

Databasespecifikation

Dansk Hjertesvigtdatabase

DHD

Version: 1.0

Dato: 24. september 2025



Sundhedsvæsenets
Kvalitetsinstitut

Indholdsfortegnelse

Introduktion	4
Formål for Dansk Hjertesvigtdatabase	4
Databasens historie	4
Datagrundlag	5
Opgørelsesperiode	5
Organisatorisk afgrænsning	5
Datakilder anvendt i databasen	6
Populationsbeskrivelse	7
Teknisk specifikation	7
Inklusionskriterier	7
Eksklusionskriterier	8
Operationalisering af inklusionskriterier	8
Tilbagemeldingsskema	9
Flowchart for in- og eksklusion i databasen	10
Indikatoroversigt	11
Officielle indikatorer	11
Supplerende indikatorer	12
Indikatorspecifikation	14
Indikator 1: ACE/ARB/ARNI	14
Indikator 2: Betablokker	15
Indikator 3: MRA	16
Indikator 4: SGLT2-inhib.	17
Indikator 5: Fysisk træning	18
Indikator 6: 1 års dødelighed, indlagte	20
Indikator 7: 1 års dødelighed, ambulante	21
Indikator 8: Opfølgning: EKKO	22
Indikator 9: Opfølgning: ARNI	23
Indikator 10suppl: Genindlæggelse	24
Indikator 11suppl.: Opfølgning ACE/ARB/ARNI	25
Indikator 12suppl: Opfølgning: Betablokker	26
Indikator 13suppl.: Opfølgning: MRA	27
Indikator 14suppl.: Opfølgning: SGLT2-inhib.	28
Supplerende opgørelser	29
Dækningsgrad	29
Overensstemmelsesgrad	30

Appendiks	31
Forkortelser	32
Prognostiske faktorer	33
AMI.....	33
Atrieflimren.....	33
Diabetes.....	33
eGFR	34
Hypertension.....	34
KOL.....	35
Stroke.....	35
Registreringsskema	36
Definition af variable, der skal indberettes via KIP	37
Tilbage meldingsskema	38
Ændringslog.....	39

Introduktion

De kliniske kvalitetsdatabaser har til formål at belyse kvaliteten af den sundhedsfaglige behandling og bidrage til at forbedre sundhedsvæsenets indsatser og resultater. Databaserne skal således bidrage til, at patienter og borgere får udredning, behandling, pleje og rehabilitering af høj og ensartet kvalitet uanset, hvor i landet de bor, og i hvilken sektor indsatsen foregår.

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) står for drift og udvikling af kvalitetsdatabaserne og skal sikre, at databasernes indhold er godkendt af Sundhedsdatastyrelsen.

Dette dokument beskriver populationsafgrænsning, organisatorisk afgrænsning, indikatorer samt en beskrivelse af hvilke datakilder og variable, der benyttes i indikatorberegningerne.

Formål for Dansk Hjertesvigtdatabase

At overvåge og forbedre kvaliteten af behandling og pleje til alle patienter i Danmark med hjertesvigt i henhold til de opstillede in- og eksklusionskriterier. Dette ved løbende opdateringer af evidensen for behandlingen af hjertesvigt via evidensrapport for sygdomsområdet.

Databasens historie

Dansk Hjertesvigtdatabase blev etableret i 2001 i regi af Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) og har været i landsdækkende drift siden 2003. I 2012 blev NIP ændret til en landsdækkende organisation af kliniske kvalitetsdatabaser: Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Det Nationale Indikatorprojekt for Hjertesvigt skiftede da navn til Dansk Hjertesvigtdatabase (DHD).

Styregruppen i DHD er tværfagligt sammensat med læger, sygeplejersker, fysioterapeut, diætist og to patientrepræsentanter. Der er lægefaglig repræsentation fra alle fem regioner samt fra almen praksis. Det er styregruppen, der løbende udvælger et sæt af indikatorer med tilhørende udviklingsmål til måling af kvaliteten af de sundhedsfaglige kerneydelser til patienter med hjertesvigt. Indikatorerne i DHD vedrører udelukkende kvaliteten af sundhedsfaglige ydelser i hospitalsregi.

I 2017 blev det aftalt mellem Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation (PLO), at almen praksis også skal indberette data for patienter med hjertesvigt til DHD. Aktuelt modtages data fra almen praksis og et valideringsarbejde er påbegyndt, inden data vil kunne indgå i indikatorberegninger.

Datagrundlag

Opgørelsesperiode

Opgørelsesperioden går fra 1. juli til og med 30. juni.

Organisatorisk afgrænsning

Indberetning til DHD vedrører alle patienter med incident hjertesvigt, der har en kontakt på en kardiologisk sengeafdeling, kardiologisk ambulatorium eller på en decideret hjertesvigt-klinik. Enhederne varetager den primære behandling og kontrol af patienten med hjertesvigt. Alle enheder, der indberetter til databasen, benævnes dataindberettende enheder.

Data afrapporteres til samme enheder, som der modtages data fra – med mindre andet er aftalt med de enkelte enheder. Dataindberettende enheder findes på følgende hospitaler:

Region	Hospital
Region Hovedstaden	Amager og Hvidovre Hospital
	Bispebjerg og Frederiksbjerg Hospital
	Bornholms Hospital
	Herlev og Gentofte Hospital
	Hospitalet i Nordsjælland
Region Sjælland	Holbæk Sygehus
	Nykøbing Falster Sygehus
	Næstved Sygehus
	Sjællands Universitetshospital
	Slagelse Sygehus
Region Syddanmark	Esbjerg og Grindsted Sygehus
	Odense Universitetshospital
	Svendborg Sygehus
	Sygehus Lillebælt, Kolding
	Sygehus Lillebælt, Vejle
	Sygehus Sønderjylland
Region Midtjylland	Aarhus Universitetshospital
	Hospitalsenhed Midt, Silkeborg
	Hospitalsenhed Midt, Viborg
	Regionshospitalet Gødstrup

Region Nordjylland	Regionshospitalet Horsens
	Regionshospitalet Randers
	Aalborg Universitetshospital
	Aalborg Universitetshospital, Hobro
	Aalborg Universitetshospital, Thisted
	Regionshospitalet Nordjylland, Hjørring

Datakilder anvendt i databasen

Datakilderne til Dansk Hjertesvigtdatabase udgøres af følgende:

- **Registre**
 - Det Centrale Personregister (CPR)
 - Landpatientregisteret (LPR)
 - Den Nationale Laboratedatabase (Labdata)
 - Lægemiddelstatistikregisteret (LSR)
- **Direkte dataindtastning**
 - Kvalitets Indberetnings Platform (KIP)
 - Klinisk Måle System (KMS) – til historiske data
- **Data fra andre godkendte kliniske kvalitetsdatabaser**
 - Atrieflimren i Danmark (AFDK)
 - Dansk Register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (DrKOL)
 - Dansk Stroke Register (DanStroke)

Populationsbeskrivelse

Patientpopulationen i Dansk Hjertesvigtdatabase udgøres af alle patienter lig eller over 18 år med førstegangsregistreret (incident) hjertesvigt diagnosticeret under indlæggelse eller ambulant i hospitalsregi.

Patientforløb skal indberettes til DHD ud fra følgende kriterier:

1. Symptomer på hjertesvigt i hvile og/eller ved anstrengelse og,
2. Objektive tegn på hjertedysfunktion; enten reduceret systolisk funktion og/eller diastolisk dysfunktion/forhøjet fyldningstryk samt evt.
3. Klinisk bedring som respons på specifik hjertesvigtsbehandling.

Der skal svares "ja" til udsagn 1 og udsagn 2 og evt. udsagn 3 for at inkludere patienten i DHD.

Ved symptomer forstås:

- At patienten har dyspnø i hvile og/eller ved anstrengelse
- At patienten har øget træthedsfølelse
- At patienten har tegn på væskeretention

Teknisk specifikation

Databasens population dannes på baggrund af direkte dataindtastninger til indberetningssystemet KIP (Kvalitets Indberetnings Platform). Patienter, der opfylder databasens inklusionskriterier, og som har en kontakt på en kardiologisk sengeafdeling, ambulatorium eller på en hjertesvigtklinik skal indberettes.

Der tages udgangspunkt i databasens registreringsskema (se [appendiks](#)), hvor patientens CPR nr. og dato for indlæggelse eller dato for første ambulante kontakt registreres.

Inklusionskriterier

Første gang en patient har en af følgende diagnoser som aktionsdiagnose (a-diagnose) ved udskrivelse/ambulant kontakt:

- D11.0 Incompensatio cordis hypertensiva
- D113.0 Morbus cordis hypertensivus et morbus hypertensivus realist med hjertesvigt
- D113.2 Morbus cordis hypertensivus et morbus hypertensivus renalis med hjertesvigt og nyresvigt
- D142.0 Cardiomyopathia congestive
- D142.6 Cardiomyopathia alcoholica
- D142.7 Cardiomyopathia forårsaget af medikamina eller andre ydre påvirkninger
- D142.9 Cardiomyopathia uden specification
- D150.0 Incompensatio cordis congestive
- D150.1 Incompensatio cordis sinistri
- D150.1B Kardialt lungeødem
- D150.1E Venstresidig hjerteinsufficiens med bevaret ejection fraction (HFpEF)
- D150.1F Venstresidig hjerteinsufficiens med mid range ejection fraction (HFmrEF)
- D150.1G Venstresidig hjerteinsufficiens med reduceret ejection fraction (HFrEF)
- D150.9 Hjerterinsufficiens uden specification

Eksklusionskriterier

- Patienter med tidligere kendt og korrekt diagnosticeret og behandlet hjertesvigt, som ved en åbenlys fejl ikke har fået aktionsdiagnosen (a-diagnosen) hjertesvigt.
- Patienter med akut myokardieinfarkt (AMI) med nedsat ejection fraction (EF/LVEF), hvor AMI er a-diagnosen. Bemærk: Såfremt patienten ved opfølgning i ambulatoriet på et senere tidspunkt får en hjertesvigtsdiagnose som a-diagnose, skal patienten indberettes til DHD.
- Patienter med hjertesvigt sekundært til ikke-korrigerbar strukturel hjertesygdom.
- Patienter med hjertesvigt sekundært til alle former for hjerteklapsygdomme. (Såfremt patienten efter en operation for en klapsygdom får hjertesvigt, opstår en ny situation, og patienten bør da efter en faglig vurdering indgå i DHD).
- Patienter, der både har hurtig hjerterytme (ofte atrieflimren) og hjertesvigt, skal i hvert enkelt tilfælde vurderes af en kardiolog. Hvis primær årsag til hjertesvigt vurderes til at være hurtig hjerterytme, skal patienten ekskluderes.
Bemærk: Hvis det vurderes, at det drejer sig om hjertesvigt, hvor atrieflimren er sekundært til hjertesvigt, skal patienten indberettes til DHD.
- Patienter med cor pulmonale
- Patienter med isoleret højresidigt hjertesvigt
- Patienter med hjertesvigt, som er blevet diagnosticeret og behandlet hos privatpraktiserende læge i kardiologi forud for første indlæggelse/ambulante kontakt.

