi (EKKO) inden udskrivelse fra hospital

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
- 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:	77	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	4.861	Kun i LPR
	17	Ikke bopæl i Danmark
	277	Ikke AKS
	319	Dobbeltindberetning
	946	Ikke AMI

Indikatorresultater

På landsplan havde 98,1% af patienterne med verificeret AMI fået foretaget EKKO før udskrivelse i det aktuelle opgørelsesår. Alle fire regioner, som indberetter til databasens webservice, opfylder standarden på $\geq 95\%$. På hospitalsniveau varierer andelen af AMI-patientforløb, hvor der er foretaget EKKO inden udskrivelse, fra 91,9% for Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F til 100% for flere hospitaler med få indberettede forløb. Som det fremgår af funnelplottet ligger alle hospitaler inden for eller over konfidensintervallet omkring standarden.

Der gøres opmærksom på, at kun patientforløb, som er blevet indberettet til databasen via webservice, indgår i indikatoropgørelsen. Det betyder, at der kun indgår ganske få forløb fra Region Syddanmark, eftersom denne region endnu ikke er begyndt systematisk at indlevere data til databasen. Men også for de øvrige fire regionerne bør man være opmærksom på, at det aktuelt kun er mellem 22 – 85% af AMI-forløbene som indberettes til DanAKS (se tabellen vedr. dækningsgrad for AMI på side 105).

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren er kun opgjort for en begrænset del af den samlede kohorte med AKS, grundet den lave dækningsgrad, og der kan være en vis regional forskel for de øvrige patienter. Uanset denne mulige forskel så er indikatoren vedvarende opfyldt i alle regioner i hele databasens levetid. Det er styregruppens holdning, at der ikke er yderligere

kvalitetsforbedringspotentiale relateret til denne indikator. Det besluttes derfor, at indikatoren udgår og fremtidigt opgøres i "Supplerende analyser".

Vurdering af indikatoren

For de patienter, hvor der er foretaget indberetning til DanAKS, er der generelt en høj kvalitet. Styregruppen har derfor på national kvalitetsaudit besluttet, at indikatoren fra næste årsrapport overgår til at være en supplerende opgørelse.

Indikator 13: Dual antiplatelet therapy ved AMI

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.

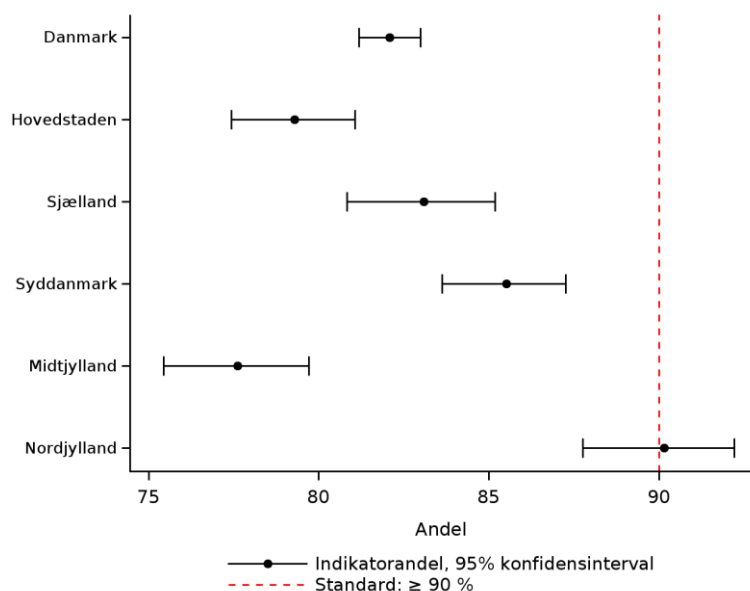
Standard $\geq 90\%$

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

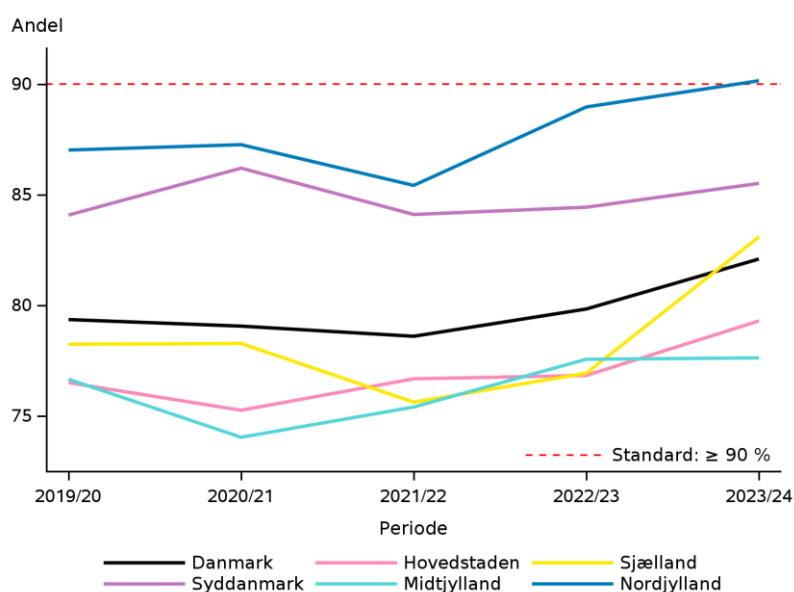
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90%	Tæller/	antal	01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		2021/22
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	5.556 / 6.768	0 (0)	82,1	(81,2-83,0)	5.775 / 7.234	79,8	78,6
Hovedstaden	Nej	1.520 / 1.917	0 (0)	79,3	(77,4-81,1)	1.588 / 2.067	76,8	76,7
Sjælland	Nej	968 / 1.165	0 (0)	83,1	(80,8-85,2)	1.027 / 1.335	76,9	75,6
Syddanmark	Nej	1.263 / 1.477	0 (0)	85,5	(83,6-87,3)	1.318 / 1.561	84,4	84,1
Midtjylland	Nej	1.155 / 1.488	0 (0)	77,6	(75,4-79,7)	1.213 / 1.564	77,6	75,4
Nordjylland	Ja	650 / 721	0 (0)	90,2	(87,7-92,2)	629 / 707	89,0	85,4
Hovedstaden	Nej	1.520 / 1.917	0 (0)	79,3	(77,4-81,1)	1.588 / 2.067	76,8	76,7
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	237 / 297	0 (0)	79,8	(74,8-84,2)	249 / 345	72,2	73,7
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	183 / 237	0 (0)	77,2	(71,3-82,4)	209 / 271	77,1	76,5
Bornholms Hospital	Nej	33 / 58	0 (0)	56,9	(43,2-69,8)	48 / 91	52,7	46,6
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	486 / 596	0 (0)	81,5	(78,2-84,6)	539 / 648	83,2	81,6
Nordsjællands Hospital	Nej	242 / 316	0 (0)	76,6	(71,5-81,1)	260 / 324	80,2	75,9
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Nej	303 / 368	0 (0)	82,3	(78,0-86,1)	174 / 236	73,7	75,9
Rigshospitalet, Glostrup	Nej	36 / 45	0 (0)	80,0	(65,4-90,4)	109 / 152	71,7	81,6
Sjælland	Nej	968 / 1.165	0 (0)	83,1	(80,8-85,2)	1.027 / 1.335	76,9	75,6
Holbæk Sygehus	Nej	162 / 207	0 (0)	78,3	(72,0-83,7)	164 / 252	65,1	69,5
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Nej	233 / 292	0 (0)	79,8	(74,7-84,2)	256 / 336	76,2	73,4
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F	Nej	161 / 203	0 (0)	79,3	(73,1-84,7)	195 / 293	66,6	73,7

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90%			01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23	2021/22	
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Nej	412 / 463	0 (0)	89,0	(85,8-91,7)	412 / 454	90,7	82,0
Syddanmark	Nej	1.263 / 1.477	0 (0)	85,5	(83,6-87,3)	1.318 / 1.561	84,4	84,1
Odense Universitetshospital, Odense	Nej	266 / 307	0 (0)	86,6	(82,3-90,2)	281 / 346	81,2	83,1
Odense Universitetshospital, Svendborg	Nej	221 / 256	0 (0)	86,3	(81,5-90,3)	233 / 275	84,7	78,3
Sydvestjysk Sygehus	Nej	215 / 252	0 (0)	85,3	(80,3-89,4)	217 / 240	90,4	87,2
Sygehus Lillebælt	Nej	335 / 397	0 (0)	84,4	(80,4-87,8)	332 / 392	84,7	83,6
Sygehus Sønderjylland	Nej	226 / 265	0 (0)	85,3	(80,4-89,3)	255 / 308	82,8	89,3
Midtjylland	Nej	1.155 / 1.488	0 (0)	77,6	(75,4-79,7)	1.213 / 1.564	77,6	75,4
Aarhus Universitetshospital	Nej	373 / 444	0 (0)	84,0	(80,3-87,3)	342 / 393	87,0	84,0
Hospitalsenhed Midt	Nej	212 / 244	0 (0)	86,9	(82,0-90,9)	243 / 275	88,4	79,9
Hospitalsenheden Vest								49,5
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	152 / 325	0 (0)	46,8	(41,2-52,4)	201 / 392	51,3	56,1
Regionshospitalet Horsens	Nej	174 / 201	0 (0)	86,6	(81,1-91,0)	183 / 227	80,6	81,9
Regionshospitalet Randers	Nej	244 / 274	0 (0)	89,1	(84,7-92,5)	244 / 277	88,1	86,6
Nordjylland	Ja	650 / 721	0 (0)	90,2	(87,7-92,2)	629 / 707	89,0	85,4
Aalborg Universitetshospital	Ja	594 / 654	0 (0)	90,8	(88,3-92,9)	566 / 635	89,1	87,3
Regionshospital Nordjylland	Nej	56 / 67	0 (0)	83,6	(72,5-91,5)	63 / 72	87,5	76,4

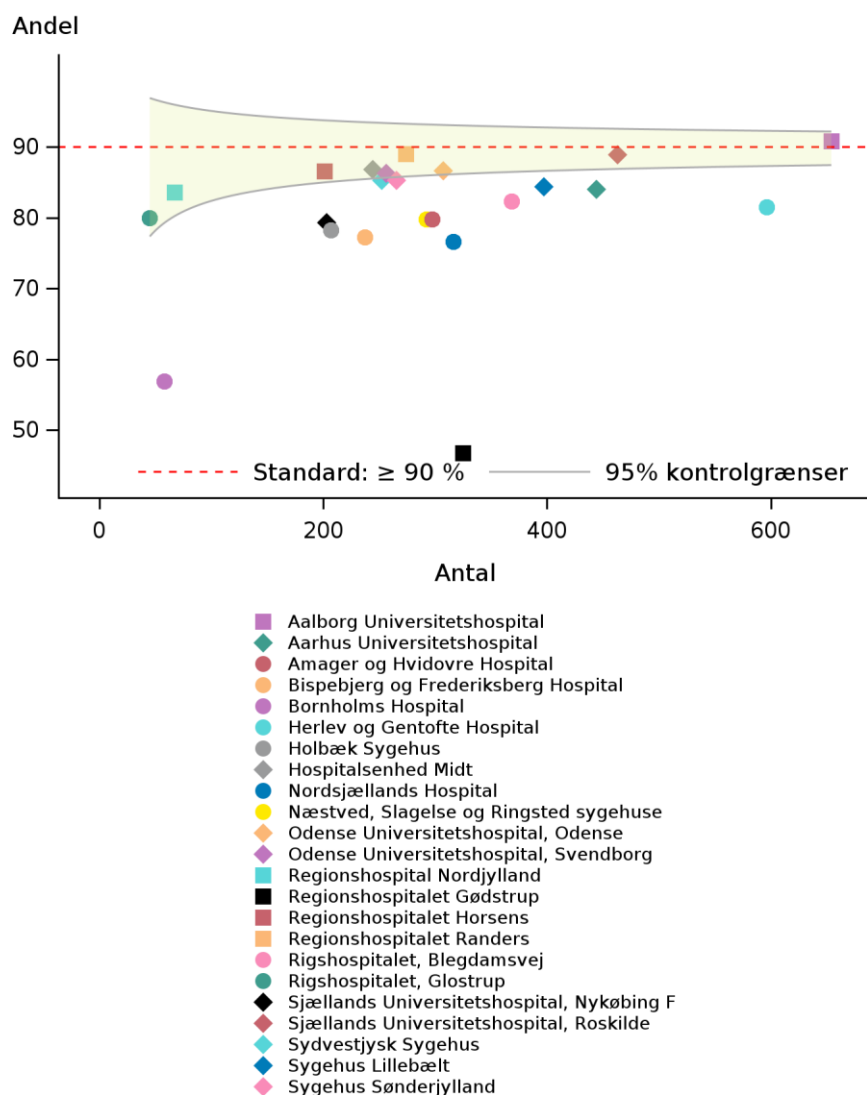
Indikator 13: Andel af patientforløb med AMI, hvor der er indløst recept på DAPT (både magnyl og P2Y12-inhibitor) eller magnyl eller P2Y12 inhibitor i kombination med DOAK/VKA senest 30 dage efter udskrivelse. Forest plot på regionsniveau.



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 røde stiplede linje viser den fastsatte standard, mens den omkringliggende tragt viser et 95% konfidensinterval omkring standarden (ved et givent antal patientforløb). De enheder, som ligger under tragten omkring den røde linje, viser enheder, der med stor sandsynlighed har et resultat, som ligger under den fastsatte standard. 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 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:	77	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	16	Ikke bopæl i Danmark
	277	Ikke AKS
	309	Død ved udskrivelse
	319	Dobbeltindberetning
	80	Receptdata endnu ikke tilgængelige
	1.723	Ikke AMI

Indikatorresultater

På landsplan havde 82,1% af patienterne med AMI indløst recepter på DAPT (både Magnyl og P2Y12 inhibitor) eller Magnyl og/eller P2Y12 inhibitor i kombination med DOAK/VKA senest 30 dage efter udskrivelse. På regionsniveau varierer andelen fra 77,6% i Region Midtjylland til 90,2% i Region Nordjylland, mens andelen på hospitalsniveau varierer fra 46,8% for Regionshospitalet Gødstrup til 90,8% for Aalborg Universitetshospital.

Blandt patienter med verificeret AMI var der 85,1%, som havde indløst recept på et lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse fra hospital på landsplan i det aktuelle opgørelsesår.

På side 96 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– 6%. Der er 11% af AMI-patienterne, som har indløst recept på Magnyl eller P2Y12 inhibitor i kombination med DOAK/VKA.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Som sidste år er der kun et enkelt hospital som opfylder standarden. Styregruppen vurderer, at en lav dækningsgrad kan dække over patienter, som ikke har AKS, og som derfor ikke bør have DAPT. Imidlertid er der lavet supplerende analyser på andelen, som er indberettet til databasen, og her ses ligeledes en lav opfyldelse af standarden.

Styregruppen anbefaler, at der laves en eksplorerende audit på patienter, som ikke opfylder indikatoren.

Initialt vil det afsøge, om en udvidelse af accepteret tidsinterval før og efter indlæggelse til indløsning af recept ændrer resultaterne.

Efterfølgende vil der blive lavet eksplorerende audit på et antal matrikler til nærmere afklaring af mekanismen for manglende indløsning af recepten.

Formandskabet vil fremsende en matrix, som patienterne skal opgøres efter.

Det er først relevant at foretage en endelig vurdering af indikatorresultaterne, når denne opgørelse er lavet.

Opgørelsen kan ikke gennemføres før udgivelse af dette års rapport.

Vurdering af indikatoren

Det er styregruppens holdning, at indikatoren og standard i sin nuværende udformning er relevant som et fremtidigt udviklingsmål.

Indikator 14: Lipidsænkende præparat ved AMI

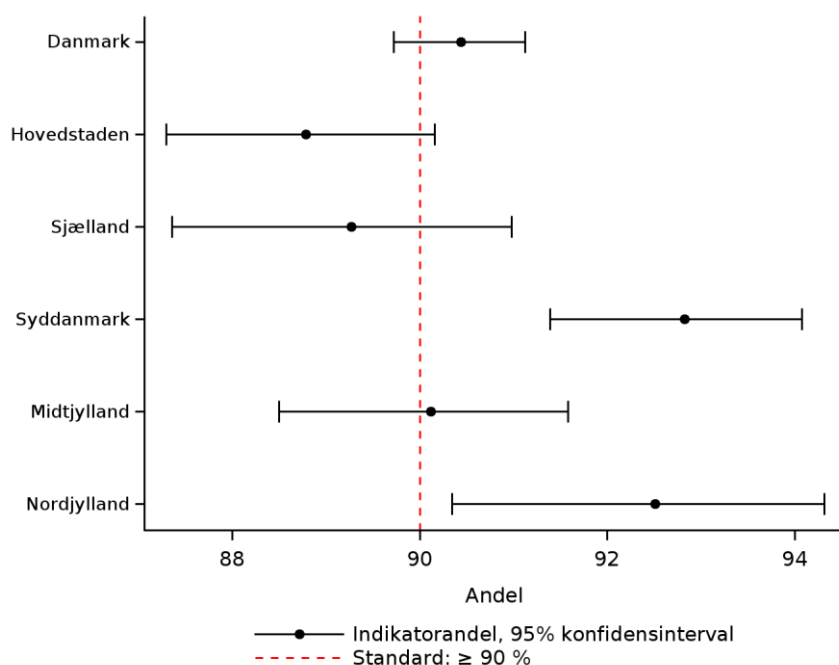
Andel af patientforløb med AMI, hvor der er indløst recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse.
Standard $\geq 90\%$.