Operationalisering af inklusionskriterier

Det har vist sig vanskeligt at identificere patienter med incident hjertesvigt på baggrund af diagnosekodning i LPR. Ligesom antal indberetninger for de forskellige afdelinger og regioner indikerer, er der markante intra- og interregionale forskelle i indberetningsmønsteret.

Helt overordnet kræver det kardiologisk ekspertise at vurdere, om en given patient opfylder inklusionskriterierne. Patienter bør derfor først indberettes til DHD, når der foreligger vurdering af, at inklusionskriterierne er opfyldt fra kliniker med kardiologisk ekspertise.

Det anbefales, at følgende metode anvendes med henblik på at få en mere korrekt og ensartet indberetning til DHD fra alle dele af landet:

1. I Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut indhentes oplysninger om alle patienter (behandlet enten ambulant eller indlagt) kodet med en af de inklusionsgivende aktionsdiagnoser i LPR.
2. Herefter findes patienternes allerførste kontakt i udtrækket. Patienterne antages at være incidente, når der ikke er en tidligere kontakt med sygehuset (enten som indlagt eller ambulant kontakt) med inklusionsgivende aktionsdiagnose.
3. Disse incidente patienter samkøres med indberetninger til DHD mhp. at beregne databasens dækningsgrad og overensstemmelsesgrad:
 - a. Patientforløbet er indberettet til DHD og kan genfindes i udtrækket fra LPR (dækningsgraden er opfyldt)
 - b. Patientforløbet findes i LPR-udtrækket men ikke kan genfindes i DHD (dækningsgraden er ikke opfyldt)
 - c. Patientforløbet findes i DHD men ikke kan genfindes i LPR med relevant aktionsdiagnose (overensstemmelsesgraden er ikke opfyldt)

4. I regionernes ledelsesinformationssystemer (LIS) præsenteres den aktuelle dækningsgrad, overensstemmelsesgrad samt indikatorresultater. Afdelingerne kan se egne resultater.
5. Hvis patientforløb fremgår på dækningsgradsopgørelsen som ikke-opfyldt, gennemgås disse på afdelingen mhp. vurdering af, om inklusionskriterierne til DHD er opfyldt. Hvis inklusionskriterierne vurderes at være opfyldt, indberettes patientforløbene til DHD. Er det derimod ikke tilfældet, skal forløbene fjernes fra oversigten ved hjælp af et tilbagemeldingsskema.
6. Hvis patientforløb fremgår på oversigten over overensstemmelsesgrad som ikke-opfyldt, må disse også gennemgås mhp. vurdering af inklusionskriterier til DHD. Er inklusionen korrekt, må indberetningen til LPR revideres. Hvis indberetningen var en fejl, må de indberettede skemaer genåbnes og slettes.

Tilbagemeldingsskema

Ifald der fremgår patientforløb på oversigten over dækningsgrad, som ikke opfylder databasens inklusionskriterier, kan disse fjernes ved at indberette et tilbagemeldingsskema (se [appendiks](#)). Når et tilbagemeldingsskema indberettes, skal følgende angives:

- Patientens CPR nr.
- Indlæggelsesdato eller dato for ambulant kontakt
- Årsag til at patienten ikke skal indberettes til DHD.

En af følgende årsager skal angives:

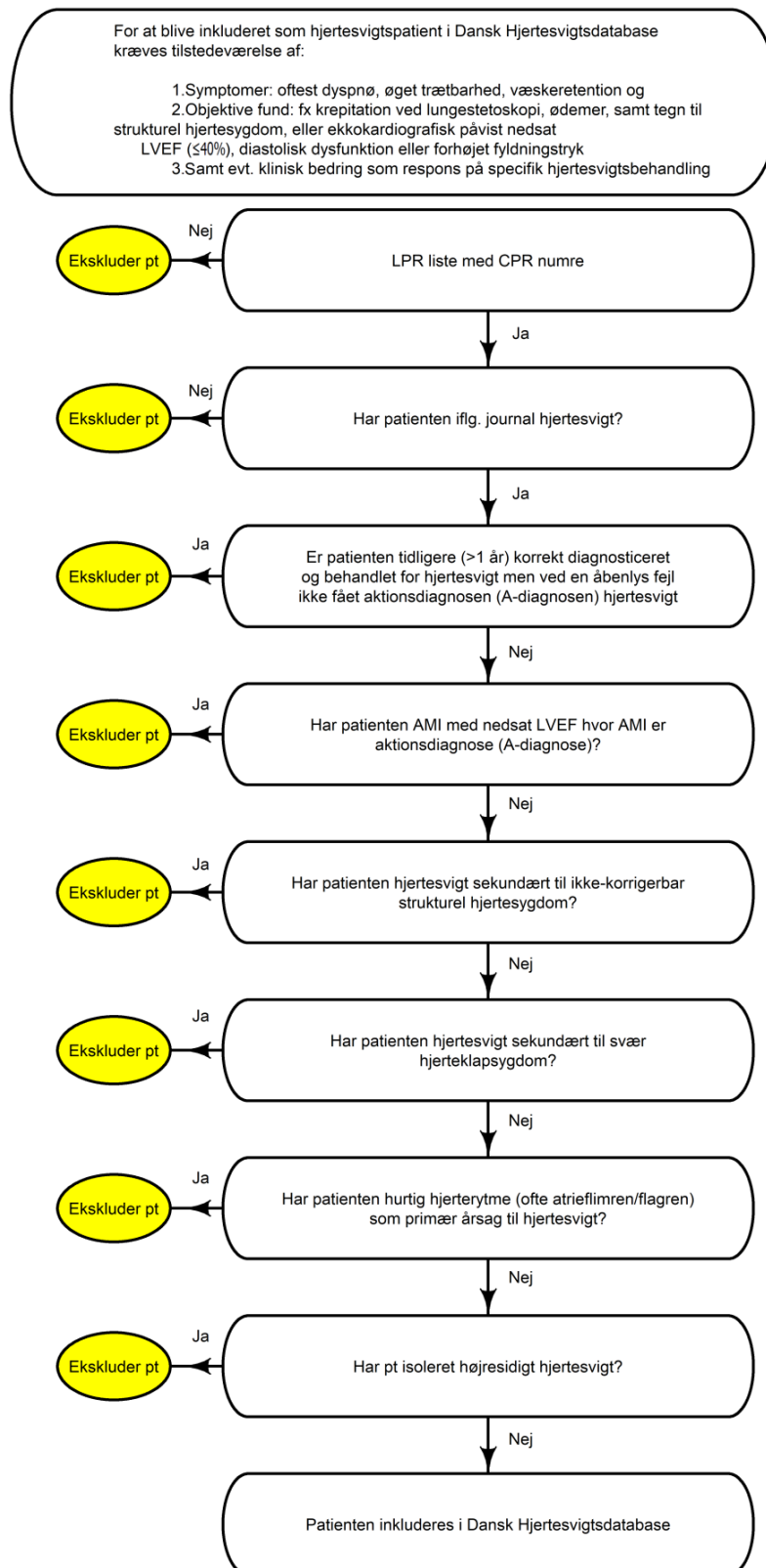
- Patienten har tidligere kendt og korrekt diagnosticeret og behandlet hjertesvigt
- Patienter med akut myokardieinfarkt (AMI) med nedsat ejection fraction (EF/LVEF), hvor AMI er aktionsdiagnosen
- Patienten har ikke korrigerbar strukturel hjertesygdom og deraf følgende hjertesvigt
- Primær årsag til hjertesvigt er hjerteklapsygdom og deraf følgende hjertesvigt
- Primær årsag til hjertesvigt er hurtig hjerterytm (ofte atrieflimren) (kræver kardiologisk vurdering)
- Patienten har cor pulmonale
- Patienten har isoleret højresidig hjertesvigt
- Patienten har gået hos privatpraktiserende speciallæge i kardiologi og er blevet diagnosticeret og behandlet hos denne
- A-diagnose er ikke hjertesvigt
- Patientforløb flyttet i KIP til behandlingsansvarlig afd.

Tilbagemeldingsskemaet vedrører kun beregningen af dækningsgraden. Ved indberetning af et tilbagemeldingsskema, vil patienten ikke figurere i dækningsgradsoversigten, førend der kommer en indberetning til DHD i KIP.

Tilbagemeldingsskemaet fjerner ikke patientforløb, som er indberettet til DHD. Såfremt et patientforløb er indberettet til DHD, vil forløbet indgå i databasens population og dermed i indikatorberegningen. Det er muligt at fjerne fejl-registrerede patientforløb i DHD via KIP (genåbning af et indsendt skema).

Det skal desuden bemærkes, at hvis der er tale om fejldiagnose i LPR, skal ændringen til den korrekte diagnose foretages af den patientansvarlige afdeling.