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

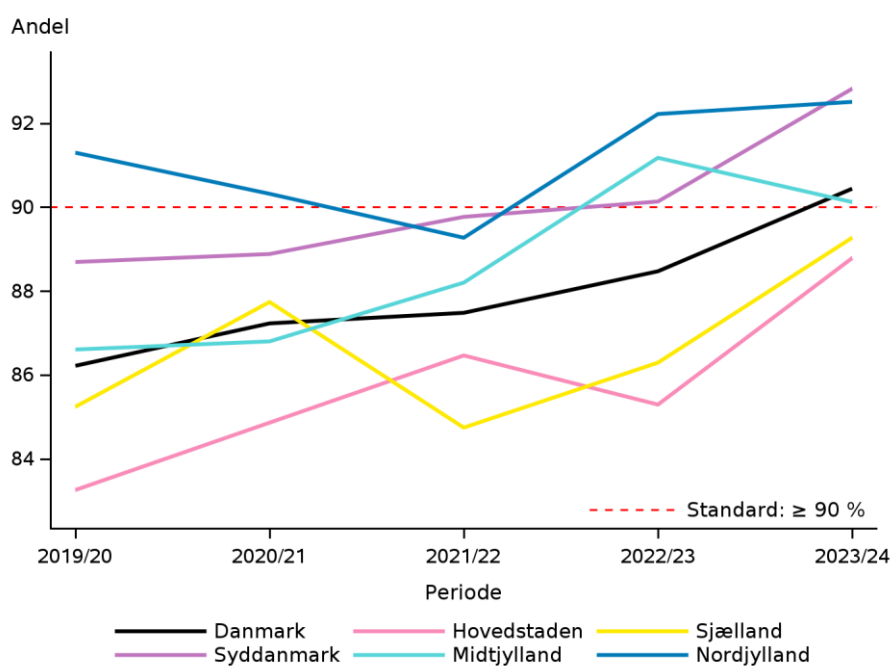
	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90%	Tæller/ nævner		01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		2021/22
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	6.121 / 6.768	0 (0)	90,4	(89,7-91,1)	6.400 / 7.234	88,5	87,5
Hovedstaden	Nej	1.702 / 1.917	0 (0)	88,8	(87,3-90,2)	1.763 / 2.067	85,3	86,5
Sjælland	Nej	1.040 / 1.165	0 (0)	89,3	(87,4-91,0)	1.152 / 1.335	86,3	84,7
Syddanmark	Ja	1.371 / 1.477	0 (0)	92,8	(91,4-94,1)	1.407 / 1.561	90,1	89,8
Midtjylland	Ja	1.341 / 1.488	0 (0)	90,1	(88,5-91,6)	1.426 / 1.564	91,2	88,2
Nordjylland	Ja	667 / 721	0 (0)	92,5	(90,3-94,3)	652 / 707	92,2	89,3
Hovedstaden	Nej	1.702 / 1.917	0 (0)	88,8	(87,3-90,2)	1.763 / 2.067	85,3	86,5
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	257 / 297	0 (0)	86,5	(82,1-90,2)	285 / 345	82,6	82,9
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Ja	214 / 237	0 (0)	90,3	(85,8-93,7)	231 / 271	85,2	86,9
Bornholms Hospital	Nej	43 / 58	0 (0)	74,1	(61,0-84,7)	73 / 91	80,2	72,7
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	524 / 596	0 (0)	87,9	(85,0-90,4)	565 / 648	87,2	87,4
Nordsjællands Hospital	Nej	282 / 316	0 (0)	89,2	(85,3-92,4)	273 / 324	84,3	87,1
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Ja	344 / 368	0 (0)	93,5	(90,5-95,8)	202 / 236	85,6	89,8
Rigshospitalet, Glostrup	Nej	38 / 45	0 (0)	84,4	(70,5-93,5)	134 / 152	88,2	91,2
Sjælland	Nej	1.040 / 1.165	0 (0)	89,3	(87,4-91,0)	1.152 / 1.335	86,3	84,7
Holbæk Sygehus	Ja	188 / 207	0 (0)	90,8	(86,0-94,4)	194 / 252	77,0	79,5
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Nej	256 / 292	0 (0)	87,7	(83,3-91,2)	287 / 336	85,4	81,5
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F	Nej	172 / 203	0 (0)	84,7	(79,0-89,4)	251 / 293	85,7	86,2

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90%			01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23	2021/22	
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Ja	424 / 463	0 (0)	91,6	(88,7-93,9)	420 / 454	92,5	89,4
Syddanmark	Ja	1.371 / 1.477	0 (0)	92,8	(91,4-94,1)	1.407 / 1.561	90,1	89,8
Odense Universitetshospital, Odense	Ja	283 / 307	0 (0)	92,2	(88,6-94,9)	307 / 346	88,7	89,5
Odense Universitetshospital, Svendborg	Ja	241 / 256	0 (0)	94,1	(90,5-96,7)	246 / 275	89,5	86,8
Sydvestjysk Sygehus	Ja	238 / 252	0 (0)	94,4	(90,9-96,9)	218 / 240	90,8	95,0
Sygehus Lillebælt	Ja	362 / 397	0 (0)	91,2	(88,0-93,8)	358 / 392	91,3	88,0
Sygehus Sønderjylland	Ja	247 / 265	0 (0)	93,2	(89,5-95,9)	278 / 308	90,3	91,3
Midtjylland	Ja	1.341 / 1.488	0 (0)	90,1	(88,5-91,6)	1.426 / 1.564	91,2	88,2
Aarhus Universitetshospital	Ja	401 / 444	0 (0)	90,3	(87,2-92,9)	365 / 393	92,9	89,7
Hospitalsenhed Midt	Ja	226 / 244	0 (0)	92,6	(88,6-95,6)	252 / 275	91,6	89,3
Hospitalsenheden Vest								85,7
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	286 / 325	0 (0)	88,0	(84,0-91,3)	347 / 392	88,5	85,1
Regionshospitalet Horsens	Nej	179 / 201	0 (0)	89,1	(83,9-93,0)	208 / 227	91,6	89,7
Regionshospitalet Randers	Ja	249 / 274	0 (0)	90,9	(86,8-94,0)	254 / 277	91,7	87,5
Nordjylland	Ja	667 / 721	0 (0)	92,5	(90,3-94,3)	652 / 707	92,2	89,3
Aalborg Universitetshospital	Ja	612 / 654	0 (0)	93,6	(91,4-95,3)	591 / 635	93,1	91,2
Regionshospital Nordjylland	Nej	55 / 67	0 (0)	82,1	(70,8-90,4)	61 / 72	84,7	79,7

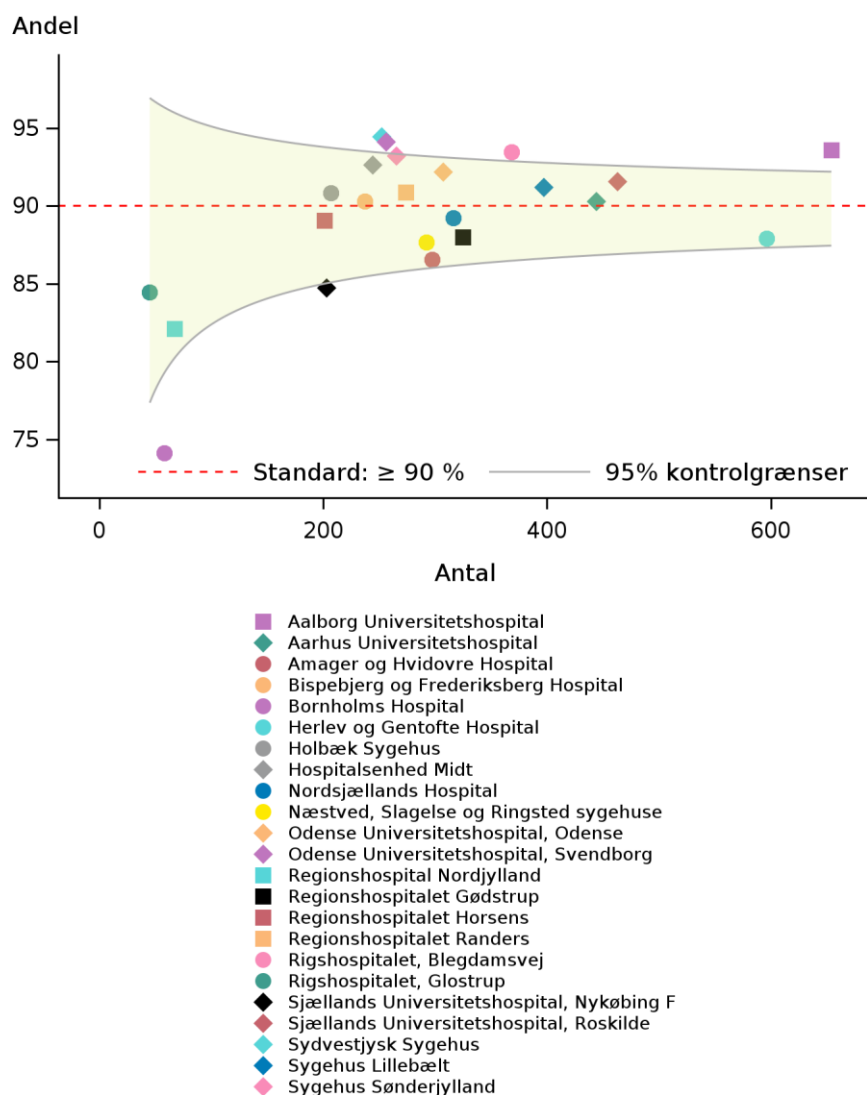
Indikator 14: Andel af patientforløb med AMI, hvor der er indløst recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse. Forest plot på regionsniveau.



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 røde stiplede linje viser den fastsatte standard, mens den omkringliggende tragt viser et 95% konfidensinterval omkring standarden (ved et givent antal patientforløb). De enheder, som ligger under tragten omkring den røde linje, viser enheder, der med stor sandsynlighed har et resultat, som ligger under den fastsatte standard. 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:	77	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	16	Ikke bopæl i Danmark
	277	Ikke AKS
	309	Død ved udskrivelse
	319	Dobbeltindberetning
	80	Receptdata endnu ikke tilgængelige
	1.723	Ikke AMI

Indikatorresultater

På landsplan har 90,4% af patienterne med AMI indløst en recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse fra hospital, mens andelen på regionsniveau varierer fra 88,8% i Region Hovedstaden til 92,8% i Region Syddanmark. På hospitalsniveau varierer andelen, som har indløst recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse, fra 74,1% (Bornholms Hospital) til 94,4% (Sydvestjysk Sygehus).

Blandt patienter med verificeret AMI var der 92,1% som havde indløst recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse fra hospital på landsplan i det aktuelle opgørelsesår.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Der er generelt en høj andel af patienter, som er i behandling med lipidsænkende præparat 30 dage efter indlæggelse, om end man på landsplan kun opfylder standarden i 3 regioner. Der forventes en højere opfyldelse af indikatoren, når dækningsgraden øges, idet man så forventeligt får ryddet ud i de AKS-diagnoser, som ikke er korrekte, men hvor der reelt har været tale om myocardial injury.

Styregruppen bemærker, at der er en generel stigning i andelen som indløser recept. Styregruppen vil observere udviklingen i de kommende år.

Vurdering af indikatoren

Styregruppen indstiller, at indikatoren fastholdes uændret.

Indikator 15: Betablokker ved AMI

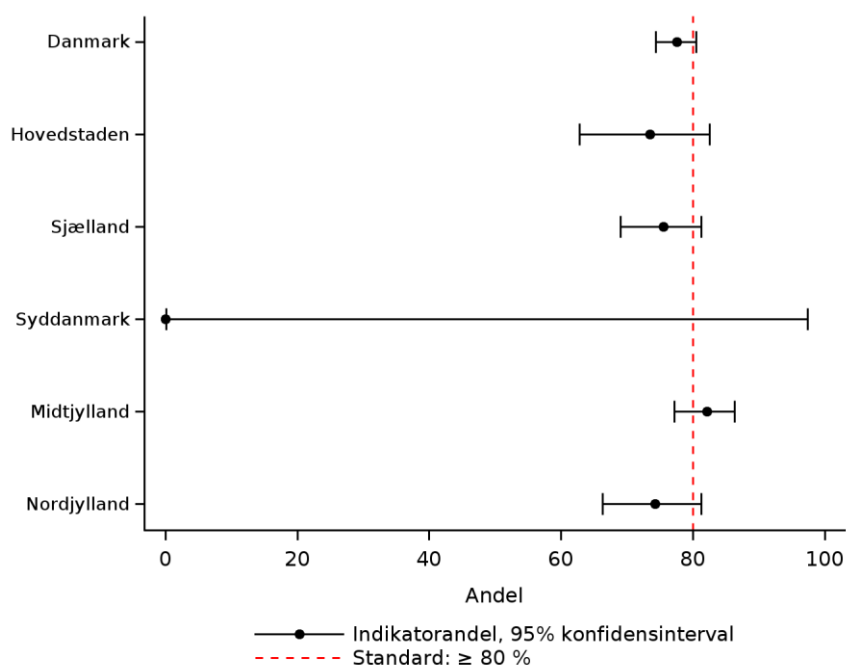
Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF ≤ 40 , hvor der er indløst recept på beta-blokker senest 30 dage efter udskrivelse. Standard $\geq 80\%$

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

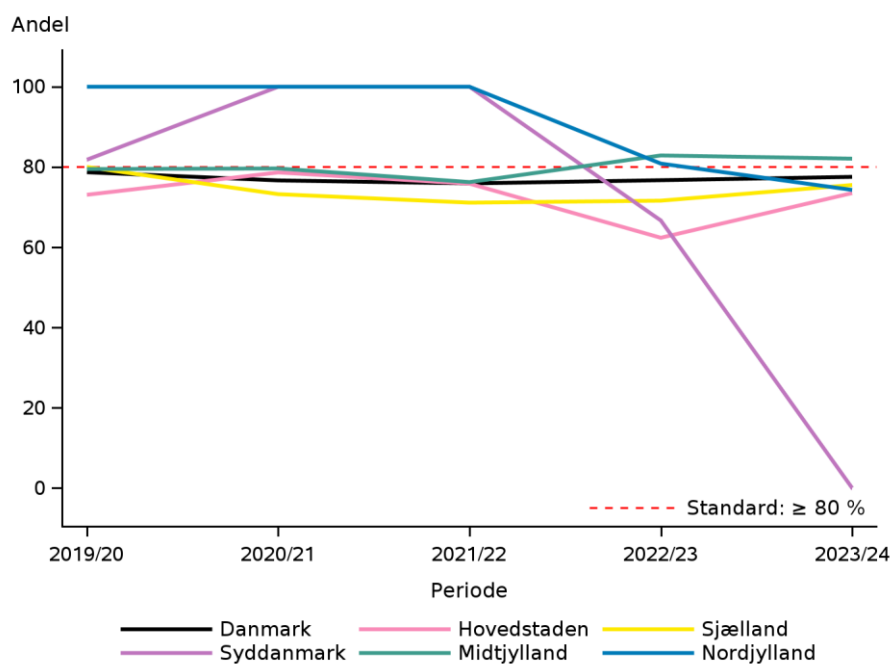
	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 80\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23	2021/22	
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	542 / 699	64 (8)	77,5	(74,3-80,6)	494 / 644	76,7	75,9
Hovedstaden	Nej	61 / 83	12 (13)	73,5	(62,7-82,6)	58 / 93	62,4	75,8
Sjælland	Nej	148 / 196	26 (12)	75,5	(68,9-81,4)	116 / 162	71,6	71,1
Syddanmark	Nej	#/#	1 (50)	0,0	(0,0-97,5)	#/#	66,7	100,0
Midtjylland	Ja	229 / 279	20 (7)	82,1	(77,1-86,4)	242 / 292	82,9	76,2
Nordjylland	Nej	104 / 140	5 (3)	74,3	(66,2-81,3)	76 / 94	80,9	100,0
Hovedstaden	Nej	61 / 83	12 (13)	73,5	(62,7-82,6)	58 / 93	62,4	75,8
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	14 / 14	3 (18)	100,0	(76,8-100,0)	9 / 14	64,3	79,1
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	14 / 18	2 (10)	77,8	(52,4-93,6)	17 / 24	70,8	77,3
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	#/#	0 (0)	50,0	(1,3-98,7)	#/#	66,7	83,3
Nordsjællands Hospital	Nej	22 / 35	4 (10)	62,9	(44,9-78,5)	23 / 41	56,1	72,1
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Nej	10 / 14	3 (18)	71,4	(41,9-91,6)	#/#	50,0	62,5
Rigshospitalet, Glostrup						5 / 7	71,4	80,0
Sjælland	Nej	148 / 196	26 (12)	75,5	(68,9-81,4)	116 / 162	71,6	71,1
Holbæk Sygehus	Ja	36 / 45	7 (13)	80,0	(65,4-90,4)	16 / 23	69,6	100,0
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Ja	12 / 15	2 (12)	80,0	(51,9-95,7)	12 / 18	66,7	60,0
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F	Nej	33 / 45	11 (20)	73,3	(58,1-85,4)	7 / 9	77,8	75,0

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 80%			01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		2021/22
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Nej	67 / 91	6 (6)	73,6	(63,3-82,3)	81 / 112	72,3	80,0
Syddanmark	Nej	#/#	1 (50)	0,0	(0,0-97,5)	#/#	66,7	100,0
Odense Universitetshospital, Odense								100,0
Odense Universitetshospital, Svendborg	Nej	#/#	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)	#/#	100,0	
Sygehus Lillebælt		0 / 0	1 (100)			#/#	100,0	100,0
Sygehus Sønderjylland						#/#	0,0	100,0
Midtjylland	Ja	229 / 279	20 (7)	82,1	(77,1-86,4)	242 / 292	82,9	76,2
Aarhus Universitetshospital	Ja	57 / 71	5 (7)	80,3	(69,1-88,8)	75 / 96	78,1	72,5
Hospitalsenhed Midt	Ja	40 / 47	1 (2)	85,1	(71,7-93,8)	46 / 52	88,5	90,9
Hospitalsenheden Vest								100,0
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	45 / 65	8 (11)	69,2	(56,6-80,1)	34 / 50	68,0	
Regionshospitalet Horsens	Ja	38 / 43	4 (9)	88,4	(74,9-96,1)	38 / 41	92,7	80,6
Regionshospitalet Randers	Ja	49 / 53	2 (4)	92,5	(81,8-97,9)	49 / 53	92,5	57,1
Nordjylland	Nej	104 / 140	5 (3)	74,3	(66,2-81,3)	76 / 94	80,9	100,0
Aalborg Universitetshospital	Nej	85 / 115	2 (2)	73,9	(64,9-81,7)	58 / 71	81,7	100,0
Regionshospital Nordjylland	Nej	19 / 25	3 (11)	76,0	(54,9-90,6)	18 / 23	78,3	100,0

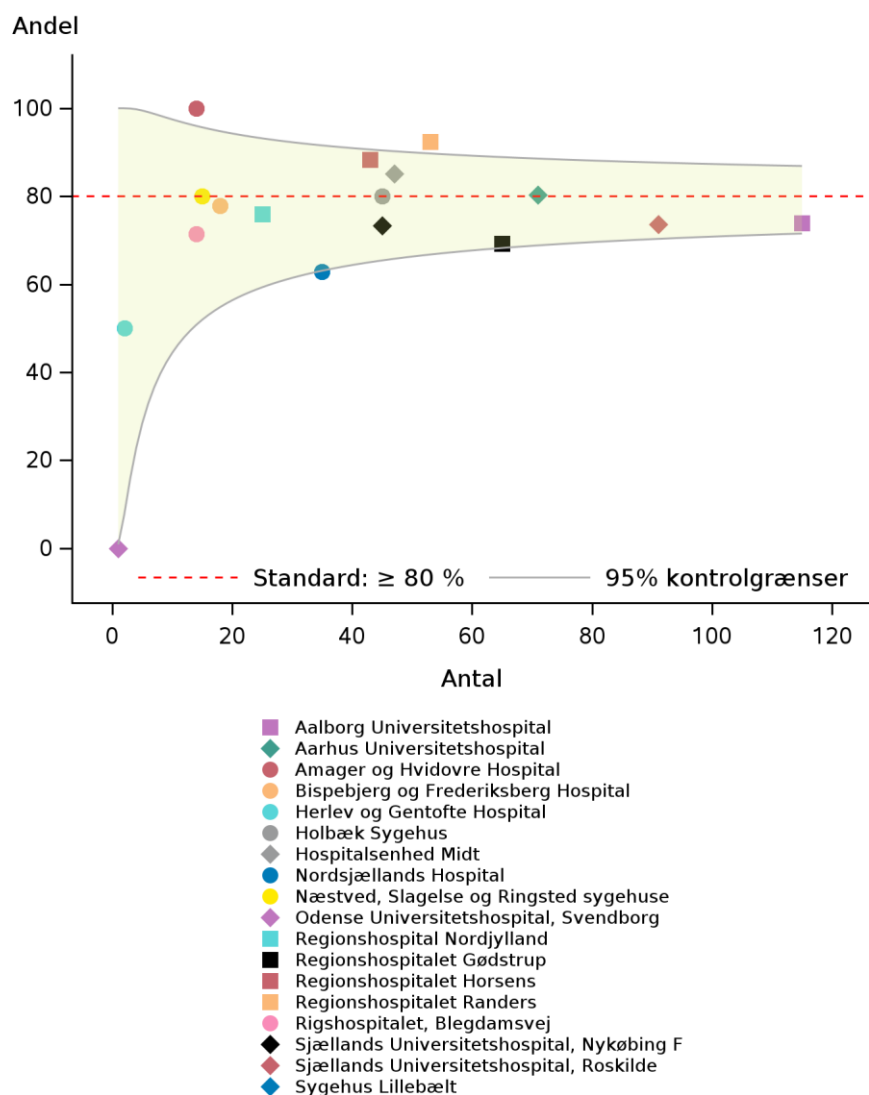
Indikator 15: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF ≤ 40 , hvor der er indløst recept på beta-blokker senest 30 dage efter udskrivelse. Forest plot på regionsniveau.



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



Indikator 15: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF ≤ 40 , hvor der er indløst recept på beta-blokker 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 røde stiplede linje viser den fastsatte standard, mens den omkringliggende tragt viser et 95% konfidensinterval omkring standarden (ved et givent antal patientforløb). De enheder, som ligger under tragten omkring den røde linje, viser enheder, der med stor sandsynlighed har et resultat, som ligger under den fastsatte standard. 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 beregningsreglerNævner

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 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

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:	77	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	4.861	Kun i LPR
	2.260	LVEF $>$ 40%
	16	Ikke bopæl i Danmark
	277	Ikke AKS
	41	Død ved udskrivelse
	319	Dobbeltindberetning
	8	Receptdata endnu ikke tilgængelige
	947	Ikke AMI
Uoplyst:	64	Uoplyst LVEF

Indikatorresultater

På landsplan havde 77,5% af AMI-patienterne med LVEF ≤ 40 indløst recept på betablokkere senest 30 dage efter udskrivelse fra hospital, mens andelen på regionsniveau varierer fra 73,5% i Region Nordjylland til 82,1% i Region Midtjylland.

På hospitalsniveau varierer andelen af AMI-patienterne med LVEF ≤ 40 , som har indløst recept på betablokkere senest 30 dage efter udskrivelse fra hospital, fra 62,9% (Nordsjællands Hospital) til 100% (Amager og Hvidovre Hospital), når der ses bort fra enheder med mindre end tre forløb.

Der er 94,4% af AMI-patienter med LVEF ≤ 40 , som har indløst recept på betablokkere og/eller ACE-hæmmere (se side 98).

Indikatoren er kun opgjort for forløb, som er blevet indberettet til DanAKS via webservice. Datagrundlaget er derfor væsentligt mindre end for de øvrige indikatorer. For Region Syddanmark indgår der kun enkelte forløb, eftersom denne region endnu ikke er begyndt systematisk at indlevere data til databasen. Men også for de fire øvrige regioner bør man være opmærksom på, at det aktuelt kun er mellem 22 – 85% af AMI-forløbene, som indberettes til DanAKS (se tabellen vedr. dækningsgrad for AMI på side 105).

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Som for en række øvrige indikatorer er også aktuelle ramt af den lave dækningsgrad.

Der ses dog en betydelig regional variation og kun ca. 50% af landets hjerteafdelinger opfylder standarden.

Det bemærkes dog, at 94,4% af patienter med LVEF under 40% er i behandling med enten betablokker eller ACE-hæmmer. Styregruppens vurdering er derfor at den samlede kvalitet er god.

Vurdering af indikatoren

Styregruppen beslutter at Indikator 15 og 16 fremtidigt kombineres med et udviklingsmål på 90% for opstart af enten betablokker eller ACE-hæmmer.

Indikator 16: ACE-hæmmer ved AMI

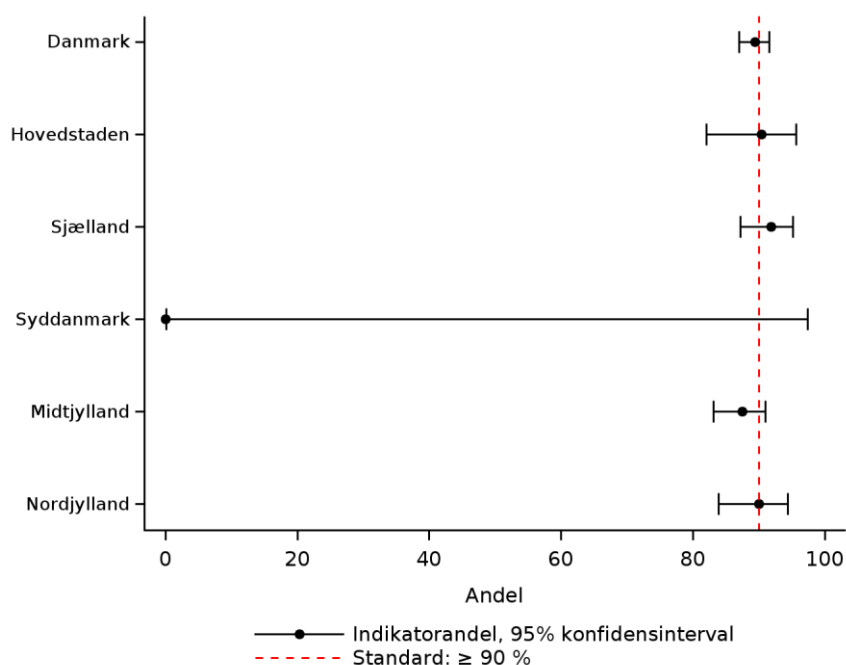
Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF ≤ 40 , hvor der er indløst recept på ACE-hæmmer eller Angiotensin II-receptorblokker senest 30 dage efter udskrivelse. Standard $\geq 90\%$

Indikator 16: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF ≤ 40 , hvor der er indløst recept på ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse

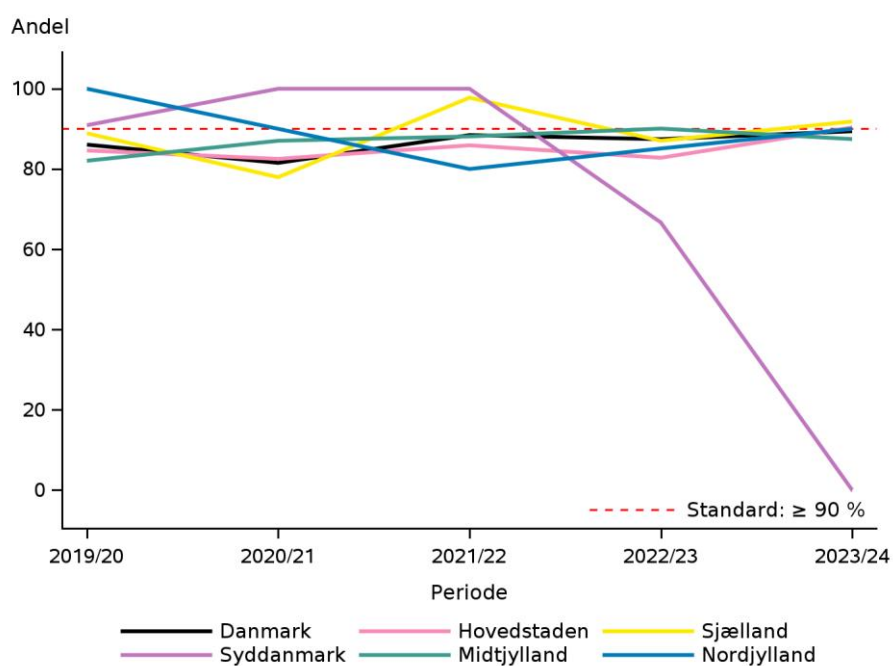
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 90\%$ opfyldt			01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23	2021/22	
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	625 / 699	64 (8)	89,4	(86,9-91,6)	563 / 644	87,4	88,4
Hovedstaden	Ja	75 / 83	12 (13)	90,4	(81,9-95,7)	77 / 93	82,8	85,9
Sjælland	Ja	180 / 196	26 (12)	91,8	(87,1-95,3)	141 / 162	87,0	97,8
Syddanmark	Nej	#/#	1 (50)	0,0	(0,0-97,5)	#/#	66,7	100,0
Midtjylland	Nej	244 / 279	20 (7)	87,5	(83,0-91,1)	263 / 292	90,1	88,1
Nordjylland	Ja	126 / 140	5 (3)	90,0	(83,8-94,4)	80 / 94	85,1	80,0
Hovedstaden	Ja	75 / 83	12 (13)	90,4	(81,9-95,7)	77 / 93	82,8	85,9
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	14 / 14	3 (18)	100,0	(76,8-100,0)	12 / 14	85,7	93,0
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	16 / 18	2 (10)	88,9	(65,3-98,6)	20 / 24	83,3	81,8
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	#/#	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	3 / 3	100,0	83,3
Nordsjællands Hospital	Nej	31 / 35	4 (10)	88,6	(73,3-96,8)	32 / 41	78,0	81,4
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Nej	12 / 14	3 (18)	85,7	(57,2-98,2)	3 / 4	75,0	87,5
Rigshospitalet, Glostrup						7 / 7	100,0	100,0
Sjælland	Ja	180 / 196	26 (12)	91,8	(87,1-95,3)	141 / 162	87,0	97,8
Holbæk Sygehus	Ja	43 / 45	7 (13)	95,6	(84,9-99,5)	21 / 23	91,3	100,0
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Ja	15 / 15	2 (12)	100,0	(78,2-100,0)	17 / 18	94,4	100,0
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F	Ja	41 / 45	11 (20)	91,1	(78,8-97,5)	8 / 9	88,9	100,0

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90%			01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		2021/22
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Nej	81 / 91	6 (6)	89,0	(80,7-94,6)	95 / 112	84,8	90,0
Syddanmark	Nej	#/#	1 (50)	0,0	(0,0-97,5)	#/#	66,7	100,0
Odense Universitetshospital, Odense								100,0
Odense Universitetshospital, Svendborg	Nej	#/#	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)	#/#	100,0	
Sygehus Lillebælt		0 / 0	1 (100)			#/#	100,0	100,0
Sygehus Sønderjylland						#/#	0,0	100,0
Midtjylland	Nej	244 / 279	20 (7)	87,5	(83,0-91,1)	263 / 292	90,1	88,1
Aarhus Universitetshospital	Ja	65 / 71	5 (7)	91,5	(82,5-96,8)	85 / 96	88,5	86,3
Hospitalsenhed Midt	Ja	43 / 47	1 (2)	91,5	(79,6-97,6)	50 / 52	96,2	90,9
Hospitalsenheden Vest								100,0
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	48 / 65	8 (11)	73,8	(61,5-84,0)	43 / 50	86,0	
Regionshospitalet Horsens	Nej	37 / 43	4 (9)	86,0	(72,1-94,7)	37 / 41	90,2	90,3
Regionshospitalet Randers	Ja	51 / 53	2 (4)	96,2	(87,0-99,5)	48 / 53	90,6	85,7
Nordjylland	Ja	126 / 140	5 (3)	90,0	(83,8-94,4)	80 / 94	85,1	80,0
Aalborg Universitetshospital	Nej	103 / 115	2 (2)	89,6	(82,5-94,5)	59 / 71	83,1	75,0
Regionshospital Nordjylland	Ja	23 / 25	3 (11)	92,0	(74,0-99,0)	21 / 23	91,3	100,0

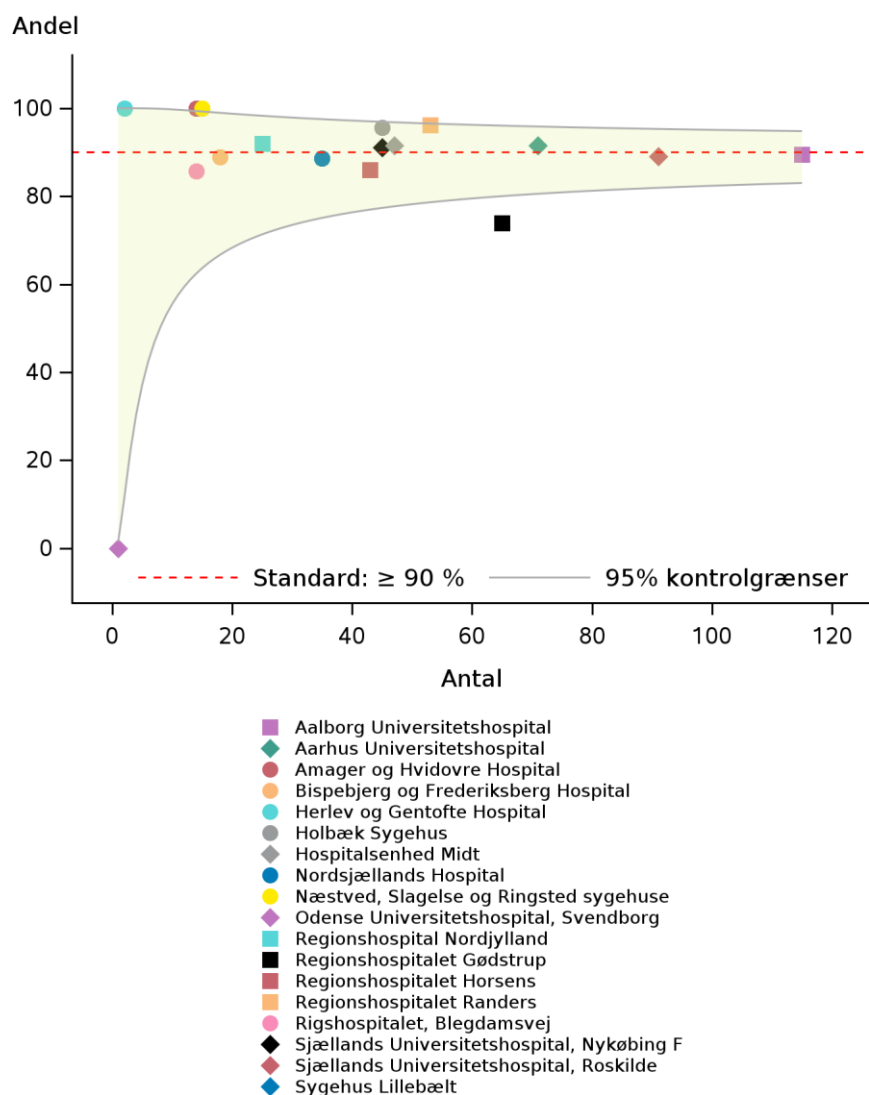
Indikator 16: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF ≤ 40 , hvor der er indløst recept på ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse. Forest plot på regionsniveau.



Indikator 16: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF ≤ 40 , hvor der er indløst recept på ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 16: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF ≤ 40 , hvor der er indløst recept på 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 røde stiplede linje viser den fastsatte standard, mens den omkringliggende tragt viser et 95% konfidensinterval omkring standarden (ved et givent antal patientforløb). De enheder, som ligger under tragten omkring den røde linje, viser enheder, der med stor sandsynlighed har et resultat, som ligger under den fastsatte standard. 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 ACE-hæmmere eller Angiotensin II-receptorblokkere inden for 6 mdr. før indlæggelse til 30 dage efter udskrivelse fra hospital. Der er inkluderet recepter med følgende ATC-koder fra Lægemiddelstatistikregisteret:

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 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:	77	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	4.861	Kun i LPR
	2.260	LVEF $>$ 40%
	16	Ikke bopæl i Danmark
	277	Ikke AKS
	41	Død ved udskrivelse
	319	Dobbeltindberetning
	8	Receptdata endnu ikke tilgængelige
	947	Ikke AMI
Uoplyst:	64	Uoplyst LVEF

Indikatorresultater

På landsplan havde 89,4% af AMI-patienterne med LVEF ≤ 40 indløst recept på ACE-hæmmere eller Angiotensin II-receptorblokkere senest 30 dage efter udskrivelse fra hospital. På regionsniveau varierer andelen fra 87,5% i Region Midtjylland til 91,8% i Region Sjælland, når der ses bort fra Region Syddanmark. På hospitalsniveau varierer andelen af patienter med LVEF ≤ 40 , som har indløst recept på ACE-hæmmere eller Angiotensin II-receptorblokkere senest 30 dage efter udskrivelse fra 73,8% (Regionshospitalet Gødstrup) til 100% for flere hospitaler.

Der er 94,4% af AMI-patienter med LVEF ≤ 40 , som har indløst recept på betablokkere og/eller ACE-hæmmere/Angiotensin II-receptorblokkere (se side 98).

Indikatoren opgøres kun for forløb, som er blevet indberettet til DanAKS via webservice. Datagrundlaget er derfor væsentligt mindre end for de øvrige indikatorer. For Region Syddanmark indgår der kun enkelte forløb, eftersom denne region endnu ikke er begyndt systematisk at indlevere data til databasen. Men også for de fire øvrige regionerne bør man være opmærksom på, at det aktuelt kun er mellem 22 – 85% af AMI-forløbene, som indberettes til DanAKS (se tabel vedr. dækningsgrad for AMI på side 105).

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Som for en række øvrige indikatorer, er også aktuelle ramt af den lave dækningsgrad.

Det ses dog en betydelig inter- og intraregional variation. Det bemærkes, at standard for ACE-Hæmmere er opfyldt på flere matrikler end for betablokkere. Dette indikerer, at ACE-hæmmere/Angiotensin II-receptorblokkere prioriteres over betablokkere som første præparat.

Det bemærkes dog, at 94,4% af patienter med LVEF under 40% er i behandling med enten betablokker eller ACE-hæmmer/Angiotensin II-receptorblokker. Styregruppens vurdering er derfor, at den samlede kvalitet er god.

Vurdering af indikatoren

Styregruppen beslutter, at Indikator 15 og 16 fremtidigt kombineres med et udviklingsmål på 90% for opstart af enten betablokker eller ACE-hæmmer/Angiotensin II-receptorblokker.

Indikator 17: Henvisning til hjerterehabilitering ved AMI

Andel af patienter med verificeret AMI der er henvist til hjerterehabilitering eller hjertesvigtsklinik ved udskrivelse.