Flowchart for in- og eksklusion i databasen



Indikatoroversigt

Officielle indikatorer

Indikatorsættet er gældende fra d. 1. juli 2025

Indikatorer vedrørende incident hjertesvigt

Indikatorområde	Indikatornavn	Indikator	Sektor	Aktiv*
Medicinsk behandling	ACE/ARB/ARNI	Andelen af patienter med nedsat venstre ventrikel funktion (LVEF $\leq$ 40%) der er i eller opstartes i behandling med ACE-hæmmer/ARB/ARNI senest 8 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt	Hospital	Aktiv
	Betablokker	Andelen af patienter med nedsat venstre ventrikel funktion (LVEF $\leq$ 40%) der er i eller opstartes i behandling med betablokker senest 12 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt	Hospital	Aktiv
	MRA	Andelen af patienter med nedsat venstre ventrikel funktion (LVEF $\leq$ 40 %) der er i eller opstartes i behandling med mineralocorticoid receptor-antagonist senest 12 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt	Hospital	Aktiv
	SGLT2-inhib.	Andelen af patienter med LVEF $\leq$ 40 %, der er i eller opstartes i behandling med SGLT2-inhibitor senest 12 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt	Hospital	Aktiv
Fysisk træning	Fysisk træning	Andelen af patienter med nedsat venstre ventrikel funktion (LVEF $\leq$ 40%) der bliver henvist til individualiseret superviseret fysisk træning ved fysioterapeut i sygehusregi eller kommunalt regi senest 12 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt	Hospital	Aktiv

* Med 'Aktiv' menes, at opgørelsen kan følges i regionernes ledelsesinformationssystemer.

Opfølgende indikatorer

Indikatorområde	Indikatornavn	Indikator	Sektor	Aktiv*
Mortalitet	1 års dødelighed, indlagte	Andelen af patienter, som dør inden for 1 år efter indlæggelse	Hospital	Aktiv
	1 års dødelighed, ambulante	Andelen af patienter, som dør inden for 1 år efter start af ambulant forløb	Hospital	Aktiv
Ekkokardiografi	Opfølgning: EKKO	Andelen af patienter med nedsat venstre ventrikel funktion ($LVEF \leq 40\%$), der får fornyet/gentaget ekkokardiografi i perioden 30 dage til 1 år efter indlæggelse/første ambulante kontakt	Hospital	Aktiv
Medicinsk behandling	Opfølgning: ARNI	Andelen af patienter med nedsat venstre ventrikel funktion ($LVEF \leq 40\%$), der er i behandling med ARNI 1 år efter indlæggelse/første ambulante kontakt	Hospital	Aktiv

* Med 'Aktiv' menes, at opgørelsen kan følges i regionernes ledelsesinformationssystemer.

Supplerende indikatorer

Indikatorområde	Indikatornavn	Indikator	Sektor	Aktiv*
Genindlæggelse	Genindlæggelse	Andelen af patienter der indlægges akut og uplanlagt inden for 30 dage efter udskrivning eller første ambulante kontakt, uanset årsag	Hospital	Aktiv
Medicinsk behandling	Opfølgning: ACE/ARB/ARNI	Andelen af patienter med nedsat venstre ventrikel funktion ($LVEF \leq 40\%$), der stadig er i behandling med ACE-hæmmer/ARB/ARNI 1 år efter indlæggelse/første ambulante kontakt	Hospital	Aktiv

	Opfølgning: Betablokker	Andelen af patienter med nedsat venstre ventrikel funktion (LVEF $\leq$ 40%), der stadig er i behandling med betablokker 1 år efter indlæggelse/første ambulante kontakt	Hospital	Aktiv
	Opfølgning: MRA	Andelen af patienter med nedsat venstre ventrikel funktion (LVEF $\leq$ 40%) der stadig er i behandling med mineralocorticoid receptor-antagonist 1 år efter indlæggelse/første ambulante kontakt	Hospital	Aktiv
	Opfølgning: SGLT2-inhib.	Andelen af patienter med nedsat venstre ventrikel funktion (LVEF $\leq$ 40%), der stadig er i behandling med SGLT2-inhibitor 1 år efter indlæggelse/første ambulante kontakt	Hospital	Aktiv

* Med 'Aktiv' menes, at opgørelsen kan følges i regionernes ledelsesinformationssystemer.

Indikatorspecifikation

Indikator 1: ACE/ARB/ARNI

Andelen af patienter med nedsat venstre ventrikel funktion ($LVEF \leq 40\%$) der er i eller opstartes i behandling med ACE-hæmmer/ARB/ARNI senest 8 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt

Beskrivelse af indikatoren

Den medicinske behandling ved hjertesvigt har dokumenteret gavnlig effekt hos patienter med nedsat LVEF ($\leq 40\%$). Af den grund fokuseres på brug af medicinsk behandling som indikatorer for god behandling hos patienter med $LVEF \leq 40\%$.

Patienter med hjertesvigt og nedsat LVEF har gunstig effekt af ACE-hæmmer behandling. ARB betragtes som et fuldgældigt alternativ til ACE-hæmmer i behandlingen af hjertesvigt med $LVEF \leq 40\%$. ARB anvendes især, hvor ACE-hæmmer behandlingen ikke tåles. De seneste danske og europæiske retningslinjer har åbnet op for, at udvalgte patienter med $LVEF \leq 40\%$ fremfor at bruge ACE-hæmmer eller ARB, kan starte direkte i ARNI behandling, men for de fleste patienter vil ARNI være et alternativ, man kan skifte patienten til fra ACE-hæmmer/ARB senere i forløbet, såfremt patienten fortsat er symptomatisk.

Opstart af behandling med ACE-hæmmer/ARB/ARNI udgør initial basis behandling af hjertesvigt. Opstart bør være så hurtigt som muligt – og inden for 8 uger efter hjertesvigt diagnosen blev stillet.

Beregning af **ACE/ARB/ARNI**:

Datakilder	Tæller	Nævner	Eksklusion	Uoplyst
KIP LSR	Patientforløb der indgår i nævner, der er i eller opstarter i behandling med ACE-hæmmer/ARB/ARNI senest 8 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt.	Alle patienter, der indgår i DHD-grundpopulation, hvor $LVEF \leq 40\%$.	Patientforløb hvor $LVEF > 40\%$	Manglende oplysninger om LVEF

Tæller

At 'være i behandling' eller 'opstarte i behandling' defineres som udlevering af ACE-hæmmer/ARB/ARNI (ATC-kode: C09) jf. Lægemiddelstatistikregistret i perioden 90 dage før til 8 uger efter indlæggelse/første kontakt).

Det antages, at udlevering af medicin svarer til, at patienten tager medicinen efter forskrifterne. Med 'udlevering' menes, at der findes en ekspeditionsdato i Lægemiddelstatistikregistret.

Nævner

Alle patienter indberettet til DHD via KIP med $LVEF \leq 40\%$.

Eksklusion

Alle patienter indberettet til DHD via KIP med $LVEF > 40\%$.

Uoplyst

Hvis LVEF ikke er indberettet til KIP.

Udviklingsmål:

$\geq 90\%$

Indikator 2: Betablokker

Andelen af patienter med nedsat venstre ventrikel funktion ($LVEF \leq 40\%$) der er i eller opstartes i behandling med betalokker senest 12 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt

Beskrivelse af indikatoren

Der foreligger solid evidens for, at behandling med betablokkere reducerer mortalitet, morbiditet samt indlæggelsesfrekvens hos patienter med hjertesvigt med $LVEF \leq 40\%$ som tillæg til ACE-hæmmer/ARB behandling

Optitrering af behandling med betablokker bør ske gradvist og under tæt opfølgning til optimal dosis – og bør ske inden for 12 uger efter hjertesvigt diagnosen blev stillet.

Idet ikke alle betablokkere har indikationen hjertesvigt, indgår kun metoprolol, bisoprolol, carvedilol eller nebivolol i tælleren.

Beregning af **Betalokker**:

Datakilder	Tæller	Nævner	Eksklusion	Uoplyst
KIP LSR	Patientforløb der indgår i nævner, der er i eller opstarter i behandling med betablokker senest 12 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt.	Alle patienter, der indgår i DHD-grundpopulation, hvor $LVEF \leq 40\%$.	Patientforløb hvor $LVEF > 40\%$	Manglende oplysninger om $LVEF$

Tæller

At 'være i behandling' eller 'opstarte i behandling' defineres som udlevering af betablokkere med følgende ATC-koder: metoprolol (C07AB02), bisoprolol (C07AB07), carvedilol (C07AG02) eller nebivolol (C07AB12) jf. Lægemiddelstatistikregistret i perioden 90 dage før til 12 uger efter indlæggelse/første kontakt. Det antages, at udlevering af medicin svarer til, at patienten tager medicinen efter forskrifterne. Med 'udlevering' menes, at der findes en ekspeditionsdato i Lægemiddelstatistikregistret.

Nævner

Alle patienter indberettet til DHD via KIP med $LVEF \leq 40\%$.

Eksklusion

Alle patienter indberettet til DHD via KIP med $LVEF > 40\%$.

Uoplyst

Hvis $LVEF$ ikke er indberettet til KIP.

Udviklingsmål:

$\geq 80\%$

Indikator 3: MRA

Andelen af patienter med nedsat venstre ventrikel funktion ($LVEF \leq 40\%$) der er i eller opstartes i behandling med MRA senest 12 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt

Beskrivelse af indikatoren

MRA har svag diuretisk effekt og har vist at reducere mortalitet og morbiditet hos patienter med hjertesvigt i NYHA II-IV med $LVEF \leq 35\%$. Behandlingen kan optitreres, sideløbende med ACE-hæmmer/ARB og betablokker behandling, under nøje overvågning af nyrefunktion og kalium. Særligt kan dårlig nyrefunktion være en kontraindikation til at bruge behandlingen.

Såfremt patienten kan tåle behandlingen, bør opstart af behandling med MRA ske inden for 12 uger efter hjertesvigt diagnosen blev stillet.