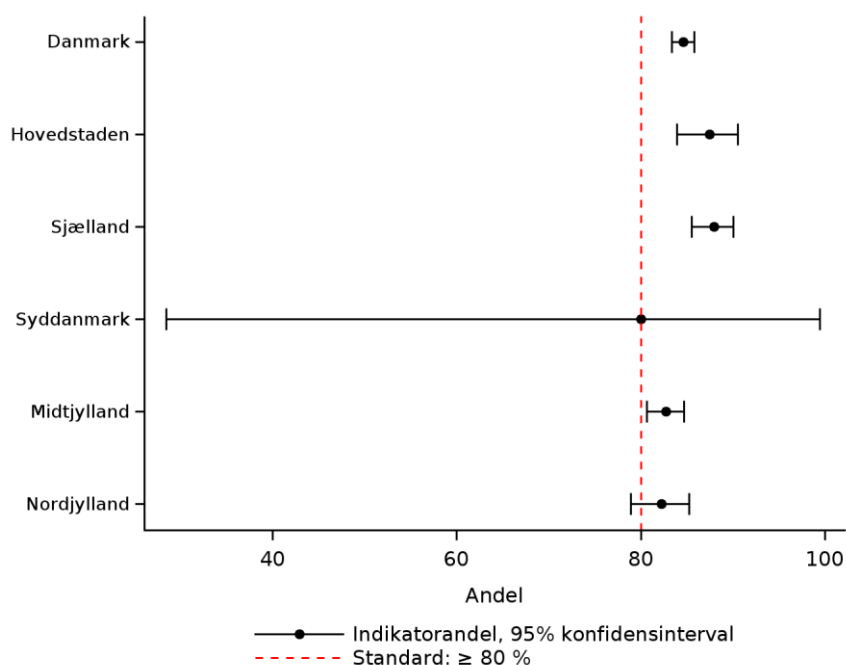
Standard $\geq 80\%$

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

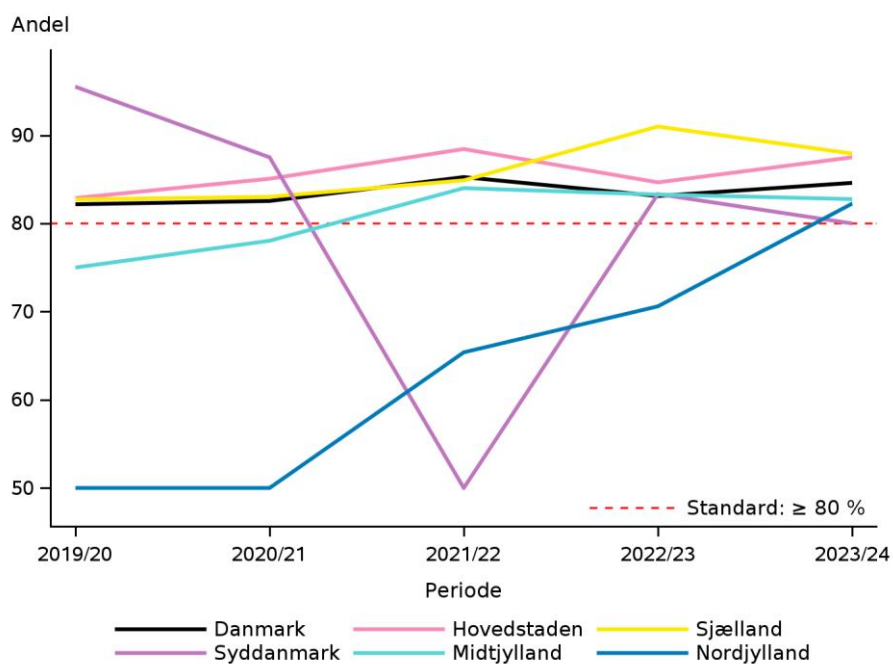
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 80\%$ opfyldt			01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23	2021/22	
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	2.599 / 3.072	0 (0)	84,6	(83,3-85,9)	2.284 / 2.748	83,1	85,3
Hovedstaden	Ja	350 / 400	0 (0)	87,5	(83,9-90,6)	298 / 352	84,7	88,4
Sjælland	Ja	692 / 787	0 (0)	87,9	(85,4-90,1)	586 / 644	91,0	84,9
Syddanmark	Ja	4 / 5	0 (0)	80,0	(28,4-99,5)	5 / 6	83,3	50,0
Midtjylland	Ja	1.085 / 1.311	0 (0)	82,8	(80,6-84,8)	1.066 / 1.280	83,3	84,0
Nordjylland	Ja	468 / 569	0 (0)	82,2	(78,9-85,3)	329 / 466	70,6	65,4
Hovedstaden	Ja	350 / 400	0 (0)	87,5	(83,9-90,6)	298 / 352	84,7	88,4
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	40 / 42	0 (0)	95,2	(83,8-99,4)	62 / 66	93,9	91,6
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Ja	81 / 92	0 (0)	88,0	(79,6-93,9)	86 / 105	81,9	94,0
Bornholms Hospital	Ja	## / #	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	3 / 3	100,0	100,0
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	10 / 10	0 (0)	100,0	(69,2-100,0)	12 / 13	92,3	85,1
Nordsjællands Hospital	Nej	87 / 115	0 (0)	75,7	(66,8-83,2)	99 / 126	78,6	76,5
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Ja	129 / 138	0 (0)	93,5	(88,0-97,0)	20 / 21	95,2	92,6
Rigshospitalet, Glostrup	Ja	## / #	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	16 / 18	88,9	96,0
Sjælland	Ja	692 / 787	0 (0)	87,9	(85,4-90,1)	586 / 644	91,0	84,9
Holbæk Sygehus	Ja	150 / 174	0 (0)	86,2	(80,2-91,0)	77 / 91	84,6	87,5
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Ja	59 / 63	0 (0)	93,7	(84,5-98,2)	88 / 98	89,8	81,1
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F	Ja	128 / 160	0 (0)	80,0	(73,0-85,9)	25 / 27	92,6	94,1

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 80%			01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		2021/22
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Ja	355 / 390	0 (0)	91,0	(87,7-93,7)	396 / 428	92,5	87,7
Syddanmark	Ja	4 / 5	0 (0)	80,0	(28,4-99,5)	5 / 6	83,3	50,0
Odense Universitetshospital, Odense								0,0
Odense Universitetshospital, Svendborg	Ja	#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	3 / 3	100,0	
Sydvestjysk Sygehus	Ja	#/#	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)			100,0
Sygehus Lillebælt	Nej	#/#	0 (0)	50,0	(1,3-98,7)	#/#	100,0	50,0
Sygehus Sønderjylland						#/#	0,0	100,0
Midtjylland	Ja	1.085 / 1.311	0 (0)	82,8	(80,6-84,8)	1.066 / 1.280	83,3	84,0
Aarhus Universitetshospital	Nej	283 / 356	0 (0)	79,5	(74,9-83,6)	321 / 413	77,7	81,6
Hospitalsenhed Midt	Ja	217 / 228	0 (0)	95,2	(91,5-97,6)	240 / 261	92,0	86,2
Hospitalsenheden Vest								80,0
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	217 / 293	0 (0)	74,1	(68,6-79,0)	120 / 149	80,5	77,8
Regionshospitalet Horsens	Ja	148 / 176	0 (0)	84,1	(77,8-89,2)	169 / 194	87,1	87,3
Regionshospitalet Randers	Ja	220 / 258	0 (0)	85,3	(80,3-89,4)	216 / 263	82,1	86,4
Nordjylland	Ja	468 / 569	0 (0)	82,2	(78,9-85,3)	329 / 466	70,6	65,4
Aalborg Universitetshospital	Ja	416 / 496	0 (0)	83,9	(80,3-87,0)	290 / 392	74,0	69,6
Regionshospital Nordjylland	Nej	52 / 73	0 (0)	71,2	(59,4-81,2)	39 / 74	52,7	33,3

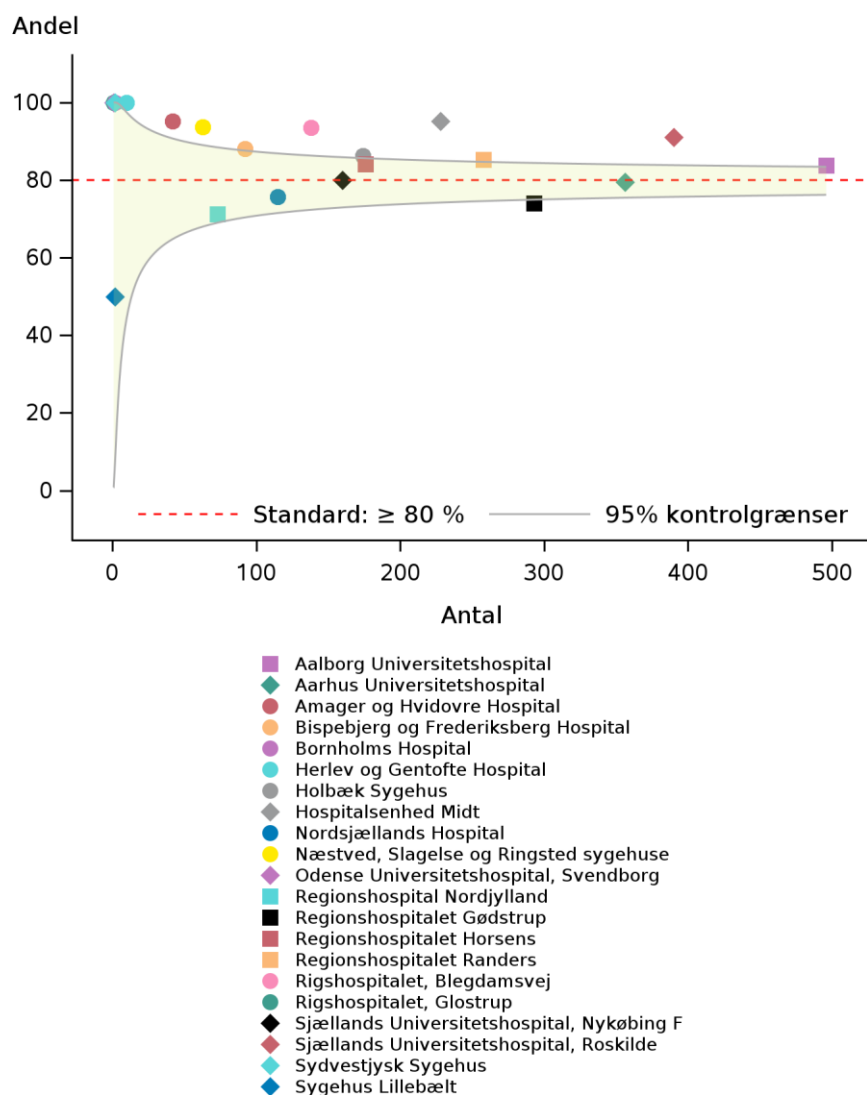
Indikator 17: Andel af patienter med verificeret AMI der er henvist til hjerterehabilitering eller hjertesvigtsklinik ved udskrivelse. Forest plot på regionsniveau.



Indikator 17: Andel af patienter med verificeret AMI der er henvist til hjerterehabilitering eller hjertesvigtsklinik 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 røde stiplede linje viser den fastsatte standard, mens den omkringliggende tragt viser et 95% konfidensinterval omkring standarden (ved et givent antal patientforløb). De enheder, som ligger under tragten omkring den røde linje, viser enheder, der med stor sandsynlighed har et resultat, som ligger under den fastsatte standard. 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:	77	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	4.861	Kun i LPR
	16	Ikke bopæl i Danmark
	277	Ikke AKS
	319	Dobbeltindberetning
	947	Ikke AMI

Indikatorresultater

På landsplan blev patienter med verificeret AMI henvist til hjerterehabilitering i 84,6% af forløbene i det aktuelle opgørelsesår. På regionsniveau varierer andelen af AMI-patienter, som er blevet henvist til hjerterehabilitering, fra 82,2% i Region Nordjylland til 87,9% i Region Sjælland, mens andelen på hospitalsniveau varierer fra 71,2% (Regionshospitalet Nordjylland) til 100%, når der ses bort fra Region Syddanmark.

På side 100 er der en supplerende opgørelse over henvisning til hjerterehabilitering, hvoraf det fremgår, at der på landsplan er 3,0% af patienterne med verificeret AKS, som bliver tilbudt hjerterehabilitering og afslår. Andelen af AKS-patienter som afslår tilbuddet om hjerterehabilitering varierer fra 0,9% i Region Sjælland til 4,2% i Region Midtjylland.

Indikatoren opgøres kun for forløb, som er blevet indberettet til DanAKS via webservice eller KMS/KIP. Datagrundlaget er derfor væsentligt mindre end for de øvrige indikatorer. For Region Syddanmark indgår der kun enkelte forløb, eftersom denne region endnu ikke er påbegyndt systematisk at indlevere data til databasen. Men også for de øvrige fire regioner bør man være opmærksom på, at det aktuelt kun er mellem 22 – 85% af AMI-forløbene som indberettes til DanAKS (se tabel vedr. dækningsgrad for AMI på side 105).

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Som for en række øvrige indikatorer, er også aktuelle ramt af den lave dækningsgrad. Det vurderes, at det samlede resultat repræsenterer god kvalitet, da alle indberettende regioner opfylder standarden.

Vurdering af indikatoren

Der er generelt en pæn opfyldelse af indikatoren for dem, hvor der er foretaget indrapportering.

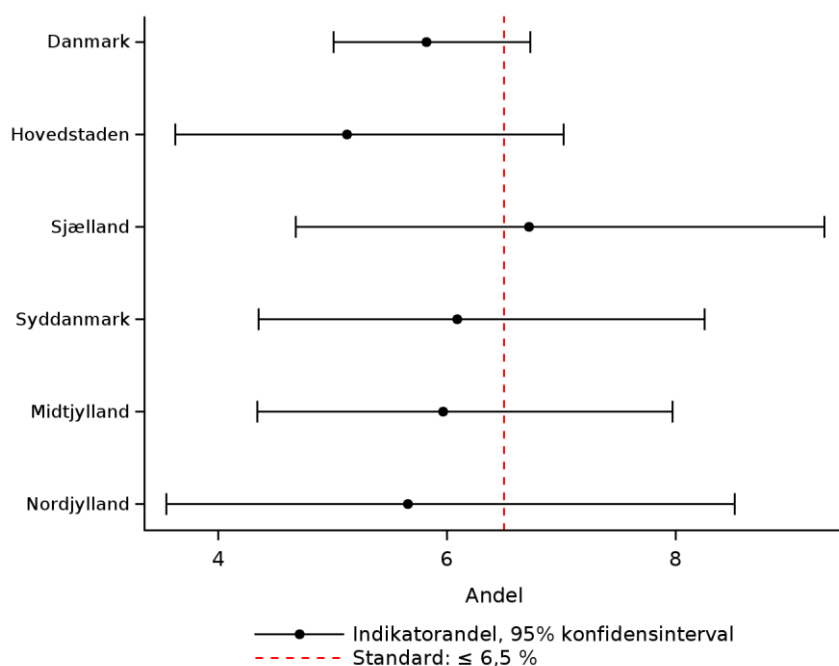
Indikator 18a: 30-dages dødelighed efter STEMI (alle)

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

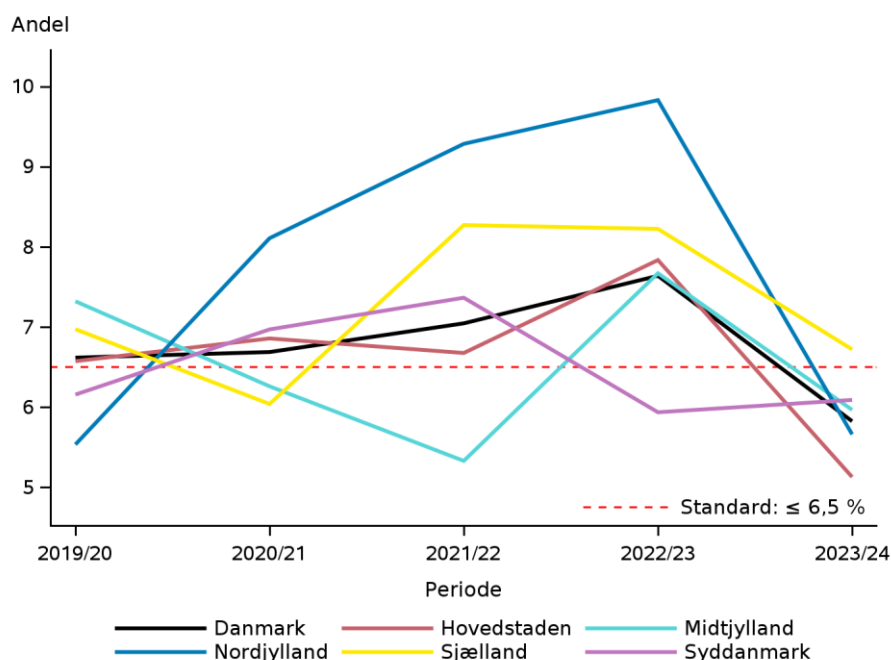
Indikator 18a: Andel af patienter med STEMI som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC)

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\leq 6,5\%$			01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23	2021/22	
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	170 / 2.919	0 (0)	5,8	(5,0-6,7)	232 / 3.037	7,6	7,0
Hovedstaden	Ja	36 / 702	0 (0)	5,1	(3,6-7,0)	59 / 753	7,8	6,7
Sjælland	Nej	33 / 491	0 (0)	6,7	(4,7-9,3)	44 / 535	8,2	8,3
Syddanmark	Ja	38 / 624	0 (0)	6,1	(4,3-8,3)	39 / 657	5,9	7,4
Midtjylland	Ja	42 / 704	0 (0)	6,0	(4,3-8,0)	55 / 717	7,7	5,3
Nordjylland	Ja	21 / 371	0 (0)	5,7	(3,5-8,5)	35 / 356	9,8	9,3

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.

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:	77	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	7	Ikke bopæl i Danmark
	277	Ikke AKS
	319	Dobbeltindberetning
	5.879	Ikke STEMI eller BBBMI
	91	Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden

Indikatorresultater

På landsplan døde 5,8% af patienterne med STEMI inden for 30 dage efter indlæggelse, mens andelen på regionsniveau varierer fra 5,1% for Region Hovedstaden til 6,7% for Region Sjælland.

Det bemærkes, at der i Region Nordjylland har været et markant fald i andelen af patienter med STEMI, som dør inde for 30 dage, sammenlignet med de foregående år, hvor andelen som døde inde for 30 dage, har ligget højere i denne region end de øvrige regioner (se trendgraf).

Som supplement til indikatoropgørelsen er der under Supplerende opgørelser (side 102) vist en tabel over fordelingen af køn, alder og Charlsons komorbiditetsindeks. Andelen af patienter over 80 år varierer fra 15% i Region Hovedstaden til 21% i Region Midtjylland. Andelen af STEMI-patienter med Charlsons komorbiditetsindeks score ≥ 3 varierer fra 10% i Region Nordjylland til 13% i Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Midtjylland.

Der gøres opmærksom på, at indikatorerne for mortalitet er opgjort ud fra patienternes bopælsregion til forskel fra de øvrige indikatorer, hvor forløbene er tilskrevet den sidste behandlende afdeling ifølge LPR.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren er kun opfyldt for 1 region. Det kan skyldes, at man har haft en for ambitiøs holdning til standarden. Styregruppen bemærker en meget stor tidsmæssig variation. Dette kan skyldes en ændring i kodepraksis, bl.a. efter der er startet indberetning til DanAKS.

Det er en potentiel betydelig fejlkilde, at dækningsgraden fortsat er lav. Endelig vurdering at indikatorresultat bør afvente en højere dækningsgrad.

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.

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.

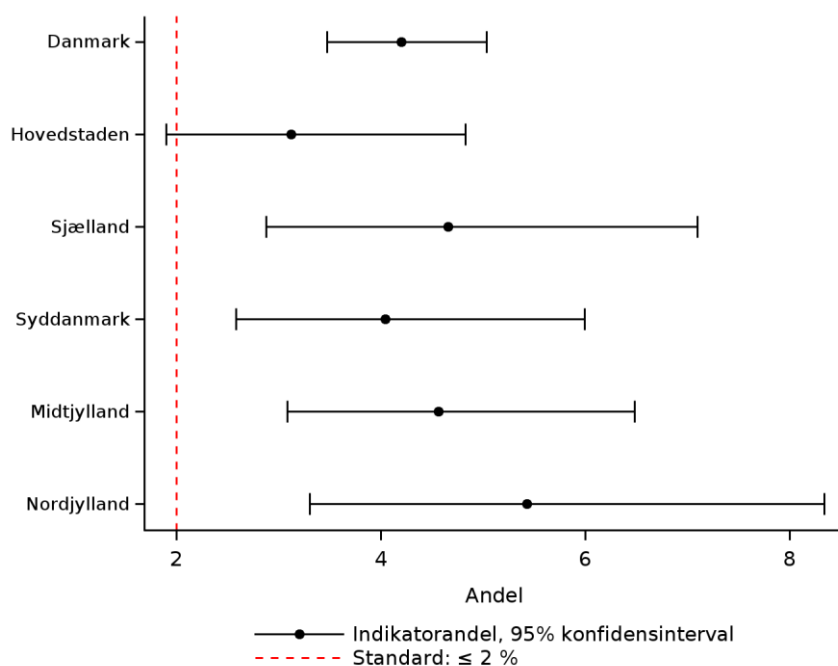
Indikator 18ai: 30-dages dødelighed efter STEMI (invasivt behandlede)

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

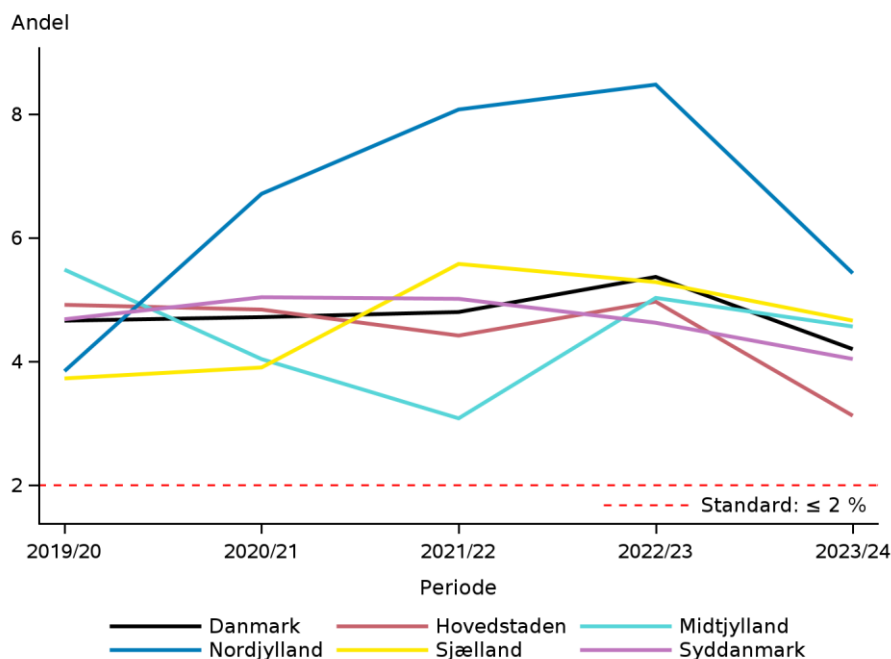
Indikator 18ai: Andel af patienter med STEMI, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC)

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≤ 2%	Tæller/	antal	01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		2021/22
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	110 / 2.618	0 (0)	4,2	(3,5-5,0)	146 / 2.719	5,4	4,8
Hovedstaden	Nej	19 / 608	0 (0)	3,1	(1,9-4,8)	32 / 644	5,0	4,4
Sjælland	Nej	20 / 429	0 (0)	4,7	(2,9-7,1)	24 / 454	5,3	5,6
Syddanmark	Nej	23 / 569	0 (0)	4,0	(2,6-6,0)	28 / 605	4,6	5,0
Midtjylland	Nej	29 / 635	0 (0)	4,6	(3,1-6,5)	33 / 656	5,0	3,1
Nordjylland	Nej	19 / 350	0 (0)	5,4	(3,3-8,3)	29 / 342	8,5	8,1

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.

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:	77	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	7	Ikke bopæl i Danmark
	277	Ikke AKS
	319	Dobbeltindberetning
	5.879	Ikke STEMI eller BBBMI
	26	Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden
	366	Ikke behandlet invasivt

Indikatorresultater

Blandt invasivt behandlede STEMI-patienter døde 4,2% på landsplan inden for 30 dage efter indlæggelse. På regionsniveau varierer andelen fra 3,1% i Region Hovedstaden til 5,4% i Region Nordjylland. Det bemærkes, at andelen af invasivt behandlede STEMI-patienter, som dør inden for 30 dage, er faldet omkring 3 %-point i Region Nordjylland sammenlignet de foregående år.

Der gøres opmærksom på, at 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.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren er ikke opfyldt for nogen af de 5 regioner. Det kan skyldes, at man har haft en for ambitiøs holdning til standarden. Styregruppen bemærker en meget stor tidsmæssig variation. Dette kan skyldes en ændring i kodepraksis, bl.a. efter der er startet indberetning til DanAKS.

Det er en potentiel betydelig fejlkilde at dækningsgraden fortsat er lav. Endelig vurdering at indikatorresultat bør afvente en højere dækningsgrad.

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 Chalsons 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.

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.

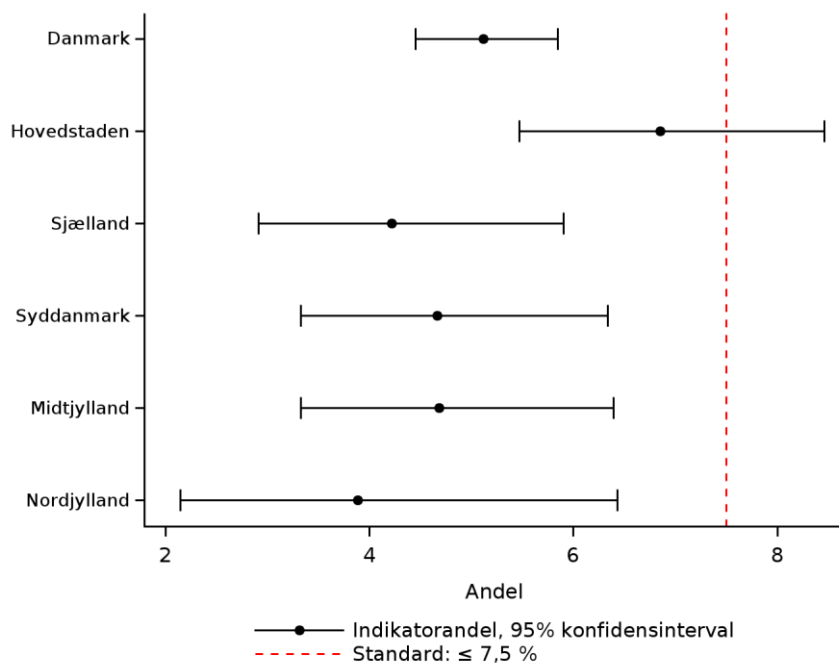
Indikator 18b: 30-dages dødelighed efter NSTEMI (alle)

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

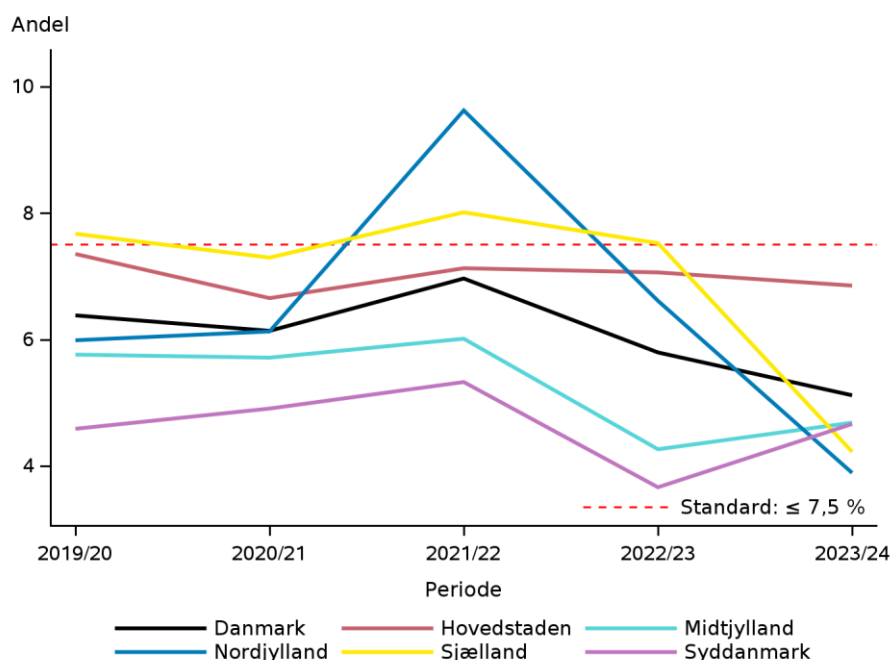
Indikator 18b: Andel af patienter med NSTEMI som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC)

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≤ 7,5%			01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		2021/22
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	200 / 3.909	0 (0)	5,1	(4,4-5,9)	244 / 4.211	5,8	7,0
Hovedstaden	Ja	79 / 1.153	0 (0)	6,9	(5,5-8,5)	86 / 1.218	7,1	7,1
Sjælland	Ja	32 / 758	0 (0)	4,2	(2,9-5,9)	65 / 864	7,5	8,0
Syddanmark	Ja	38 / 815	0 (0)	4,7	(3,3-6,3)	32 / 874	3,7	5,3
Midtjylland	Ja	37 / 790	0 (0)	4,7	(3,3-6,4)	37 / 868	4,3	6,0
Nordjylland	Ja	14 / 360	0 (0)	3,9	(2,1-6,4)	24 / 363	6,6	9,6

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.

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:	77	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	9	Ikke bopæl i Danmark
	277	Ikke AKS
	319	Dobbeltindberetning
	209	Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden
	4.769	Ikke NSTEMI

Indikatorresultater

På landsplan døde 5,1% af patienterne med NSTEMI inden for 30 dage efter indlæggelse. På regionsniveau varierer andelen fra 3,9% i Region Nordjylland til 6,9% i Region Hovedstaden, og alle regioner opfylder således standarden på $\leq 7,5\%$.

Som supplement til indikatoropgørelsen er der under Supplerende opgørelser (side 102) vist en tabel over fordelingen af køn, alder og Charlsons komorbiditetsindeks. Andelen af patienter over 80 år varierer fra 22% i Region Syddanmark til 28% i Region Sjælland. Andelen af STEMI-patienter med Charlsons komorbiditetsindeks score ≥ 3 varierer fra 19% i Region Syddanmark til 23% i Region Hovedstaden.

Der gøres opmærksom på, at 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.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren er opfyldt af alle 5 regioner.

Det kan indikere, at standarden ikke repræsenterer et ambitiøst fremtidigt kvalitetsmål.

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.

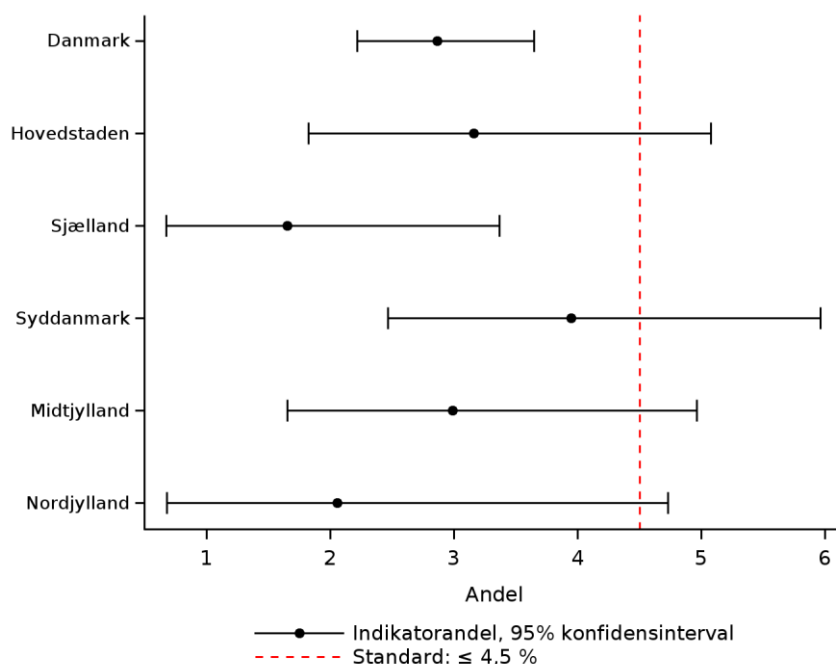
Indikator 18bi: 30-dages dødelighed efter NSTEMI (invasivt behandlede)

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

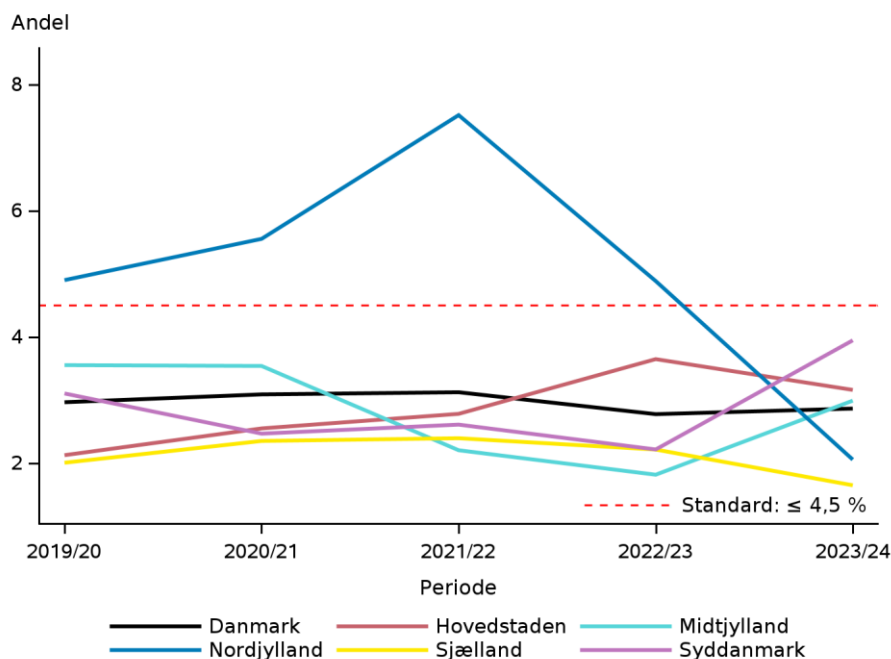
Indikator 18bi: Andel af patienter med NSTEMI, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC)

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\leq 4,5\%$			01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23	2021/22	
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	63 / 2.198	0 (0)	2,9	(2,2-3,7)	63 / 2.268	2,8	3,1
Hovedstaden	Ja	16 / 506	0 (0)	3,2	(1,8-5,1)	20 / 548	3,6	2,8
Sjælland	Ja	7 / 424	0 (0)	1,7	(0,7-3,4)	9 / 406	2,2	2,4
Syddanmark	Ja	21 / 532	0 (0)	3,9	(2,5-6,0)	12 / 541	2,2	2,6
Midtjylland	Ja	14 / 468	0 (0)	3,0	(1,6-5,0)	9 / 495	1,8	2,2
Nordjylland	Ja	5 / 243	0 (0)	2,1	(0,7-4,7)	13 / 266	4,9	7,5

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.

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:	77	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	9	Ikke bopæl i Danmark
	277	Ikke AKS
	319	Dobbeltindberetning
	34	Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden
	1.886	Ikke behandlet invasivt
	4.769	Ikke NSTEMI

Indikatorresultater

Blandt invasivt behandlede patienter med NSTEMI døde 2,9% på landsplan inden for 30 dage efter indlæggelse. På regionsniveau varierer andelen fra 1,7% i Region Sjælland til 3,9% i Region Syddanmark, og alle regioner opfylder således standarden på $\leq 4,5\%$.

Der gøres opmærksom på, at 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.

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.

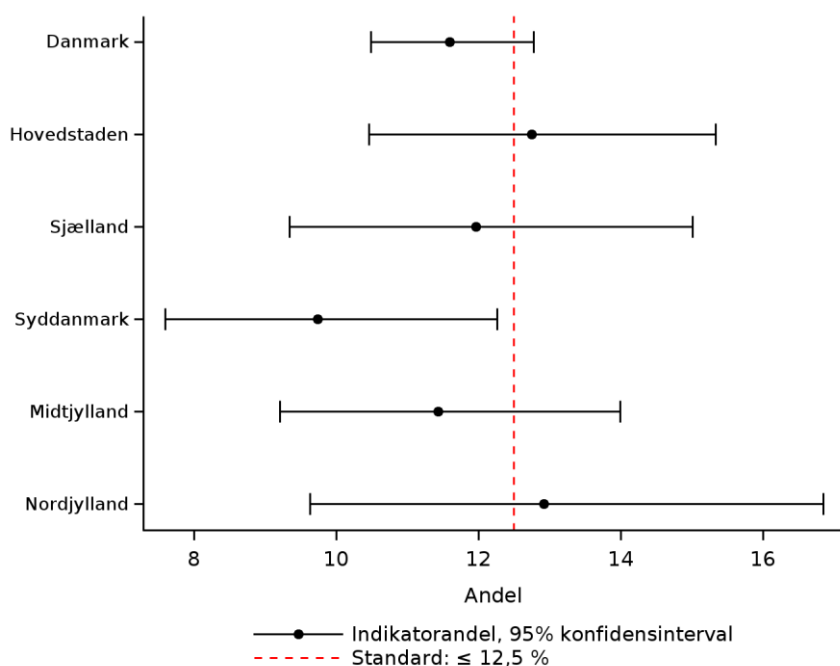
Indikator 19a: 1-års dødelighed efter STEMI (alle)

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

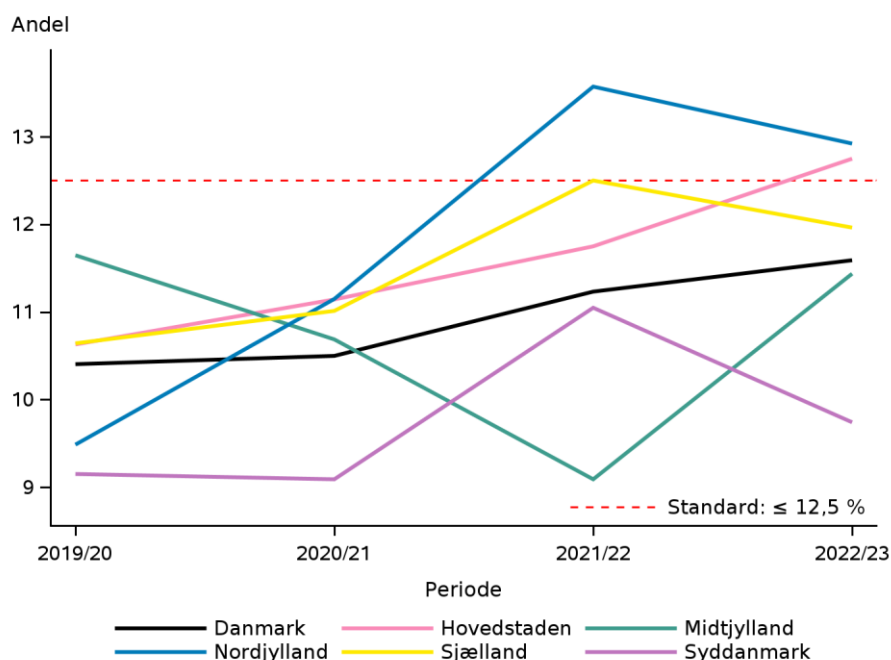
Indikator 19a: Andel af patienter med STEMI som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC)

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\leq 12,5\%$			01.07.2022 - 30.06.2023		2021/22	2020/21	
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	352 / 3.037	0 (0)	11,6	(10,5-12,8)	330 / 2.938	11,2	10,5
Hovedstaden	Nej	96 / 753	0 (0)	12,7	(10,5-15,3)	88 / 749	11,7	11,1
Sjælland	Ja	64 / 535	0 (0)	12,0	(9,3-15,0)	68 / 544	12,5	11,0
Syddanmark	Ja	64 / 657	0 (0)	9,7	(7,6-12,3)	78 / 706	11,0	9,1
Midtjylland	Ja	82 / 717	0 (0)	11,4	(9,2-14,0)	58 / 638	9,1	10,7
Nordjylland	Nej	46 / 356	0 (0)	12,9	(9,6-16,9)	38 / 280	13,6	11,1

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.