Beregning af **MRA**:

Datakilder	Tæller	Nævner	Eksklusion	Uoplyst
KIP LSR	Patientforløb der indgår i nævner, der er i eller opstarter i behandling med MRA senest 12 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt.	Alle patienter, der indgår i DHD-grundpopulation, hvor $LVEF \leq 40\%$.	Patientforløb hvor $LVEF > 40\%$	Manglende oplysninger om $LVEF$

Tæller

At 'være i behandling' eller 'opstarte i behandling' defineres som udlevering af MRA med følgende ATC-koder: spironolakton (C03DA01) eller eplerenon (C03DA04) jf. Lægemiddelstatistikregistret i perioden 90 dage før til 12 uger efter indlæggelse/første kontakt)

Det antages, at udlevering af medicin svarer til, at patienten tager medicinen efter forskrifterne. Med 'udlevering' menes, at der findes en ekspeditionsdato i Lægemiddelstatistikregistret.

Nævner

Alle patienter indberettet til DHD via KIP med $LVEF \leq 40\%$.

Eksklusion

Alle patienter indberettet til DHD via KIP med $LVEF > 40\%$.

Uoplyst

Hvis $LVEF$ ikke er indberettet til KIP.

Udviklingsmål:

$\geq 70\%$

Indikator 4: SGLT2-inhib.

Andelen af patienter med nedsat venstre ventrikel funktion (LVEF ≤ 40%) der er i eller opstartes i behandling med SGLT2-inhibitor senest 12 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt

Beskrivelse af indikatoren

SGLT-2 inhibitor behandling reducerer død og indlæggelse grundet hjertesvigt hos patienter med symptomatisk hjertesvigt og LVEF ≤ 40% i tillæg til behandling med ACE-hæmmer/ARB, betablokker og MRA. Det indikeres ligeledes, at opstart af SGLT2-inhibitor kan bedre symptomer og livskvalitet.

Opstart af behandling med SGLT2-inhibitor bør ske inden for 12 uger efter hjertesvigt diagnosen blev stillet.

Beregning af **SGLT2-inhib.**:

Datakilder	Tæller	Nævner	Eksklusion	Uoplyst
KIP LSR	Patientforløb der indgår i nævner, der er i eller opstarter i behandling med SGLT2-inhibitor senest 12 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt.	Alle patienter, der indgår i DHD-grundpopulation, hvor LVEF ≤ 40%.	Patientforløb hvor LVEF >40%	Manglende oplysninger om LVEF

Tæller

At 'være i behandling' eller 'opstarte i behandling' defineres som udlevering af SGLT2-inhibitor med følgende ATC-koder: dapagliflozin (A10BK01) eller empagliflozin (A10BK03) jf. Lægemiddelstatistikregistret i perioden 90 dage før til 12 uger efter indlæggelse/første kontakt.

Det antages, at udlevering af medicin svarer til, at patienten tager medicinen efter forskrifterne. Med 'udlevering' menes, at der findes en ekspeditionsdato i Lægemiddelstatistikregistret.

Nævner

Alle patienter indberettet til DHD via KIP med LVEF ≤ 40%.

Eksklusion

Alle patienter indberettet til DHD via KIP med LVEF > 40%.

Uoplyst

Hvis LVEF ikke er indberettet til KIP.

Udviklingsmål:

≥ 90%

Indikator 5: Fysisk træning

Andelen af patienter med nedsat venstre ventrikel funktion ($LVEF \leq 40\%$), som bliver henvist til individualiseret superviseret fysisk træning ved fysioterapeut i sygehusregi eller kommunalt regi senest 12 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt.

Beskrivelse af indikatoren

Hovedparten af patienterne med hjertesygdom har gavn af at være fysisk aktive livslangt og kan profitere af fysisk træning. En betydelig andel af hjertepatienter bør derfor anbefales fysisk træning som en del af behandlingen, og henvises til fysisk genoptræning via en genoptræningsplan i forbindelse med udskrivelse eller ambulant udredning og behandling.

Der skal ligge en lægefaglig, individuel vurdering til grund for, om en patient er træningseget og skal henvises til superviseret fysisk træning. Patienten med hjertesvigt er typisk præget af forringet kondition og muskelfunktion og vil profitere af udholdenheds- og styrketræning. Det anbefales af DCS' nationale behandlingsvejledning for hjerterehabilitering.

Træningsforløbet tilrettelægges og superviseres af en fysioterapeut i enten hospitals- eller kommunalt regi. Træningen kan foregå på hold, som individuel træning eller hjemmebaseret træning/selvtræning. Superviseret hjemmebaseret fysisk træning er et alternativ til holdbaseret superviseret træning og bør overvejes til alle patienter, der ikke ønsker eller har mulighed for at deltage i holdtræning. Med superviseret forstås, at patienten instrueres i træningen i sygehusregi og indleder første træningssession der og efterfølgende træner hjemme efter et fastlagt program med mulighed for kontinuerlig supervision (telefonisk kontakt, evt. kontrolbesøg) ved fysioterapeut.

Patienten skal være velkompenseret, stabil og i et optitreringsforløb med betablokkere og ACE-hæmmer/ARB/ARNI, men ikke nødvendigvis fuldt optitreret i alle præparater.

Da der vil være patienter, som ikke er relevante for henvisning til fysisk træning, eller som takker nej til fysisk træning, er udviklingsmålet for denne indikator aktuelt min. 50%.

Beregning af Fysisk træning:

Datakilder	Tæller	Nævner	Eksklusion	Uoplyst
KIP	Patientforløb der indgår i nævner, som bliver henvist til individualiseret superviseret fysisk træning ved fysioterapeut i sygehusregi eller bliver henvist til træning i kommunalt regi senest 12 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt.	Alle patienter, der indgår i DHD-grundpopulation, hvor $LVEF \leq 40\%$.	Patientforløb hvor $LVEF > 40\%$	Manglende oplysninger om $LVEF$ og manglende oplysninger om henvisning og tidspunkt for henvisning

Tæller

Data til beregningen af tælleren indhentes via KIP. Her registreres, om patienten er henvist til individualiseret superviseret fysisk træning ved fysioterapeut i sygehusregi eller i kommunalt regi (ja/nej), og ifald patienten er henvist, anvendes datoen for henvisningen.

Datoen for henvisningen skal være inden for 12 uger efter hjertesvigt diagnosen blev stillet.

Nævner

Alle patienter indberettet til DHD via KIP med $LVEF \leq 40\%$.

Eksklusion

Alle patienter indberettet til DHD via KIP med LVEF > 40%.

Uoplyst

Hvis LVEF ikke er indberettet til KIP, og hvis der ikke er oplysninger om henvisning (ja/nej) og dato for henvisning (hvis 'ja' er angivet) i KIP.

Udviklingsmål:

≥ 50%

Indikator 6: 1 års dødelighed, indlagte

Andelen af patienter, som dør inden for 1 år efter indlæggelse.

Beskrivelse af indikatoren

1-års mortaliteten ved hjertesvigt afspejler effekten af hurtig diagnosticering og igangsættelse af evidensbaseret medicinsk behandling.

Indikatoren opgøres på to subpopulationer:

- Patienter, som blev inkluderet i databasen på baggrund af en indlæggelse (indikator 6)
- Patienter, som blev inkluderet på baggrund af et ambulant forløb (indikator 7).

Opgørelsesperioden er tidsmæssigt forskudt ét år for at opnå fuld opfølgningstid for alle patienter.

Beregning af **1 års dødelighed, indlagte**:

Datakilder	Tæller	Nævner	Eksklusion	Uoplyst
KIP LPR CPR	Patientforløb der indgår i nævner, som dør inden 1 år efter første indlæggelse	Alle patientforløb, der indgår i DHD-grundpopulationen, og som blev inkluderet i DHD på baggrund af en indlæggelse	Patienter, der er udvandret fra DK.	Ukendt vitalstatus i CPR-registret

Tæller

Patientforløb, der indgår i nævner, som er registreret som død i CPR-registret i perioden fra dato for første indlæggelse med hjertesvigt og 1 år frem.

Nævner

Alle patienter indberettet til DHD via KIP.

Indlæggelse defineres på baggrund af LPR og svarer til et forløb på hospitalet, der varer mindst 12 timer.

Eksklusion

Patienter, der er udvandret fra Danmark.

Uoplyst

Hvis vitalstatus er ukendt i CPR-registret.

Udviklingsmål:

≤ 20%

Indikator 7: 1 års dødelighed, ambulante

Andelen af patienter, som dør inden for 1 år efter start af ambulant forløb.

Beskrivelse af indikatoren

1-års mortaliteten ved hjertesvigt afspejler effekten af hurtig diagnosticering og igangsættelse af evidensbaseret medicinsk behandling.

Indikatoren opgøres på to subpopulationer:

- Patienter, som blev inkluderet i databasen på baggrund af en indlæggelse (indikator 6)
- Patienter, som blev inkluderet på baggrund af et ambulant forløb (indikator 7).

Opgørelsesperioden er tidsmæssigt forskudt ét år for at opnå fuld opfølgningstid for alle patienter.

Beregning af **1 års dødelighed, ambulante**:

Datakilder	Tæller	Nævner	Eksklusion	Uoplyst
KIP LPR CPR	Patientforløb, der indgår i nævner, som dør inden 1 år efter første ambulante kontakt	Alle patientforløb, der indgår i DHD-grundpopulationen, og som blev inkluderet i DHD på baggrund af opstart af et ambulant forløb	Patienter, der er udvandret fra DK.	Ukendt vitalstatus i CPR-registret

Tæller

Patientforløb, der indgår i nævner, som er registreret som død i CPR-registret i perioden fra dato for første ambulante kontakt grundet hjertesvigt og 1 år frem.

Nævner

Alle patienter indberettet til DHD via KIP.

Ambulant forløb defineres på baggrund af LPR og svarer til, at en patient har en kontakt på hospitalet, der varer højst 4 timer og som ikke efterfølges af nye kontakter, hvor den samlede varighed af kontakterne overstiger 12 timer.

Eksklusion

Patienter, der er udvandret fra Danmark.

Uoplyst

Hvis vitalstatus er ukendt i CPR-registret.