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:	71	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	8	Ikke bopæl i Danmark
	458	Ikke AKS
	282	Dobbeltindberetning
	6.104	Ikke STEMI eller BBBMI
	84	Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden

Indikatorresultater

På landsplan døde 11,6% af STEMI-patienterne inden for 1 år efter indlæggelse. På regionsniveau varierer andelen fra 9,7% i Region Syddanmark til 12,9% i Region Nordjylland.

Der gøres opmærksom på, at 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.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren er opfyldt for 3 af 5 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.

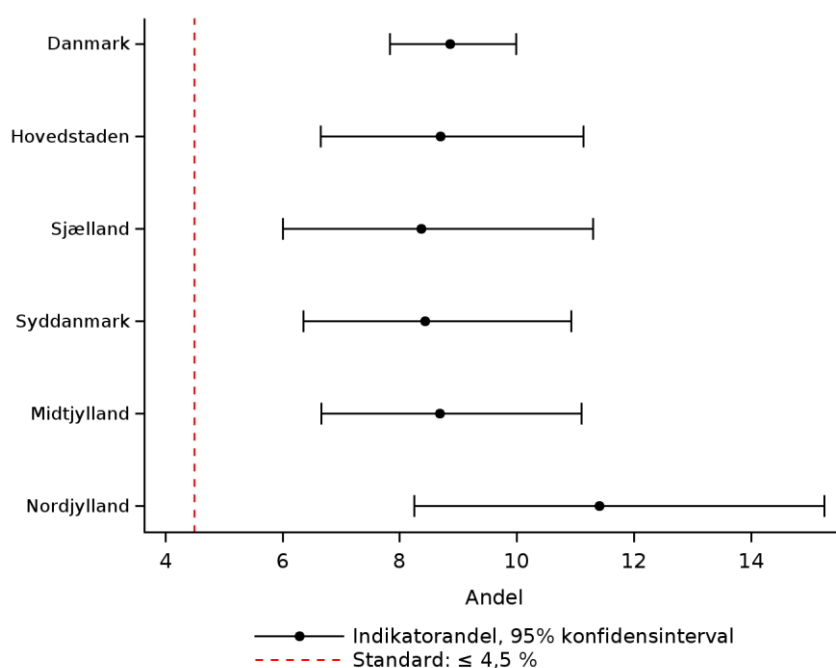
Indikator 19ai: 1-års dødelighed efter STEMI (invasivt behandlede)

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

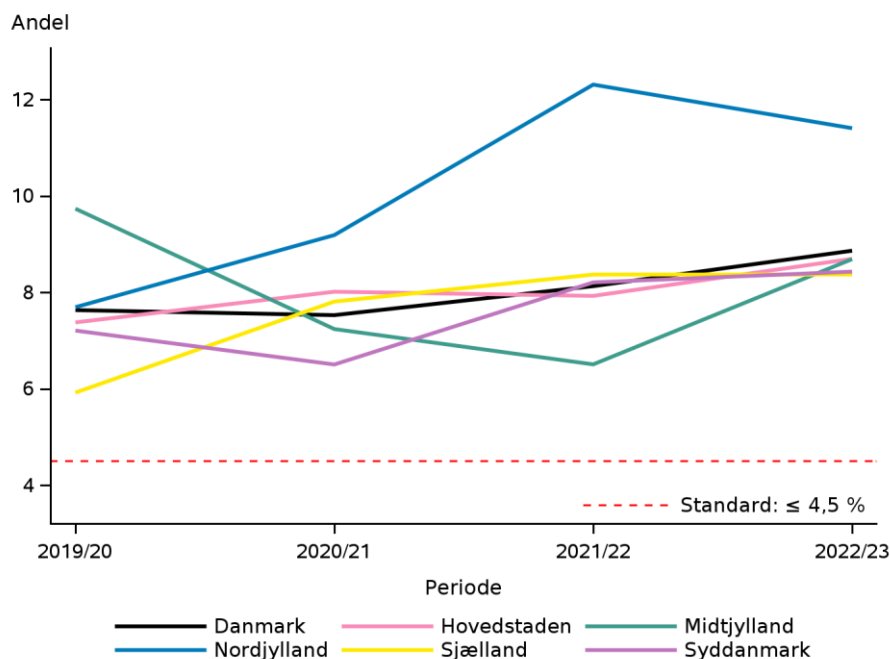
Indikator 19ai: Andel af patienter med STEMI, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC)

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\leq 4,5\%$			01.07.2022 - 30.06.2023		2021/22		2020/21
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	241 / 2.719	0 (0)	8,9	(7,8-10,0)	215 / 2.645	8,1	7,5
Hovedstaden	Nej	56 / 644	0 (0)	8,7	(6,6-11,1)	52 / 656	7,9	8,0
Sjælland	Nej	38 / 454	0 (0)	8,4	(6,0-11,3)	39 / 466	8,4	7,8
Syddanmark	Nej	51 / 605	0 (0)	8,4	(6,3-10,9)	54 / 658	8,2	6,5
Midtjylland	Nej	57 / 656	0 (0)	8,7	(6,6-11,1)	38 / 584	6,5	7,2
Nordjylland	Nej	39 / 342	0 (0)	11,4	(8,2-15,3)	32 / 260	12,3	9,2

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

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:	71	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	8	Ikke bopæl i Danmark
	458	Ikke AKS
	282	Dobbeltindberetning
	6.104	Ikke STEMI eller BBBMI
	20	Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden
	382	Ikke behandlet invasivt

Indikatorresultater

Blandt de invasivt behandlede STEMI-patienter døde 8,9% på landsplan inden for 1 år efter indlæggelse, mens andelen på regionsniveau varierer fra 8,4% for Region Sjælland og Region Syddanmark til 11,4% for Region Nordjylland.

Der gøres opmærksom på, at 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.

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 til standarden.

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)

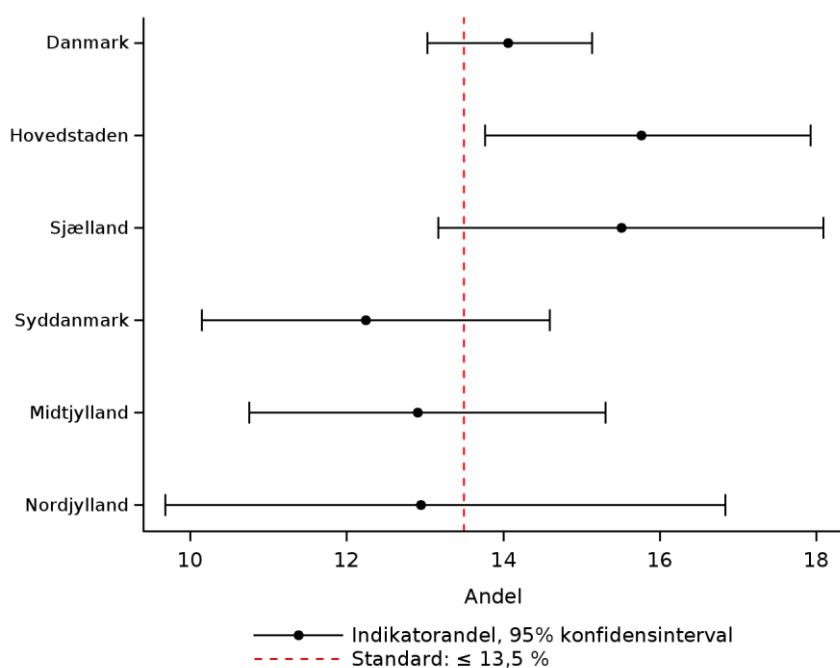
Andel af patienter med verificeret NSTEMI som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC).

Standard ≤ 13,5%

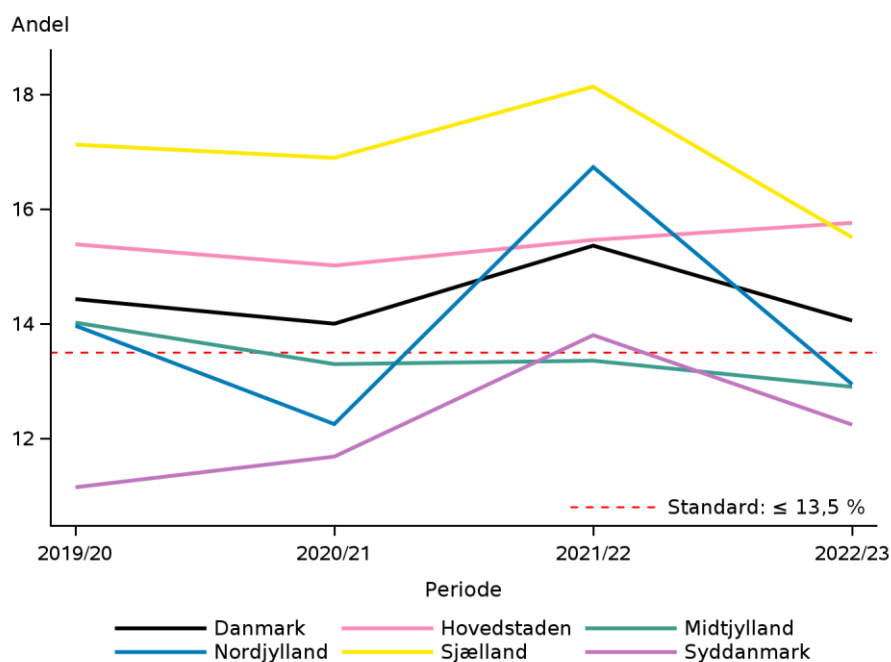
Indikator 19b: Andel af patienter med NSTEMI som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC)

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≤ 13,5%			01.07.2022 - 30.06.2023		2021/22	2020/21	
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	592 / 4.211	0 (0)	14,1	(13,0-15,1)	748 / 4.868	15,4	14,0
Hovedstaden	Nej	192 / 1.218	0 (0)	15,8	(13,8-17,9)	204 / 1.319	15,5	15,0
Sjælland	Nej	134 / 864	0 (0)	15,5	(13,2-18,1)	197 / 1.086	18,1	16,9
Syddanmark	Ja	107 / 874	0 (0)	12,2	(10,1-14,6)	127 / 920	13,8	11,7
Midtjylland	Ja	112 / 868	0 (0)	12,9	(10,7-15,3)	140 / 1.048	13,4	13,3
Nordjylland	Ja	47 / 363	0 (0)	12,9	(9,7-16,8)	80 / 478	16,7	12,3

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.

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:	71	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	9	Ikke bopæl i Danmark
	458	Ikke AKS
	282	Dobbeltindberetning
	259	Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden
	4.754	Ikke NSTEMI

Indikatorresultater

På landsplan døde 14,1% af patienterne med NSTEMI inden for 1 år efter indlæggelse, mens andelen på regionsniveau varierer fra 12,2% i Region Syddanmark til 15,8% i Region Hovedstaden.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren er opfyldt for 3 af 5 regioner.

Vurdering af indikatoren

Der er stor diskrepans mellem mortalitet for hele NSTEMI-gruppen, 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.

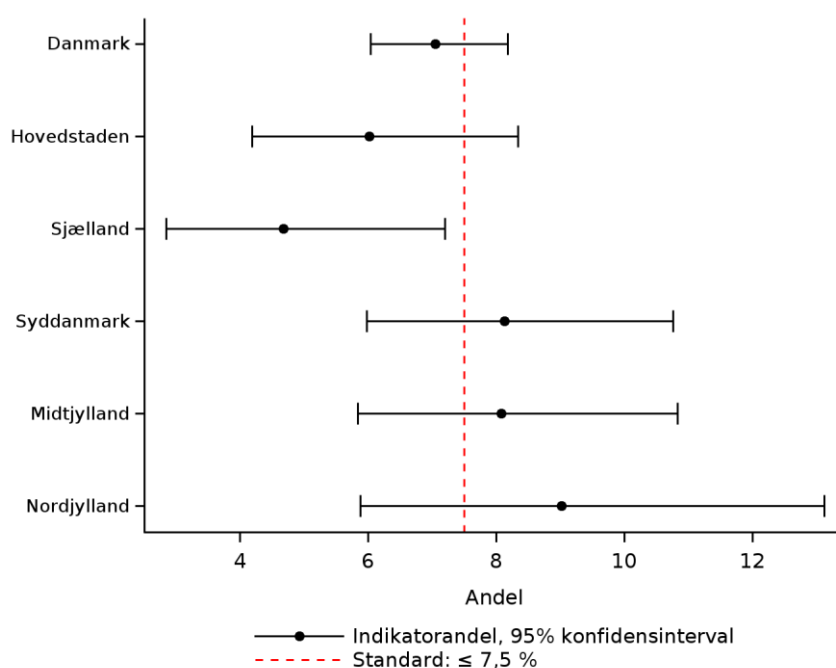
Indikator 19bi: 1-års dødelighed efter NSTEMI (invasivt behandlede)

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

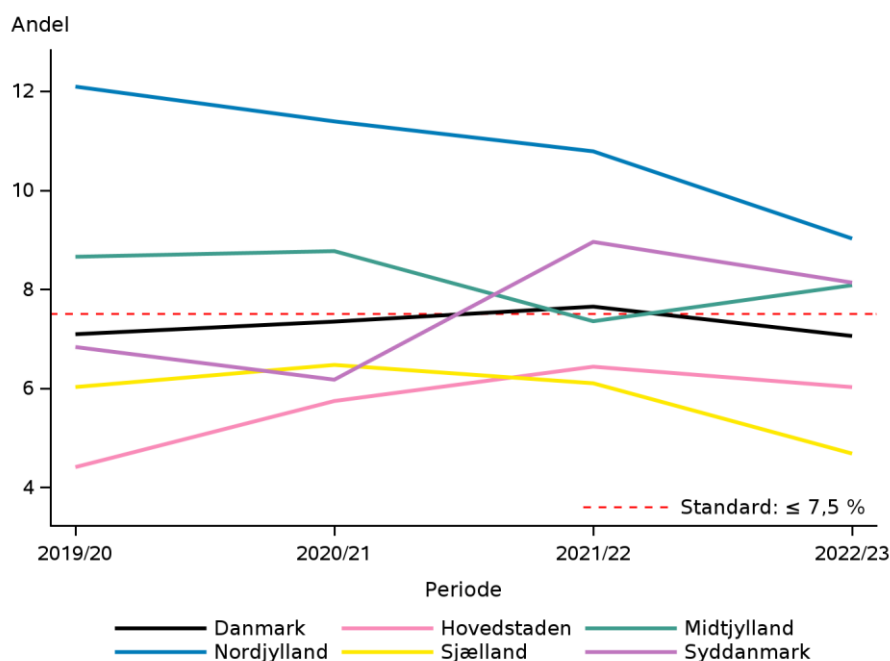
Indikator 19bi: Andel af patienter med NSTEMI, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC)

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\leq 7,5\%$			01.07.2022 - 30.06.2023		2021/22		2020/21
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	160 / 2.268	0 (0)	7,1	(6,0-8,2)	186 / 2.432	7,6	7,3
Hovedstaden	Ja	33 / 548	0 (0)	6,0	(4,2-8,4)	37 / 575	6,4	5,7
Sjælland	Ja	19 / 406	0 (0)	4,7	(2,8-7,2)	28 / 459	6,1	6,5
Syddanmark	Nej	44 / 541	0 (0)	8,1	(6,0-10,8)	48 / 536	9,0	6,2
Midtjylland	Nej	40 / 495	0 (0)	8,1	(5,8-10,8)	40 / 544	7,4	8,8
Nordjylland	Nej	24 / 266	0 (0)	9,0	(5,9-13,1)	33 / 306	10,8	11,4

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.

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:	71	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	9	Ikke bopæl i Danmark
	458	Ikke AKS
	282	Dobbeltindberetning
	52	Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden
	2.150	Ikke behandlet invasivt
	4.754	Ikke NSTEMI

Indikatorresultater

Blandt de invasivt behandlede patienter med NSTEMI døde 7,1% på landsplan inden for 1 år efter indlæggelse. På regionsniveau varierer andelen fra 4,7% i Region Sjælland til 9,0% i Region Nordjylland.

Der gøres opmærksom på, at 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.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren er opfyldt for 2 af 5 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.

Supplerende opgørelser

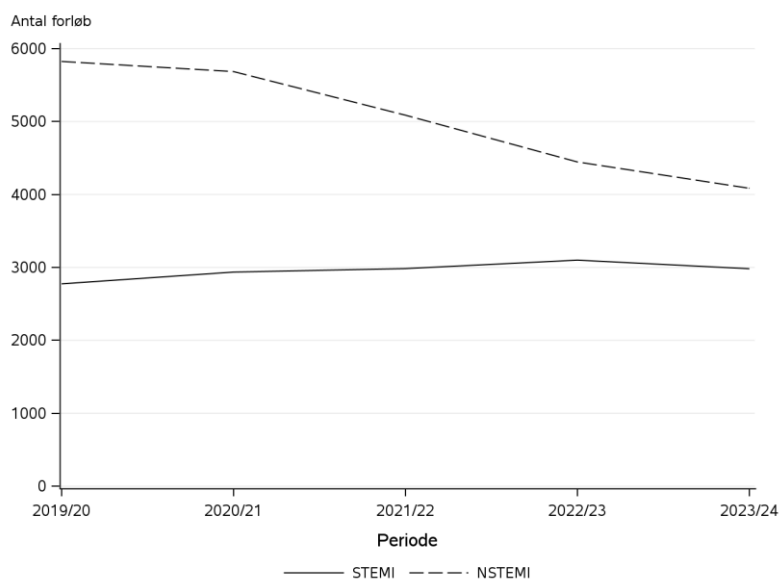
Incidens

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

	Befolkning								
	(≥18 år)	AKS		STEMI		NSTEMI		UAP	
	1. jan. 2024	AKS	/10.000	STEMI	/10.000	NSTEMI	/10.000	UAP	/10.000
Danmark	4.812.734	8.214	17.1	3010	6,3	4118	8,6	1026	2,1
Hovedstaden	1.542.864	2.412	15.6	729	4,7	1214	7,9	461	3,0
Sjælland	692.156	1.480	21.4	499	7,2	791	11,4	184	2,7
Syddanmark	1.000.479	1.708	17.1	658	6,6	878	8,8	142	1,4
Midtjylland	1.094.563	1.683	15.4	719	6,6	831	7,6	132	1,2
Nordjylland	482.672	861	17.8	377	7,8	371	7,7	98	2,0

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 112) for en oversigt over klassifikationen af diagnosekoder i STEMI, BBBMI, NSTEMI og UAP.

Diagnoser i LPR (alle ptt.)

	I alt	Ikke AKS		Verificeret AKS		Ikke verificeret	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%
DI200	#	246	21,4	245	21,3	659	57,3
DI200B	122	26	21,3	20	16,4	76	62,3
DI200C	16	#	12,5	4	25,0	10	62,5
DI210	18	#	5,6	4	22,2	13	72,2
DI210A	12			7	58,3	5	41,7
DI210B	49			18	36,7	31	63,3
DI211	17			#	5,9	16	94,1
DI211A	15	#	6,7	11	73,3	3	20,0
DI211B	52	#	1,9	16	30,8	35	67,3
DI213	#	14	0,9	511	33,8	987	65,3
DI213A	601	6	1,0	346	57,6	249	41,4
DI213B	708	7	1,0	403	56,9	298	42,1
DI213C	5			3	60,0	#	40,0
DI214	3.825	243	6,4	1.610	42,1	1.972	51,6
DI219	583	39	6,7	131	22,5	413	70,8
DI219A	136	66	48,5	9	6,6	61	44,9
DI249	58	13	22,4	14	24,1	31	53,4
I alt	8.879	665	7,5	3.353	37,8	4.861	54,7

Diagnoser i LPR (alle ptt.)

	I alt	STEMI		BBBMI		NSTEMI		UAP		DI249	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Danmark	8.844	2.922	33,0	5	0,1	4.571	51,7	1.288	14,6	58	0,7
Hovedstaden	2.607	781	30,0			1.316	50,5	495	19,0	15	0,6
Sjælland	1.752	439	25,1			954	54,5	353	20,1	6	0,3
Syddanmark	1.681	651	38,7	#	0,1	879	52,3	140	8,3	9	0,5
Midtjylland	1.903	697	36,6	3	0,2	1.002	52,7	188	9,9	13	0,7
Nordjylland	901	354	39,3			420	46,6	112	12,4	15	1,7
Hovedstaden	2.607	781	30,0			1.316	50,5	495	19,0	15	0,6
Amager og Hvidovre Hospital	437	140	32,0			171	39,1	117	26,8	9	2,1
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	290	119	41,0			138	47,6	33	11,4		
Bornholms Hospital	87	7	8,0			59	67,8	21	24,1		
Herlev og Gentofte Hospital	811	168	20,7			455	56,1	185	22,8	3	0,4
Nordsjællands Hospital	397	158	39,8			186	46,9	52	13,1	#	0,3
Rigshospitalet, Blegdamsvej	532	166	31,2			283	53,2	81	15,2	#	0,4
Rigshospitalet, Glostrup	53	23	43,4			24	45,3	6	11,3		
Sjælland	1.752	439	25,1			954	54,5	353	20,1	6	0,3
Holbæk Sygehus	325	83	25,5			178	54,8	62	19,1	#	0,6
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	386	119	30,8			196	50,8	71	18,4		
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F	343	87	25,4			181	52,8	73	21,3	#	0,6
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	698	150	21,5			399	57,2	147	21,1	#	0,3
Syddanmark	1.681	651	38,7	#	0,1	879	52,3	140	8,3	9	0,5
Odense Universitetshospital, Odense	363	152	41,9			177	48,8	31	8,5	3	0,8

	I alt	STEMI		BBBMI		NSTEMI		UAP		DI249	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Odense Universitetshospital, Svendborg	298	112	37,6	#	0,7	149	50,0	33	11,1	#	0,7
Sydvestjysk Sygehus	277	120	43,3			141	50,9	14	5,1	#	0,7
Sygehus Lillebælt	451	164	36,4			240	53,2	46	10,2	#	0,2
Sygehus Sønderjylland	292	103	35,3			172	58,9	16	5,5	#	0,3
Midtjylland	1.903	697	36,6	3	0,2	1.002	52,7	188	9,9	13	0,7
Aarhus Universitetshospital	582	231	39,7			294	50,5	53	9,1	4	0,7
Hospitalsenhed Midt	312	117	37,5	#	0,3	167	53,5	23	7,4	4	1,3
Regionshospitalet Gødstrup	408	152	37,3	#	0,2	215	52,7	38	9,3	#	0,5
Regionshospitalet Horsens	241	79	32,8	#	0,4	134	55,6	27	11,2		
Regionshospitalet Randers	360	118	32,8			192	53,3	47	13,1	3	0,8
Nordjylland	901	354	39,3			420	46,6	112	12,4	15	1,7
Aalborg Universitetshospital	805	316	39,3			373	46,3	102	12,7	14	1,7
Regionshospital Nordjylland	96	38	39,6			47	49,0	10	10,4	#	1,0

Verificerede diagnoser for forløb fra LPR som er indberettet til DanAKS

Tabellen nedenfor viser fordelingen af verificerede AKS-diagnoser (STEMI, BBMI, NSTEMI og UAP) for de i alt 3.353 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	3.353	1.401	41,8	7	0,2	1.664	49,6	281	8,4
Hovedstaden	453	191	42,2	#	0,4	207	45,7	53	11,7
Sjælland	865	290	33,5			497	57,5	78	9,0
Syddanmark	5	#	20,0			4	80,0		
Midtjylland	1.393	628	45,1	#	0,1	681	48,9	82	5,9
Nordjylland	637	291	45,7	3	0,5	275	43,2	68	10,7
Hovedstaden	453	191	42,2	#	0,4	207	45,7	53	11,7
Amager og Hvidovre Hospital	56	23	41,1			19	33,9	14	25,0
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	96	59	61,5			33	34,4	4	4,2
Bornholms Hospital	#					#	100,0		
Herlev og Gentofte Hospital	10	7	70,0			3	30,0		
Nordsjællands Hospital	122	76	62,3	#	1,6	37	30,3	7	5,7
Rigshospitalet, Blegdamsvej	166	25	15,1			113	68,1	28	16,9
Rigshospitalet, Glostrup	#	#	100,0						
Sjælland	865	290	33,5			497	57,5	78	9,0
Holbæk Sygehus	182	78	42,9			96	52,7	8	4,4
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	70	23	32,9			40	57,1	7	10,0
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F	172	68	39,5			92	53,5	12	7,0
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	441	121	27,4			269	61,0	51	11,6
Syddanmark	5	#	20,0			4	80,0		

	I alt	STEMI		BBBMI		NSTEMI		UAP	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Odense Universitetshospital, Svendborg	#	#	100,0						
Sydvestjysk Sygehus	#					#	100,0		
Sygehus Lillebælt	#					#	100,0		
Midtjylland	1.393	628	45,1	#	0,1	681	48,9	82	5,9
Aarhus Universitetshospital	386	181	46,9	#	0,5	173	44,8	30	7,8
Hospitalsenhed Midt	237	107	45,1			121	51,1	9	3,8
Regionshospitalet Gødstrup	309	141	45,6			152	49,2	16	5,2
Regionshospitalet Horsens	187	78	41,7			98	52,4	11	5,9
Regionshospitalet Randers	274	121	44,2			137	50,0	16	5,8
Nordjylland	637	291	45,7	3	0,5	275	43,2	68	10,7
Aalborg Universitetshospital	558	254	45,5	#	0,4	240	43,0	62	11,1
Regionshospital Nordjylland	79	37	46,8	#	1,3	35	44,3	6	7,6

Behandling med Magnyl, P2Y12 inhibitor og DOAK/VKA

Tabellen nedenfor viser andelen af patienter med AMI som har indløst recept på 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	6.768	71	4	11
Hovedstaden	1.917	69	4	11
Sjælland	1.165	71	4	12
Syddanmark	1.477	76	6	10
Midtjylland	1.488	66	5	11
Nordjylland	721	79	3	12
Hovedstaden	1.917	69	4	11
Amager og Hvidovre Hospital	297	68	1	11
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	237	68	6	9
Bornholms Hospital	58	28	2	29
Herlev og Gentofte Hospital	596	73	5	8
Nordsjællands Hospital	316	62	4	15
Rigshospitalet, Blegdamsvej	368	74	3	8
Rigshospitalet, Glostrup	45	71	2	9
Sjælland	1.165	71	4	12
Holbæk Sygehus	207	71	5	8
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	292	64	4	15
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F	203	65	3	14
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	463	78	3	11
Syddanmark	1.477	76	6	10
Odense Universitetshospital, Odense	307	78	6	9
Odense Universitetshospital, Svendborg	256	74	4	12
Sydvestjysk Sygehus	252	75	7	10
Sygehus Lillebælt	397	77	7	8
Sygehus Sønderjylland	265	74	6	11
Midtjylland	1.488	66	5	11
Aarhus Universitetshospital	444	71	5	13
Hospitalsenhed Midt	244	77	5	10
Regionshospitalet Gødstrup	325	35	2	11
Regionshospitalet Horsens	201	78	6	8
Regionshospitalet Randers	274	78	6	11

Enhed	I alt	Andel DAPT (%)	Andel triple terapi (%)	Andel magnyl/P2Y12 + DOAK/VKA (%)
Nordjylland	721	79	3	12
Aalborg Universitetshospital	654	79	3	12
Regionshospital Nordjylland	67	73	6	10

Indikator S15_16: Behandling med betablokker og/eller ACE-hæmmer

Tabellen nedenfor viser andelen af patienter med verificeret AMI og LVEF ≤ 40 , som har indløst recept på betablokker og/eller ACE-hæmmer/Angiotensin II receptorblokker senest 30 dage efter udskrivelse fra hospital.

Indikator S15_16: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF ≤ 40 , hvor der er indløst recept på betablokker eller ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal (%)	01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		2021/22
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		660 / 699	64 (8)	94,4	(92,5-96,0)	606 / 644	94,1	95,0
Hovedstaden		78 / 83	12 (13)	94,0	(86,5-98,0)	82 / 93	88,2	96,0
Sjælland		190 / 196	26 (12)	96,9	(93,5-98,9)	152 / 162	93,8	97,8
Syddanmark		#/#	1 (50)	0,0	(0,0-97,5)	#/#	66,7	100,0
Midtjylland		259 / 279	20 (7)	92,8	(89,1-95,6)	282 / 292	96,6	92,1
Nordjylland		133 / 140	5 (3)	95,0	(90,0-98,0)	88 / 94	93,6	100,0
Hovedstaden		78 / 83	12 (13)	94,0	(86,5-98,0)	82 / 93	88,2	96,0
Amager og Hvidovre Hospital		14 / 14	3 (18)	100,0	(76,8-100,0)	13 / 14	92,9	97,7
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital		17 / 18	2 (10)	94,4	(72,7-99,9)	21 / 24	87,5	95,5
Herlev og Gentofte Hospital		#/#	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	3 / 3	100,0	100,0
Nordsjællands Hospital		32 / 35	4 (10)	91,4	(76,9-98,2)	35 / 41	85,4	95,3
Rigshospitalet, Blegdamsvej		13 / 14	3 (18)	92,9	(66,1-99,8)	3 / 4	75,0	87,5
Rigshospitalet, Glostrup						7 / 7	100,0	100,0
Sjælland		190 / 196	26 (12)	96,9	(93,5-98,9)	152 / 162	93,8	97,8
Holbæk Sygehus		44 / 45	7 (13)	97,8	(88,2-99,9)	22 / 23	95,7	100,0
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse		15 / 15	2 (12)	100,0	(78,2-100,0)	18 / 18	100,0	100,0
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F		44 / 45	11 (20)	97,8	(88,2-99,9)	9 / 9	100,0	100,0

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		2021/22
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Sjællands Universitetshospital, Roskilde		87 / 91	6 (6)	95,6	(89,1-98,8)	103 / 112	92,0	90,0
Syddanmark		## / #	1 (50)	0,0	(0,0-97,5)	## / #	66,7	100,0
Odense Universitetshospital, Odense								100,0
Odense Universitetshospital, Svendborg		## / #	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)	## / #	100,0	
Sygehus Lillebælt		0 / 0	1 (100)			## / #	100,0	100,0
Sygehus Sønderjylland						## / #	0,0	100,0
Midtjylland		259 / 279	20 (7)	92,8	(89,1-95,6)	282 / 292	96,6	92,1
Aarhus Universitetshospital		68 / 71	5 (7)	95,8	(88,1-99,1)	91 / 96	94,8	90,2
Hospitalsenhed Midt		44 / 47	1 (2)	93,6	(82,5-98,7)	51 / 52	98,1	100,0
Hospitalsenheden Vest								100,0
Regionshospitalet Gødstrup		54 / 65	8 (11)	83,1	(71,7-91,2)	48 / 50	96,0	
Regionshospitalet Horsens		41 / 43	4 (9)	95,3	(84,2-99,4)	39 / 41	95,1	93,5
Regionshospitalet Randers		52 / 53	2 (4)	98,1	(89,9-100,0)	53 / 53	100,0	85,7
Nordjylland		133 / 140	5 (3)	95,0	(90,0-98,0)	88 / 94	93,6	100,0
Aalborg Universitetshospital		109 / 115	2 (2)	94,8	(89,0-98,1)	66 / 71	93,0	100,0
Regionshospital Nordjylland		24 / 25	3 (11)	96,0	(79,6-99,9)	22 / 23	95,7	100,0

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	Ja, patienten accepterer		Ja, patienten afslår		Nej, ikke relevant	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Danmark	3.353	2.809	83,8	99	3,0	445	13,3
Hovedstaden	453	389	85,9	11	2,4	53	11,7
Sjælland	865	749	86,6	8	0,9	108	12,5
Syddanmark	5	4	80,0			#	20,0
Midtjylland	1.393	1.144	82,1	59	4,2	190	13,6
Nordjylland	637	523	82,1	21	3,3	93	14,6
Hovedstaden	453	389	85,9	11	2,4	53	11,7
Amager og Hvidovre Hospital	56	45	80,4			11	19,6
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	96	85	88,5	4	4,2	7	7,3
Bornholms Hospital	#	#	100,0				
Herlev og Gentofte Hospital	10	10	100,0				
Nordsjællands Hospital	122	91	74,6	5	4,1	26	21,3
Rigshospitalet, Blegdamsvej	166	155	93,4	#	1,2	9	5,4
Rigshospitalet, Glostrup	#	#	100,0				
Sjælland	865	749	86,6	8	0,9	108	12,5
Holbæk Sygehus	182	158	86,8	#	1,1	22	12,1
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	70	63	90,0			7	10,0
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F	172	134	77,9			38	22,1
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	441	394	89,3	6	1,4	41	9,3

	I alt	Ja, patienten accepterer		Ja, patienten afslår		Nej, ikke relevant	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Syddanmark	5	4	80,0			#	20,0
Odense Universitetshospital, Svendborg	#	#	100,0				
Sydvestjysk Sygehus	#	#	100,0				
Sygehus Lillebælt	#	#	50,0			#	50,0
Midtjylland	1.393	1.144	82,1	59	4,2	190	13,6
Aarhus Universitetshospital	386	305	79,0	6	1,6	75	19,4
Hospitalsenhed Midt	237	226	95,4	4	1,7	7	3,0
Regionshospitalet Gødstrup	309	224	72,5	27	8,7	58	18,8
Regionshospitalet Horsens	187	158	84,5	10	5,3	19	10,2
Regionshospitalet Randers	274	231	84,3	12	4,4	31	11,3
Nordjylland	637	523	82,1	21	3,3	93	14,6
Aalborg Universitetshospital	558	466	83,5	20	3,6	72	12,9
Regionshospital Nordjylland	79	57	72,2	#	1,3	21	26,6

Køn, alder og Charlson Comorbidity Index

STEMI

	I alt	Andel kvinder (%)	Andel 80+ år (%)	Andel CCI 0 (%)	Andel CCI 1-2 (%)	Andel CCI 3+ (%)
Danmark	2.919	26	17	60	28	12
Hovedstaden	702	25	15	61	26	13
Sjælland	491	25	16	60	29	11
Syddanmark	624	27	16	59	28	13
Midtjylland	704	29	21	59	29	13
Nordjylland	371	24	19	62	28	10

CCI: Charlson Comorbidity Index

NSTEMI

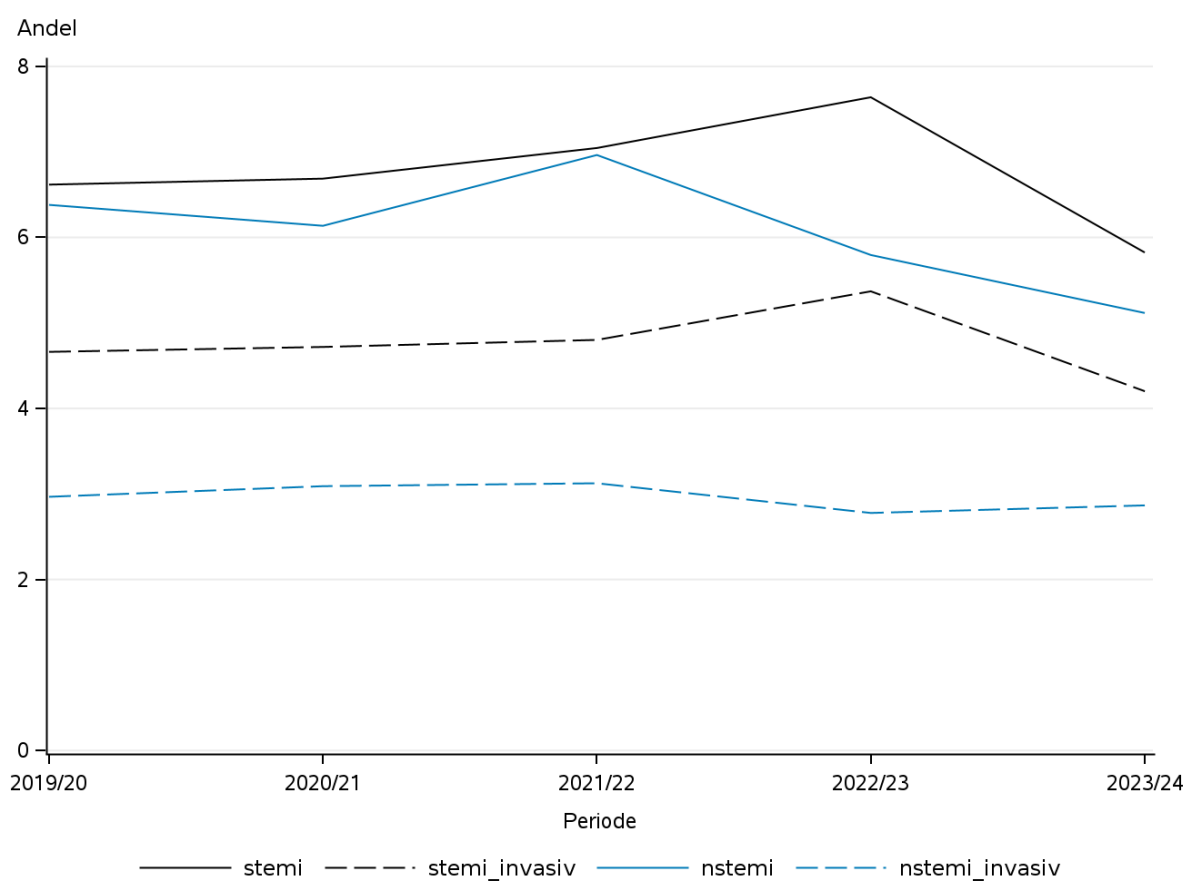
Enhed	I alt	Andel kvinder (%)	Andel 80+ år (%)	Andel CCI 0 (%)	Andel CCI 1-2 (%)	Andel CCI 3+ (%)
Danmark	3.909	33	25	45	34	21
Hovedstaden	1.153	34	26	42	35	23
Sjælland	758	34	28	43	36	21
Syddanmark	815	30	22	48	33	19
Midtjylland	790	35	25	46	33	21
Nordjylland	360	32	26	46	33	21

CCI: Charlson Comorbidity Index

Andel af patienter som dør indenfor 30 dage (fælles figur 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.