Udviklingsmål:

≤ 10%

Indikator 8: Opfølgning: EKKO

Andelen af patienter med nedsat venstre ventrikel funktion (LVEF $\leq$ 40%), der får fornyet/gentaget ekkokardiografi i perioden 30 dage til 1 år efter indlæggelse/første ambulante kontakt

Beskrivelse af indikatoren

Ligesom ekkokardiografi er central for diagnosticering og behandling af hjertesvigt, er det også udtryk for god behandlingskvalitet at foretage fornyet/gentaget ekkokardiografi inden for det første år efter diagnose.

Gentagen ekkokardiografi til vurdering af behandlingseffekt af opstartet behandling er indiceret hos patienter med hjertesvigt inden for det første år efter diagnose. Det anbefales derfor, at der i perioden fra 30 dage til 12 måneder efter indlæggelse/start på ambulante forløb udføres gentagen ekkokardiografi hos patienter, der ved inklusion har LVEF $\leq$ 40% og er i live efter 1 år.

Opgørelsesperioden er tidsmæssigt forskudt ét år for at opnå fuld opfølgningstid for alle patienter.

Beregning af **Opfølgning: EKKO**:

Datakilder	Tæller	Nævner	Eksklusion	Uoplyst
KIP LPR CPR	Patientforløb, der indgår i nævner, som har fået gentaget ekkokardiografi i perioden 30-365 dage efter indlæggelse/første ambulante kontakt	Alle patienter, der indgår i DHD-grundpopulation, hvor LVEF $\leq$ 40%.	Patientforløb hvor LVEF >40% Patienter, der er døde/forsvundne/udvandret inden for 365 dage fra indlæggelse/første ambulante kontakt	Manglende oplysninger om LVEF Ukendt vitalstatus i CPR-registret

Tæller

Patienter, der indgår i nævner, som ifølge LPR har fået gentaget ekkokardiografi i perioden 30-365 dage efter indlæggelse/første ambulante kontakt.

Data vedr. ekkokardiografi hentes på følgende procedurekoder fra LPR: UXUC80 eller UXUC81.

Nævner

Alle patienter indberettet til DHD via KIP med LVEF $\leq$ 40%.

Eksklusion

Alle patienter indberettet til DHD via KIP med LVEF > 40%.

Desuden ekskluderes patientforløb, hvor patienten er død/forsvundet/udvandret inden for 365 dage fra indlæggelse/første ambulante kontakt.

Uoplyst

Hvis LVEF ikke er indberettet til KIP, og hvis vitalstatus er ukendt i CPR-registret.

Udviklingsmål:

$\geq$ 70%

Indikator 9: Opfølgning: ARNI

Andelen af patienter med nedsat venstre ventrikel funktion (LVEF $\leq$ 40%), der er i behandling med ARNI 1 år efter indlæggelse/første ambulante kontakt

Beskrivelse af indikatoren

Skift i behandling fra ACE-hæmmer/ARB til ARNI er anbefalet hos patienter, der efter optitrering af den medicinske behandling fortsat er symptomatiske.

Der bemærkes, at der de seneste år har været en stor regional variation i brugen af ARNI.

Opgørelsesperioden er tidsmæssigt forskudt ét år for at opnå fuld opfølgningstid for alle patienter.

Beregning af **Opfølgning: ARNI**:

Datakilder	Tæller	Nævner	Eksklusion	Uoplyst
KIP LSR CPR	Patientforløb, der indgår i nævner, som har fået udleveret ARNI i perioden 180-365 dage efter indlæggelse/første ambulante kontakt	Alle patienter, der indgår i DHD-grundpopulation, hvor LVEF $\leq$ 40%.	Patientforløb hvor LVEF >40% Patienter, der er døde/forsvundne/udvandret inden for 365 dage fra indlæggelse/første ambulante kontakt	Manglende oplysninger om LVEF Ukendt vitalstatus i CPR-registret

Tæller

At være i behandling med ARNi 1 år efter indlæggelse/første ambulante kontakt defineres som udlevering af ARNI (ATC-kode: C09DX04) jf. Lægemiddelstatistikregistret i perioden 180-365 dage efter indlæggelse/første kontakt.

Det antages, at udlevering af medicin svarer til, at patienten tager medicinen efter forskrifterne. Med 'udlevering' menes, at der findes en ekspeditionsdato i Lægemiddelstatistikregistret.

Nævner

Alle patienter indberettet til DHD via KIP med LVEF $\leq$ 40%.

Eksklusion

Alle patienter indberettet til DHD via KIP med LVEF > 40%.

Desuden ekskluderes patientforløb, hvor patienten er død/forsvundet/udvandret inden for 365 dage fra indlæggelse/første ambulante kontakt.

Uoplyst

Hvis LVEF ikke er indberettet til KIP, og hvis vitalstatus er ukendt i CPR-registret.

Udviklingsmål:

$\geq$ 10%

Indikator 10suppl: Genindlæggelse

Andelen af patienter der indlægges akut og uplanlagt inden for 30 dage efter udskrivelse eller første ambulante kontakt, uanset årsag

Beskrivelse af indikatoren

Akutte og ikke-planlagte indlæggelser inden for den første tid efter, at hjertesvigtsdiagnosen er stillet, bør så vidt muligt undgås, da de er forbundet med dårligere prognose og livskvalitet.

Indikatoren undersøger andelen af alle patienter med hjertesvigt, der indlægges inden for 30 dage efter udskrivelse eller første ambulante kontakt. Ved indlæggelse forstås en akut, ikke planlagt indlæggelse, som strækker sig over mindst 2 datoer. Alle indlæggelser inkluderes og ikke kun indlæggelser med kardiologisk årsag.

Beregning af **Genindlæggelse**:

Datakilder	Tæller	Nævner	Eksklusion	Uoplyst
KIP LPR CPR	Patientforløb der indgår i nævner, som indlægges akut/uplanlagt inden for 30 dage efter udskrivelse (for indlagte) eller første ambulante kontakt (for ambulante), uanset årsag.	Alle patientforløb i DHD-grundpopulationen	Patienten dør under indlæggelse Patienter, der er udvandret fra DK	Ukendt vitalstatus i CPR-registret.

Tæller

Patientforløb, der indgår i nævner, og som indlægges akut og uplanlagt inden for 30 dage efter udskrivelse (for indlagte) eller efter første ambulante kontakt (for ambulante), uanset årsag.

Definition af akut/uplanlagt indlæggelse (datakilde: LPR):

- Kontakterne skal have kontaktkode='ALCA00' (fysisk fremmøde) og Prioritet_kode = 'ATA1' (akut kontakt)
- Kontakt-start på hospitalsforløb skal ligge mellem 1-30 dage efter udskrivelsesdato (indlagte)/første kontakt dato (ambulante)
- En genindlæggelse defineres som et hospitalsforløb bestående af kontakter (sammensat med max 4 timers afstand), der sammensat strækker sig over min. 12 timer, fordelt på min. 2 datoer og må være på alle afdelinger.

Nævner

Alle patienter indberettet til DHD via KIP.

Eksklusion

Alle patienter, der dør under indlæggelse. Desuden ekskluderes patientforløb, hvor patienten er udvandret jf. CPR-registret inden for 30 dage efter indlæggelse/første ambulante kontakt.

Uoplyst

Ukendt vitalstatus i CPR-registret.

Indikator 11suppl.: Opfølgning ACE/ARB/ARNI

Andelen af patienter med nedsat venstre ventrikel funktion ($LVEF \leq 40\%$), der stadig er i behandling med ACE-hæmmer/ARB/ARNI 1 år efter indlæggelse/første ambulante kontakt

Beskrivelse af indikatoren

Medicinsk behandling med ACE-hæmmer/ARB/ARNI har vist bedre overlevelse og nedsætter antallet af indlæggelser hos patienter med hjertesvigt med $LVEF \leq 40\%$. Lægemidlet er velindiceret 1 år efter diagnosen. Patienter med $LVEF \leq 40\%$ på diagnosetidspunktet bør derfor fastholdes i behandling med ACE-hæmmer/ARB/ARNI.

Opgørelsesperioden er tidsmæssigt forskudt ét år for at opnå fuld opfølgningstid for alle patienter.

Beregning af Opfølgning: ACE/ARB/ARNI:

Datakilder	Tæller	Nævner	Eksklusion	Uoplyst
KIP LSR CPR	Patientforløb der indgår i nævner, som ifølge Lægemiddelstatistikregistret har fået udleveret ACE-hæmmer/ARB/ARNI i perioden 180-365 dage efter indlæggelse/første ambulante kontakt	Alle patienter med nedsat venstre ventrikel funktion ($LVEF \leq 40\%$), der var i behandling med ACE-hæmmer/ARB/ARNI senest 8 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt i forrige opgørelsesperiode	Patientforløb hvor $LVEF > 40\%$ og patientforløb, der ikke indgik i tælleren for indikator 1 (ACE/ARB/ARNI) i forrige opgørelsesperiode Patienter, der er døde/forsvundne/udvandret inden for 365 dage fra indlæggelse/første ambulante kontakt	Manglende oplysninger om $LVEF$ Ukendt vitalstatus i CPR-registret

Tæller

At være i behandling med ACE-hæmmer/ARB/ARNI 1 år efter indlæggelse/første ambulante kontakt defineres som udlevering af ACE-hæmmer/ARB/ARNI (ATC-kode: C09) jf. Lægemiddelstatistikregistret i perioden 180-365 dage efter indlæggelse/første kontakt.

Det antages, at udlevering af medicin svarer til, at patienten tager medicinen efter forskrifterne og dermed har fastholdt den medicinske behandling. Med 'udlevering' menes, at der findes en ekspeditionsdato i Lægemiddelstatistikregistret.

Nævner

Alle patienter indberettet til DHD via KIP med $LVEF \leq 40\%$, som har fået udleveret ACE-hæmmer/ARB/ARNI (ATC-kode: C09) jf. Lægemiddelstatistikregistret senest 8 uger efter indlæggelse/første kontakt.

Svarende til tælleren for indikator 1 (ACE/ARB/ARNI) – i forrige opgørelsesperiode.

Eksklusion

Alle patienter indberettet til DHD via KIP med $LVEF > 40\%$, samt patientforløb med $LVEF \leq 40\%$, der ikke har fået udleveret ACE-hæmmer/ARB/ARNI (ATC-kode: C09) jf. Lægemiddelstatistikregistret senest 8 uger efter indlæggelse/første kontakt.

Desuden ekskluderes patientforløb, hvor patienten er død/forsvundet/udvandret inden for 365 dage fra indlæggelse/første ambulante kontakt.

Uoplyst

Hvis $LVEF$ ikke er indberettet til KIP.

Ukendt vitalstatus i CPR-registret.

Indikator 12suppl: Opfølgning: Betablokker

Andelen af patienter med nedsat venstre ventrikel funktion ($LVEF \leq 40\%$), der stadig er i behandling med betablokker 1 år efter indlæggelse/første ambulante kontakt

Beskrivelse af indikatoren

Medicinsk behandling med betablokker har vist bedre overlevelse og nedsætter antallet af indlæggelser hos patienter med hjertesvigt med $LVEF \leq 40\%$. Lægemidlet er velindiceret 1 år efter diagnosen. Patienter med $LVEF \leq 40\%$ på diagnosetidspunktet bør derfor fastholdes i behandling med betablokker.

Opgørelsesperioden er tidsmæssigt forskudt ét år for at opnå fuld opfølgningstid for alle patienter.

Beregning af Opfølgning: Betablokker:

Datakilder	Tæller	Nævner	Eksklusion	Uoplyst
KIP LSR CPR	Patientforløb der indgår i nævner, som ifølge Lægemiddelstatistikregistret har fået udleveret betablokker i perioden 180-365 dage efter indlæggelse/første ambulante kontakt	Alle patienter med nedsat venstre ventrikel funktion ($LVEF \leq 40\%$), der var i behandling med betablokker senest 12 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt i forrige opgørelsesperiode	Patientforløb hvor $LVEF > 40\%$ og patientforløb, der ikke indgik i tælleren for indikator 2 (Betablokker) i forrige opgørelsesperiode Patienter, der er døde/forsvundne/udvandret inden for 365 dage fra indlæggelse/første ambulante kontakt	Manglende oplysninger om $LVEF$ Ukendt vitalstatus i CPR-registret

Tæller

At være i behandling med betablokker 1 år efter indlæggelse/første ambulante kontakt defineres som udlevering af betablokkere med følgende ATC-koder: metoprolol (C07AB02), bisoprolol (C07AB07), carvedilol (C07AG02) eller nebivolol (C07AB12) jf. Lægemiddelstatistikregistret i perioden 180-365 dage efter indlæggelse/første kontakt.

Det antages, at udlevering af medicin svarer til, at patienten tager medicinen efter forskrifterne og dermed har fastholdt den medicinske behandling. Med 'udlevering' menes, at der findes en ekspeditionsdato i Lægemiddelstatistikregistret.

Nævner

Alle patienter indberettet til DHD via KIP med $LVEF \leq 40\%$, som har fået udleveret betablokkere med følgende ATC-koder: metoprolol (C07AB02), bisoprolol (C07AB07), carvedilol (C07AG02) eller nebivolol (C07AB12) jf. Lægemiddelstatistikregistret senest 12 uger efter indlæggelse/første kontakt.

Svarende til tælleren for indikator 2 (Betablokker) – i forrige opgørelsesperiode.

Eksklusion

Alle patienter indberettet til DHD via KIP med $LVEF > 40\%$, samt patientforløb med $LVEF \leq 40\%$, der ikke har fået udleveret betablokkere med følgende ATC-koder: metoprolol (C07AB02), bisoprolol (C07AB07), carvedilol (C07AG02) eller nebivolol (C07AB12) jf. Lægemiddelstatistikregistret senest 12 uger efter indlæggelse/første kontakt.

Desuden ekskluderes patientforløb, hvor patienten er død/forsvundet/udvandret inden for 365 dage fra indlæggelse/første ambulante kontakt.

Uoplyst

Hvis $LVEF$ ikke er indberettet til KIP. Ukendt vitalstatus i CPR-registret.

Indikator 13suppl.: Opfølgning: MRA

Andelen af patienter med nedsat venstre ventrikel funktion ($LVEF \leq 40\%$), der stadig er i behandling med MRA 1 år efter indlæggelse/første ambulante kontakt

Beskrivelse af indikatoren

Medicinsk behandling med MRA har vist bedre overlevelse og nedsætter antallet af indlæggelser hos patienter med hjertesvigt med $LVEF \leq 40\%$. Lægemidlet er velindiceret 1 år efter diagnosen. Patienter med $LVEF \leq 40\%$ på diagnosetidspunktet bør derfor fastholdes i behandling med MRA.

Opgørelsesperioden er tidsmæssigt forskudt ét år for at opnå fuld opfølgningstid for alle patienter.

Beregning af Opfølgning: MRA:

Datakilder	Tæller	Nævner	Eksklusion	Uoplyst
KIP LSR CPR	Patientforløb der indgår i nævner, som ifølge Lægemiddelstatistikregistret har fået udleveret MRA i perioden 180-365 dage efter indlæggelse/første ambulante kontakt	Alle patienter med nedsat venstre ventrikel funktion ($LVEF \leq 40\%$), der var i behandling med MRA senest 12 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt i forrige opgørelsesperiode	Patientforløb hvor $LVEF > 40\%$ og patientforløb, der ikke indgik i tælleren for indikator 3 (MRA) i forrige opgørelsesperiode Patienter, der er døde/forsvundne/udvandret inden for 365 dage fra indlæggelse/første ambulante kontakt	Manglende oplysninger om $LVEF$ Ukendt vitalstatus i CPR-registret

Tæller

At være i behandling med MRA 1 år efter indlæggelse/første ambulante kontakt defineres som udlevering af MRA med følgende ATC-koder: spironolakton (C03DA01) eller eplerenon (C03DA04) jf.

Lægemiddelstatistikregistret i perioden 180-365 dage efter indlæggelse/første kontakt.

Det antages, at udlevering af medicin svarer til, at patienten tager medicinen efter forskrifterne og dermed har fastholdt den medicinske behandling. Med 'udlevering' menes, at der findes en ekspeditionsdato i Lægemiddelstatistikregistret.

Nævner

Alle patienter indberettet til DHD via KIP med $LVEF \leq 40\%$, som har fået udleveret MRA med følgende ATC-koder: spironolakton (C03DA01) eller eplerenon (C03DA04) jf. Lægemiddelstatistikregistret senest 12 uger efter indlæggelse/første kontakt.

Svarende til tælleren for indikator 3 (MRA) – i forrige opgørelsesperiode.

Eksklusion

Alle patienter indberettet til DHD via KIP med $LVEF > 40\%$, samt patientforløb med $LVEF \leq 40\%$, der ikke har fået udleveret MRA med følgende ATC-koder: spironolakton (C03DA01) eller eplerenon (C03DA04) jf.

Lægemiddelstatistikregistret senest 12 uger efter indlæggelse/første kontakt.

Desuden ekskluderes patientforløb, hvor patienten er død/forsvundet/udvandret inden for 365 dage fra indlæggelse/første ambulante kontakt.

Uoplyst

Hvis $LVEF$ ikke er indberettet til KIP.

Ukendt vitalstatus i CPR-registret.

Indikator 14suppl.: Opfølgning: SGLT2-inhib.

Andelen af patienter med nedsat venstre ventrikel funktion ($LVEF \leq 40\%$), der stadig er i behandling med SGLT2-inhibitor 1 år efter indlæggelse/første ambulante kontakt

Beskrivelse af indikatoren

Medicinsk behandling med SGLT2-inhibitor har vist at bedre overlevelse og nedsætter antallet af indlæggelser hos patienter med hjertesvigt med $LVEF \leq 40\%$. Lægemidlet er velindiceret 1 år efter diagnosen. Patienter med $LVEF \leq 40\%$ på diagnosetidspunktet bør derfor fastholdes i behandling med SGLT2-inhibitor.

Opgørelsesperioden er tidsmæssigt forskudt ét år for at opnå fuld opfølgningstid for alle patienter.

Beregning af Opfølgning: SGLT2-inhib.:

Datakilder	Tæller	Nævner	Eksklusion	Uoplyst
KIP LSR CPR	Patientforløb der indgår i nævner, som ifølge Lægemiddelstatistikregistret har fået udleveret SGLT2-inhibitor i perioden 180-365 dage efter indlæggelse/første ambulante kontakt	Alle patienter med nedsat venstre ventrikel funktion ($LVEF \leq 40\%$), der var i behandling med SGLT2-inhibitor senest 12 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt i forrige opgørelsesperiode	Patientforløb hvor $LVEF > 40\%$ og patientforløb, der ikke indgik i tælleren for indikator 4 (SGLT2-inhib.) i forrige opgørelsesperiode Patienter, der er døde/forsvundne/udvandret inden for 365 dage fra indlæggelse/første ambulante kontakt	Manglende oplysninger om $LVEF$ Ukendt vitalstatus i CPR-registret

Tæller

At være i behandling med SGLT2-inhibitor 1 år efter indlæggelse/første ambulante kontakt defineres som udlevering af SGLT2-inhibitor med følgende ATC-koder: dapagliflozin (A10BK01) eller empagliflozin (A10BK03) jf. Lægemiddelstatistikregistret i perioden 180-365 dage efter indlæggelse/første kontakt. Det antages, at udlevering af medicin svarer til, at patienten tager medicinen efter forskrifterne og dermed har fastholdt den medicinske behandling. Med 'udlevering' menes, at der findes en ekspeditionsdato i Lægemiddelstatistikregistret.

Nævner

Alle patienter indberettet til DHD via KIP med $LVEF \leq 40\%$, som har fået udleveret SGLT2-inhibitor med følgende ATC-koder: dapagliflozin (A10BK01) eller empagliflozin (A10BK03) jf. Lægemiddelstatistikregistret senest 12 uger efter indlæggelse/første kontakt.
Svarende til tælleren for indikator 4 (SGLT2-inhib.) – i forrige opgørelsesperiode.