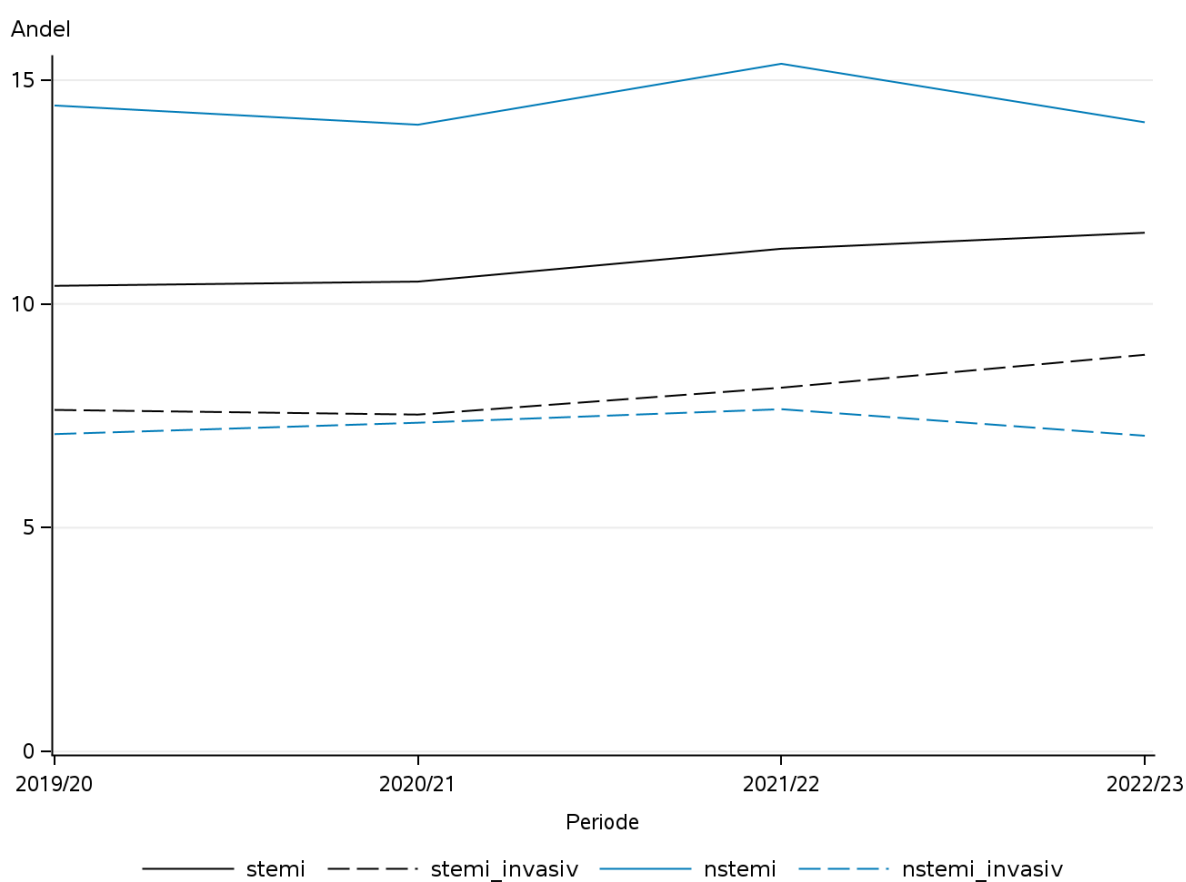
Indikator 18: Andel af patienter som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC). Hele landet.



Andel af patienter som dør indenfor 1 år (fælles figur 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 $\leq$ 365 dage efter First Medical Contact (FMC). Hele landet.



Dækningsgrad for akut myokardieinfarkt (AMI)

Dækningsgrad for AMI

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		2021/22
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		3.323 / 7.379	0 (0)	45,0	(43,9-46,2)	2.975 / 7.818	38,1	18,3
Hovedstaden		475 / 2.146	0 (0)	22,1	(20,4-24,0)	415 / 2.265	18,3	26,4
Sjælland		844 / 1.271	0 (0)	66,4	(63,7-69,0)	692 / 1.433	48,3	15,2
Syddanmark		5 / 1.532	0 (0)	0,3	(0,1-0,8)	6 / 1.610	0,4	0,7
Midtjylland		1.414 / 1.659	0 (0)	85,2	(83,4-86,9)	1.375 / 1.739	79,1	33,6
Nordjylland		585 / 771	0 (0)	75,9	(72,7-78,9)	487 / 771	63,2	3,4
Hovedstaden		475 / 2.146	0 (0)	22,1	(20,4-24,0)	415 / 2.265	18,3	26,4
Amager og Hvidovre Hospital		46 / 316	0 (0)	14,6	(10,9-18,9)	74 / 362	20,4	38,3
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital		111 / 271	0 (0)	41,0	(35,0-47,1)	127 / 305	41,6	73,6
Bornholms Hospital		#/#	0 (0)	3,0	(0,4-10,5)	4 / 100	4,0	1,0
Herlev og Gentofte Hospital		10 / 621	0 (0)	1,6	(0,8-2,9)	15 / 663	2,3	6,9
Nordsjællands Hospital		141 / 363	0 (0)	38,8	(33,8-44,1)	148 / 358	41,3	39,3
Rigshospitalet, Blegdamsvej		164 / 463	0 (0)	35,4	(31,1-40,0)	24 / 313	7,7	10,0
Rigshospitalet, Glostrup		#/#	0 (0)	2,2	(0,1-11,5)	23 / 164	14,0	17,7
Sjælland		844 / 1.271	0 (0)	66,4	(63,7-69,0)	692 / 1.433	48,3	15,2
Holbæk Sygehus		180 / 224	0 (0)	80,4	(74,5-85,3)	100 / 267	37,5	7,9
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse		75 / 317	0 (0)	23,7	(19,1-28,7)	107 / 358	29,9	29,9
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F		175 / 229	0 (0)	76,4	(70,4-81,8)	32 / 316	10,1	6,4
Sjællands Universitetshospital, Roskilde		414 / 501	0 (0)	82,6	(79,0-85,9)	453 / 492	92,1	14,4
Syddanmark		5 / 1.532	0 (0)	0,3	(0,1-0,8)	6 / 1.610	0,4	0,7
Odense Universitetshospital, Odense		0 / 329	0 (0)	0,0	(0,0-1,1)	0 / 381	0,0	0,7

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		2021/22
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Odense Universitetshospital, Svendborg		#/#	0 (0)	0,4	(0,0-2,1)	3 / 279	1,1	0,0
Sydvestjysk Sygehus		#/#	0 (0)	0,8	(0,1-2,7)	0 / 244	0,0	0,4
Sygehus Lillebælt		#/#	0 (0)	0,5	(0,1-1,8)	#/#	0,5	1,4
Sygehus Sønderjylland		0 / 275	0 (0)	0,0	(0,0-1,3)	#/#	0,3	0,6
Midtjylland		1.414 / 1.659	0 (0)	85,2	(83,4-86,9)	1.375 / 1.739	79,1	33,6
Aarhus Universitetshospital		366 / 498	0 (0)	73,5	(69,4-77,3)	430 / 462	93,1	64,7
Hospitalsenhed Midt		245 / 264	0 (0)	92,8	(89,0-95,6)	276 / 295	93,6	20,2
Hospitalsenheden Vest								4,8
Regionshospitalet Gødstrup		317 / 362	0 (0)	87,6	(83,7-90,8)	157 / 412	38,1	7,7
Regionshospitalet Horsens		202 / 230	0 (0)	87,8	(82,9-91,8)	223 / 258	86,4	78,2
Regionshospitalet Randers		284 / 305	0 (0)	93,1	(89,7-95,7)	289 / 312	92,6	7,0
Nordjylland		585 / 771	0 (0)	75,9	(72,7-78,9)	487 / 771	63,2	3,4
Aalborg Universitetshospital		510 / 695	0 (0)	73,4	(69,9-76,6)	406 / 687	59,1	3,7
Regionshospital Nordjylland		75 / 76	0 (0)	98,7	(92,9-100,0)	81 / 84	96,4	2,3

Dækningsgrad for ustabil angina pectoris (UAP)

Dækningsgrad for UAP

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		2021/22
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		310 / 1.055	0 (0)	29,4	(26,6-32,2)	207 / 1.053	19,7	10,4
Hovedstaden		64 / 488	0 (0)	13,1	(10,2-16,4)	27 / 431	6,3	11,3
Sjælland		87 / 187	0 (0)	46,5	(39,2-53,9)	75 / 289	26,0	8,9
Syddanmark		0 / 140	0 (0)	0,0	(0,0-2,6)	0 / 146	0,0	0,0
Midtjylland		90 / 140	0 (0)	64,3	(55,8-72,2)	56 / 111	50,5	28,7
Nordjylland		69 / 100	0 (0)	69,0	(59,0-77,9)	49 / 76	64,5	1,1
Hovedstaden		64 / 488	0 (0)	13,1	(10,2-16,4)	27 / 431	6,3	11,3
Amager og Hvidovre Hospital		17 / 115	0 (0)	14,8	(8,9-22,6)	9 / 132	6,8	12,5
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital		5 / 31	0 (0)	16,1	(5,5-33,7)	8 / 37	21,6	55,2
Bornholms Hospital		0 / 20	0 (0)	0,0	(0,0-16,8)	0 / 13	0,0	0,0
Herlev og Gentofte Hospital		0 / 185	0 (0)	0,0	(0,0-2,0)	0 / 151	0,0	5,9
Nordsjællands Hospital		9 / 55	0 (0)	16,4	(7,8-28,8)	6 / 40	15,0	4,3
Rigshospitalet, Blegdamsvej		33 / 76	0 (0)	43,4	(32,1-55,3)	#/#	5,0	12,0
Rigshospitalet, Glostrup		0 / 6	0 (0)	0,0	(0,0-45,9)	#/#	11,1	7,1
Sjælland		87 / 187	0 (0)	46,5	(39,2-53,9)	75 / 289	26,0	8,9
Holbæk Sygehus		9 / 12	0 (0)	75,0	(42,8-94,5)	5 / 72	6,9	2,4
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse		9 / 63	0 (0)	14,3	(6,7-25,4)	8 / 64	12,5	14,0
Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F		14 / 34	0 (0)	41,2	(24,6-59,3)	4 / 85	4,7	4,8
Sjællands Universitetshospital, Roskilde		55 / 78	0 (0)	70,5	(59,1-80,3)	58 / 68	85,3	10,9
Syddanmark		0 / 140	0 (0)	0,0	(0,0-2,6)	0 / 146	0,0	0,0
Odense Universitetshospital, Odense		0 / 31	0 (0)	0,0	(0,0-11,2)	0 / 38	0,0	0,0

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		2021/22
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Odense Universitetshospital, Svendborg		0 / 33	0 (0)	0,0	(0,0-10,6)	0 / 45	0,0	0,0
Sydvestjysk Sygehus		0 / 14	0 (0)	0,0	(0,0-23,2)	0 / 12	0,0	0,0
Sygehus Lillebælt		0 / 46	0 (0)	0,0	(0,0-7,7)	0 / 37	0,0	0,0
Sygehus Sønderjylland		0 / 16	0 (0)	0,0	(0,0-20,6)	0 / 14	0,0	0,0
Midtjylland		90 / 140	0 (0)	64,3	(55,8-72,2)	56 / 111	50,5	28,7
Aarhus Universitetshospital		31 / 47	0 (0)	66,0	(50,7-79,1)	13 / 20	65,0	61,0
Hospitalsenhed Midt		10 / 12	0 (0)	83,3	(51,6-97,9)	15 / 17	88,2	17,2
Hospitalsenheden Vest								4,3
Regionshospitalet Gødstrup		16 / 28	0 (0)	57,1	(37,2-75,5)	4 / 33	12,1	0,0
Regionshospitalet Horsens		13 / 26	0 (0)	50,0	(29,9-70,1)	6 / 18	33,3	64,3
Regionshospitalet Randers		20 / 27	0 (0)	74,1	(53,7-88,9)	18 / 23	78,3	3,7
Nordjylland		69 / 100	0 (0)	69,0	(59,0-77,9)	49 / 76	64,5	1,1
Aalborg Universitetshospital		63 / 94	0 (0)	67,0	(56,6-76,4)	44 / 71	62,0	1,2
Regionshospital Nordjylland		6 / 6	0 (0)	100,0	(54,1-100,0)	5 / 5	100,0	0,0

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/visitation samt akut behandling.

Patienter med bryst smerter 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 vævsdød i myokardiet, dvs. AMI, eller om udviklingen begrænses til reversibel myokardieiskæmi uden vævsdød, 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 bidiagnose i Landspatientregisteret (LPR):

- I200* Ustabil angina pectoris
- I21* Akut myokardieinfarkt
- I249* Akut iskæmisk hjertesygdom UNS

* Inkl. alle underkoder

Patienter som opfylder inklusionskriterierne skal indberettes til databasen via den etablerede webservice eller via et dedikeret indtastningssystem (KIP). 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" (Patienten har fået en AKS-diagnose i LPR under indlæggelsesforløbet, som efter endt iskæmiudredning frafaldes).

Der henvises til Appendiks (se side 112) 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://www.rkkp.dk/siteassets/de-kliniske-kvalitetsdatabaser/databaser/danaks/ny-danaks/2018-05-14-dokumentalistrapport-for-akut-koronart-syndrom_final.pdf) for en gennemgang af baggrunden for de enkelte kvalitetsindikatorer.

Datagrundlag

Indberetning til databasen

Indberetning til DanAKS kan ske enten via databasens webservice direkte fra regionernes EPJ-systemer eller ved dedikeret indberetning i KIP. 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. Region Syddanmark har siden maj 2022 tilsvarende indtastet data i SFI'er til databasen, men modulet til indlevering af data til webservice er endnu ikke udviklet i denne region. De få forløb, som fremgår for Region Syddanmark i den aktuelle opgørelsesperiode, er blevet indberettet til DanAKS af hospitaler i en af de øvrige fire regioner og efterfølgende tilskrevet den sidste hjerteafdeling i det sammenhængende indlæggelsesforløb.

Datakomplethed

Datakompletheden for indikatorerne, som er baseret på indberettede forløb (indikator 12, 15, 16 og 17), er høj. For indikator 12 (EKKO) og indikator 17 (hjerterehabilitering) er der ingen af de relevante indberettede forløb, som mangler oplysninger for at kunne indgå i indikatorberegningen. For indikator 15 (betablokker) og indikator 16 (ACE-hæmmer) er der på landsplan 8% af de relevante 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 (3-13%) og hospitaler (1-21%) for disse to indikatorer.

De øvrige indikatorer i årsrapporten er baseret på data fra nationale registre og andre kvalitetsdatabaser (Dansk Hjerteregister og Præhospitalsdatabasen), og uoplyst er ikke muligt i disse indikatorer. De nationale sundhedsregistre antages per definition at være komplette. Såfremt en patient fra DanAKS ikke kan findes i Præhospitalsdatabasen antages det, at patienten ikke har været transporteret i ambulance eller helikopter. Dette har dog vist sig ikke at være korrekt, da Præhospitalsdatabasen kun medtager patienter, hvor der er ringet 112. Tilsvarende antages det, at en patient ikke er invasivt behandlet, hvis patienten ikke findes i Dansk Hjerteregister med en procedurekode for PCI eller CABG.

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 12).

Data i den aktuelle rapport

Årsrapporten 2024 indeholder data for det aktuelle opgørelsesår 1. juli 2023 – 30. juni 2024 samt de to foregående år. Rapportens analyser er baseret på dataudtræk foretaget d. 17. september 2024.

Styregruppens medlemmer

Titel/navn	Arbudssted	Fagligt selskab/region
Formandskab		
Professor, overlæge, dr.med., ph.d. Christian Juhl Terkelsen	Aarhus Universitetshospital	DCS Region Midtjylland
Medlemmer		
Overlæge, ph.d. Carsten Stengaard (Evidensspecialist)	Aarhus Universitetshospital	DCS Region Midtjylland
Overlæge Lia E. Bang	Rigshospitalet	DCS Region Hovedstaden
Overlæge Frants Pedersen	Rigshospitalet	DCS Region Hovedstaden
Klinisk sygeplejespecialist, ph.d. Pernille Palm	Rigshospitalet	FS K&T / DASYS Region Hovedstaden
Overlæge, ph.d. Michael Mundt Ottesen	Sjællands Universitetshospital, Roskilde	DCS Region Sjælland
Ledende overlæge Suzette Krohn Therkelsen	Holbæk Sygehus	DCS Region Sjælland
Overlæge Martin Kirk Christensen	Aalborg Universitetshospital	DCS Region Nordjylland
Overlæge, ph.d. 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
Lene Birgit Svanberg Skov		Patientrepræsentant
Christian Joshua Korsgaard		Patientrepræsentant
Klinisk epidemiolog, ph.d. Camilla Plambeck Hansen	RKKP's Videncenter – Afdeling for databaseområde 1: Hjerte/kar, Kirurgi og Akutområdet	Klinisk epidemiolog
Kvalitetskonsulent, ph.d. Anne Nakano	RKKP's Videncenter – Afdeling for databaseområde 1: Hjerte/kar, Kirurgi og Akutområdet Region Midtjylland	Kontaktperson og Repræsentant for dataansvarlig myndighed
Datamanager Carsten Agger	RKKP's Videncenter – Afdeling for databaseområde 1: Hjerte/kar, Kirurgi og Akutområdet	Datamanager

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 NSTE-AKS (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 91).

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 (SHAK / SOR-kode):

- Rigshospitalet: 1301 / 8031000016007
- Odense Universitetshospital: 4202 / 237891000016004 (eksklusiv 420273 / 486481000016009 (OUH Medicinsk Afdeling M (Svendborg)) og 420277 / 486331000016000 (OUH Fælles AkutModtagelse (Svendborg))
- Aarhus Universitetshospital: 6620 / 404261000016009
- Aalborg Universitetshospital: 8001 / 275421000016009

Oversigt over akutte hjertemodtagelser i de fem regioner

De fem regioner har hver især meddelt, 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: 5000501 (SHS Hjertesygdomme Sengeafsnit (Aabenraa)), 547801000016004 (SOR kode) (FAM Hjertemedicinsk Sengeafsnit)

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 (Hjr Hjertemedicin Akut Ambulatorium)

Regionale kommentarer

[Der er ikke modtaget kommentarer til indsættelse i årsrapporten fra nogen af de fem regioner]