Eksklusion

Alle patienter indberettet til DHD via KIP med $LVEF > 40\%$, samt patientforløb med $LVEF \leq 40\%$, der ikke har fået SGLT2-inhibitor med følgende ATC-koder: dapagliflozin (A10BK01) eller empagliflozin (A10BK03) jf. Lægemiddelstatistikregistret senest 12 uger efter indlæggelse/første kontakt.

Desuden ekskluderes patientforløb, hvor patienten er død/forsvundet/udvandret inden for 365 dage fra indlæggelse/første ambulante kontakt.

Uoplyst

Hvis $LVEF$ ikke er indberettet til KIP.
Ukendt vitalstatus i CPR-registret.

Supplerende opgørelser

Dækningsgrad

Dækningsgraden for de kliniske kvalitetsdatabaser er central i afrapporteringen af resultater fra databaserne og opgøres for at vise, i hvilken grad databasen omfatter alle relevante patientforløb i henhold til databasens inklusionskriterier. Dette er vigtigt for at sikre, at resultaterne fra databasen er repræsentative for kvaliteten på området, og for derved at kunne vurdere den kliniske kvalitet af behandlingen for det sygdomsområde som databasen dækker.

Dækningsgrad er den procentvise angivelse af antallet af registrerede patienter i databasen ud af det samlede antal patienter, der opfylder inklusionskriterierne.

Målet for Dansk Hjertesvigtdatabase er, at alle patienter med incident hjertesvigt (i henhold til in- og eksklusionskriterierne) inkluderes med henblik på at sikre, at databasen giver et retvisende billede af kvaliteten af behandling til denne patientgruppe i Danmark. LPR er valgt som uafhængig datakilde til beregning af dækningsgraden.

Dækningsgraden beregnes for regionerne og de dataindberettende afdelinger og vises på individniveau i den løbende afrapportering til klinikken via de kliniske kvalitetsdatabasers afrapporteringssystem (KKA) i regionernes ledelsesinformationssystemer. Afdelingerne har således løbende mulighed for at melde tilbage vedrørende patienter, som optræder i LPR, men som ikke skal inkluderes i databasen efter en faglig kardiologisk vurdering. Disse patienter kan efterfølgende fjernes fra opgørelsen (via tilbagemeldingsskemaet). Dermed er databasen en klinisk valideret opgørelse af patienter med incident hjertesvigt i Danmark.

Dertil skal bemærkes, at dækningsgradsopgørelsen baseres på de oplysninger, der er tilgængelige fra LPR og KIP - velvidende at KIP-indberetningerne ofte indberettes 12 uger efter indlæggelsen/første ambulante kontakt. Oversigten over dækningsgrad i regionernes ledelsesinformationssystemer er derfor mest retvisende ca. 12 uger efter indlæggelse/første kontakt, svarende til, at en "forsinket" dækningsgrad vil give et mere reelt billede af kompletheden.

Dækningsgraden defineres således:

$$\frac{\text{antallet af patienter med incident hjertesvigt indberettet til databasen (via KIP)}}{\text{antallet af patienter med relevant incident hjertesvigt diagnose med sygehuskontakt (hentet fra LPR) samt patienter indberettet til KIP, hvor der ikke kan findes et match i LPR (pt. er i KIP, ikke i LPR)}}$$

Supplerende bemærkning er, at formålet med indhentning af informationer fra LPR og DHD kan være forskellige. Derfor skal patienter inkluderet i DHD, som ikke genfindes i den alternative datakilde, tælle med i både tæller og nævner i ovenstående brøk, når det er vurderet, at indberetninger til databasen er 'korrekte' (opfylder inklusionskriterierne). Fordelen ved den valgte metode er, at der er enighed mellem antal i tælleren for dækningsgraden og antal indberettede patienter til databasen. Metoden baseres på grundantagelsen om, at databasen er korrekt, dvs. at patienter som er indberettet til databasen har incident hjertesvigt, hvilket er klinisk meningsfuldt.

Overensstemmelsesgrad

For kliniske kvalitetsdatabaser, hvor der eksisterer en egnet alternativ, uafhængig datakilde til populationen, og dækningsgrad dermed kan opgøres, afhænger opgørelsens validitet af kvaliteten af registreringen i forhold til den uafhængige datakilde, der sammenlignes med. For at kunne vurdere validiteten af dækningsgradsopgørelsen suppleres der med en opgørelse af overensstemmelsesgrad.

Overensstemmelsesgraden er et estimat af, hvor stor en andel af patienter indberettet til databasen, der kan genfindes med den forventede diagnose/procedurekode i den alternative uafhængige datakilde, som anvendes til sammenligning. Mens dækningsgraden beskriver i hvilket omfang alle relevante patienter er inkluderet i databasen, er overensstemmelsesgraden et udtryk for hvor stor en andel af patienterne i databasen, der kan genfindes med sygdommen i den alternative datakilde.

Overensstemmelsesgraden defineres således:

$$\frac{\text{antallet af patienter med incident hjertesvigt indberettet til databasen (via KIP), som også har en relevant incident hjertesvigtdiagnose med sygehuskontakt (hentet fra LPR)}}{\text{antallet af patienter med incident hjertesvigt indberettet til databasen (via KIP)}}$$

Appendiks

Anvendte forkortelser i databasespecifikationen

Prognostiske faktorer - definitioner af komorbiditet

Registreringsskema – definitioner af variable, der skal indberettes til DHD

Tilbage meldingsskema

Forkortelser

ACE-hæmmer: Angiotensin Converting Enzyme Hæmmer (medicinsk behandling)

AFDK: Atrieflimren i Danmark (klinisk kvalitetsdatabase)

AMI: Akut myokardieinfarkt

ARB: Angiotensin Receptor Bloker (medicinsk behandling)

ARNI: Angiotensin Receptor-Reprilysin Inhibitor (medicinsk behandling)

CPR: Det Centrale Personregister (CPR)

DanStroke: Dansk Stroke Register (klinisk kvalitetsdatabase)

DCS: Dansk Cardiologisk Selskab

DHD: Dansk Hjertesvigtdatabase (klinisk kvalitetsdatabase)

DrKOL: Dansk Register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (klinisk kvalitetsdatabase)

eGFR: Estimeret glomerulær filtrationsrate (et mål for nyrernes evne til at filtrere blodet)

KIP: Kvalitets Indberetnings Platform (indberetningssystem)

KKA: De kliniske kvalitetsdatabasers afrapporteringssystem

KMS: Klinisk Måle System (historisk indberetningssystem)

KOL: Kronisk obstruktiv lungesygdom

Labdata: Den Nationale Laboratedatabase

LPR: Landspatientregistret

LSR: Lægemiddelstatistikregistret

LVEF (eller EF): Left ventricular ejection fraction (venstre ventrikels uddrivningsfraktion)

MRA: Mineralocorticoid-receptor-antagonister også kaldet aldosteronantagonister (medicinsk behandling)

NIP: Det Nationale Indikatorprojekt

NYHA: New York Heart Association (anvendes til at klassificere funktionsniveau og symptomer hos patienter med hjertesvigt)

RKKP: Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

SundK: Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Prognostiske faktorer

Prognostiske faktorer er forhold, der kan påvirke en sygdomsprognose. Det vil sige sandsynligheden for, at en patient vil blive rask, har et dårligt forløb eller dør. Prognostiske faktorer kan f.eks. anvendes til stratificering eller justering for forskelle i patientsammensætningen.

I Dansk Hjertesvigtdatabase er følgende prognostiske faktorer valgt:

- Alder
- Køn
- Tidligere sygdomme: AMI, atrieflimren, diabetes, hypertension, KOL og stroke
- Nyrefunktion (eGFR)

Information om de prognostiske faktorer indhentes på tidspunktet for første gang hjertesvigt diagnosen blev stillet (første indlæggelse/første ambulante kontakt).

Data indhentes fra nationale registre eller andre kliniske kvalitetsdatabaser.

Tidsperioden for afsøgning er 10 år bagud i tid fra første kontakt. Datakilden betinger dog, hvor lang tid bagud i tid, det er muligt at undersøge, om en person tidligere har/har haft en given sygdom.

AMI

Datakilden er LPR.

Ifald patienten har en registrering med diagnosen DI21* Akut myokardieinfarkt indenfor den definerede tidsperiode, antages det, at patienten tidligere har haft AMI. Der inkluderes både aktions- og bi-diagnoser. Desuden skal kontakten være fysisk og akut.

Atrieflimren

Tidligere blev patientens hjerterytme ved første kontakt indberettet. Dette er ændret fra 1. juli 2025, således at der kun indhentes information om, hvorvidt patienten havde atrieflimren og -flagren.

Datakilden er den kliniske kvalitetsdatabase: Atrieflimren i Danmark.

Indgår patientens CPR nr. i populationsdatasættet med en diagnosedato indenfor den definerede tidsperiode, antages det, at patienten har atrieflimren.

I Atrieflimren-databasen findes patienter med atrieflimren på baggrund af kontakter i LPR (siden 2006), speciallægepraksis samt almen praksis (begge siden 2013).

Diabetes

Datakilden er den kliniske kvalitetsdatabase: Dansk Diabetes Database.

Indgår patientens CPR nr. i populationsdatasættet med en inklusionsdato indenfor den definerede tidsperiode, antages det, at patienten har diabetes.

I Dansk Diabetes Database dannes populationen på baggrund af kontakter i LPR og/eller indløste recepter jf. Lægemiddelstatistikregistret (siden 2005).

eGFR

Tidligere blev patientens S-creatinin ved første kontakt indberettet. Dette ændres til eGFR (enhed ml/min/1,73 m²).

Datakilden er Laboratoriedatabasen, og følgende værdier inkluderes:

- eGFR ved første kontakt
- eGFR efter 12 uger (så tæt på de 12 uger som muligt).

NPU-koder:

DNK35302 Nyre—Glomerulær filtration; vol.hast.

DNK35301 Nyre—Glomerulær filtration; vol.hast

DNK35131 Nyre—Glomerulær filtration; vol.hast

Hypertension

Datakilderne er LPR og Lægemedelstatistikregistret. Det antages, at patienten har hypertension, hvis patienten har en registrering med en af de nævnte diagnoser inden for de sidste 10 år i LPR eller har indløst recept på 2 præparater inden for to forskellige grupper (G1-G6) inden for det sidste år forud for den akutte kontakt med stroke.

Det skal bemærkes, at nogle ATC-koder kan tælle med 2 gange, selv om der kun er indløst én recept jf. Lægemedelstatistikregistret (eksempelvis C09BB).

DIAGNOSER

Indenfor 10 år

DI10	Blodtryksforhøjelse af ukendt årsag
DI11	Hypertensiv hjertesygdom
DI12	Hypertensiv nyresygdom
DI13	Blodtryksforhøjelse med både hjertesygdom og nyresygdom
DI15	Blodtryksforhøjelse med kendt årsag

INDLØSTE RECEPTER (ATC koder)

Inden for 1 år

C02A	Antiadrenerge midler, centralt virkende	G1
C02B	Antiadrenerge midler, ganglie-blokerende	G1
C02C	Antiadrenerge midler, perifert virkende	G1
C02L	Antihypertensiva og diuretika i kombination	G2
C03A	Low-ceiling diuretika, thiazider	G2
C03B	Low-ceiling diuretika, excl. thiazider	G2

C03D	Aldosteronantagonister og andre kaliumbesparende midler	G2
C03E	Diuretika og kaliumbesparende midler i komb.	G2
C03X	Andre diuretika	G2
C07B	Beta-blokerende midler og thiazider	G2
C07C	Beta-blokkere og andre diuretika	G2
C07D	Beta-blokkere, thiazider og andre diuretika	G2
C08G	Calciumantagonister og diuretika	G2
C09BA	Ace-hæmmere og diuretika	G2
C09DA	Angiotensin ii receptor blokkere (arbs) og diuretika	G2
C09XA52	Aliskiren og hydrochlorthiazid	G2
C02B	Antiadrenerge midler, ganglie-blokerende	G3
C02DD	Nitroferricyanid-derivater	G3
C02DG	Guanidin-derivater	G3
C04	Perifere vasodilatorer	G3
C05	Vasoprotectiva	G3
C07	Beta-blokerende midler	G4
C08	Calciumantagonister	G5
C09BB	Ace-hæmmere og calciumantagonister	G5
C09DB	Angiotensin ii receptor blokkere (arbs) og calciumantagonister (ccb)	G5
C09	Midler med virkning på renin-angiotensin systemet	G6

KOL

Datakilden er den kliniske kvalitetsdatabase: Dansk Register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom.

Indgår patientens CPR nr. i populationsdatasættet med en inklusionsdato indenfor den definerede tidsperiode, antages det, at patienten har diabetes.

I Dansk Register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom dannes populationen på baggrund af kontakter i LPR eller kontakter med diagnosen KOL i almen praksis (siden 2019).

Stroke

Datakilden er den kliniske kvalitetsdatabase: Dansk Stroke Register.

Indgår patientens CPR nr. i populationsdatasættet med en stroke-diagnose 10 år bagud i tid fra den akutte kontakt med stroke, antages det, at patienten tidligere har haft et stroke.

Registreringsskemaet er gældende for patienter, der får stillet hjertesvigtdiagnosen for første gang efter d. 1. juli 2025.

se databasedefinitioner her: <https://www.sundk.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/dansk-hjertesvigt-database-dhd/indberetning/>

36

Definition af variable, der skal indberettes via KIP

Patientens CPR nr.

- Angives med alle 10 cifre (dd-mm-åå-lbnr.)

Dato for indlæggelse/første ambulante kontakt af aktuelle sygdomsforløb

- Angives som dd-mm-åå.

LVEF (Left Ventricular Ejection Fraction)

- Angives som den eksakte værdi for LVEF. Såfremt LVEF er angivet som et interval i journalen, skrives den værdi, der ligger midt i intervallet med en oprundet værdi. Eksempelvis: LVEF er vurderet til at ligge mellem 35 og 40%, så anføres 38% (37,5% oprundes til 38%).

Fysisk træning

- Angiver om patienten senest 12 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt er henvist til individualiseret superviseret fysisk træning (herunder også i form af superviseret hjemmebaseret træning/selvtræning) i enten hospitalsregi eller i kommunalt regi.
- Angives som "Ja" samt dato (dd-mm-åå) for henvisning eller "Nej".
- "Nej" angives, såfremt patienten ikke er henvist til individualiseret fysisk træning (patienten er vurderet ikke egnet på grund af moribund, demens, konfus etc.), eller patienten siger nej til tilbuddet om fysisk træning i hospitals/kommunalt regi (ikke motiveret eller træner allerede). "Nej" angives endvidere, hvis fysisk træning ikke på noget tidspunkt er blevet nævnt i journalen.

Hovedparten af patienterne med hjertesygdom har gavn af at være fysisk aktive livslangt og kan profitere af fysisk træning. En betydelig andel af hjertepatienter bør derfor anbefales fysisk træning som en del af behandlingen, og henvises til fysisk genoptræning via en genoptræningsplan i forbindelse med udskrivelse eller ambulant udredning og behandling (DCS, 2025). Da der vil være patienter, som ikke er relevante for henvisning til fysisk træning, eller som takker nej til fysisk træning, er standarden for denne indikator aktuelt 50%.

Der skal ligge en lægefaglig, individuel vurdering til grund for, om en patient er træningseget og skal henvises til superviseret fysisk træning (DCS, 2025). Patienten med hjertesvigt er typisk præget af forringet kondition og muskelfunktion og vil profitere af udholdenheds- og styrketræning jf. gældende NBV (DCS, 2025).

Træningsforløbet tilrettelægges og superviseres af en fysioterapeut i enten hospitals- eller kommunalt regi. Træningen kan foregå på hold, som individuel træning eller hjemmebaseret træning/selvtræning. Superviseret hjemmebaseret fysisk træning er et alternativ til holdbaseret superviseret træning og bør overvejes til alle patienter, der ikke ønsker eller har mulighed for at deltage i holdtræning. Med superviseret forstås, at patienten instrueres i træningen i sygehusregi og indleder første træningssession der og efterfølgende træner hjemme efter et fastlagt program med mulighed for kontinuerlig supervision (telefonisk kontakt, evt. kontrolbesøg) ved fysioterapeut.

Patienten skal være velkompenseret, stabil og i et optitreringsforløb med betablokkere og ACE-hæmmer/ARB/ARNI, men ikke nødvendigvis fuldt optitreret i alle præparater.

Reference: Dansk Cardiologisk Selskab 2025. Behandlingsvejledning: Hjerterehabilitering
<https://www.cardio.dk/hjerterehabilitering>

Tilbagemeldingsskema

Gældende siden november 2022.

Skemaet skal udfyldes for alle patienter, der optræder på oversigten over dækningsgrad som "ikke opfyldt", og som ikke skal registreres i Dansk Hjertesvigtdatabase (DHD) grundet manglende opfyldelse af databasens inklusionskriterier.

Hvis der er tale om fejldiagnose i LPR, skal ændringen til en korrekt diagnose i den elektroniske patientjournal vurderes ved ansvarlig læge og ved relevant personale (typisk sekretær). Indberettende afdeling har ansvar for at annullere hjertesvigt diagnosen.

Bemærk, at tilbagemeldingsskemaet ikke fjerner allerede indberettede patientforløb i databasen (via KIP). Tilbagemeldingsskemaet vedrører kun dækningsgraden. Såfremt et patientforløb er indberettet til DHD, vil forløbet indgå i databasens population og dermed i indikatorberegningen. Det er muligt at fjerne fejlregistrerede patientforløb i DHD via KIP (ved genåbning af indsendte skemaer).

CPR-nr.	
Indlæggelsesdato/amb.kontaktdato:	d d m m å å
Patienten skal ikke indberettes til DHD, fordi patienten opfylder et af følgende eksklusionskriterier:	☐ A1: Patienten har tidligere kendt og korrekt diagnosticeret og behandlet hjertesvigt ☐ A2: Patienter med akut myokardieinfarkt (AMI) med nedsat ejection fraction (EF/LVEF), hvor AMI er A-diagnosen ☐ A3: Patienten har ikke korregerbar strukturel hjertesygdom og deraf følgende hjertesvigt ☐ A4: Primær årsag til hjertesvigt er hjerteklapsygdom og deraf følgende hjertesvigt ☐ A5: Primær årsag til hjertesvigt er hurtig hjerteryme (ofte atrieflimren) (kræver kardiologisk vurdering) ☐ A6: Patienten har cor pulmonale ☐ A7: Patienten har isoleret højresidig hjertesvigt ☐ A8: Patienten har gået hos privatpraktiserende speciallæge i kardiologi og er blevet diagnosticeret og behandlet hos denne ☐ A9: A-diagnose er ikke hjertesvigt ☐ A10: Patientforløb flyttet i KIP til behandlingsansvarlig afd.

Ændringslog

Versionsnummer	Ændringsdato	Beskrivelse
0.9	20.06.2025	Version, der blev sendt til i høring i regionerne
1.0	24.09.2025	Erstatter version 6.3 (21.04.2025). Ændret er: - Ny skabelon for databasespecifikationer, hvor dokumentet indeholder både indikatorskema, beregningsregler samt definitioner af variable. - Konkrete ændringer: - Følgende variable er udgået fra indtastningsskemaet: NYHA-klassifikation, struktureret undervisning, alkohol og rygning. - Følgende variable er udgået fra indtastningsskemaet – men informationen hentes fra andre registre: indlagt/ambulant patientforløb, status (død/i live) og komorbiditet. - Indikator, der vedrører struktureret undervisning, er udgået. - Flere indikatorer er blevet til supplerende indikatorer: - Genindlæggelse og opfølgende medicinsk behandling (ACE/ARB/ARNI, betablokker, MRA, SGLT2-inhib.) - Ændringerne er gældende for personer, der diagnosticeres med hjertesvigt fra d. 1. juli 2025.