Årsrapport 2026

# Dansk Register for Akut Koronart Syndrom

1. juli 2025 – 30. juni 2026

Offentliggjort version

25. november 2026

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

© Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, 2026

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

Udgiver:
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
Hedeager 3,
8200 Aarhus N

www.sundk.dk

Version: Offentliggjort version
Versionsdato: 25.11.2026

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

# Indhold


Konklusioner og anbefalinger ..... 5

Oversigt over databasens indikatorer ..... 6

Oversigt over de samlede indikatorresultater ..... 8

Dækningsgrad ..... 11

Dækningsgrad ..... 11
Overensstemmelsesgrad ..... 14

Indikatorresultater på lands-, regions- og enhedsniveau ..... 17

Indikator 4: Visitation direkte til hjertecenter ved STEMI ..... 17
Indikator 5: Indlæggelse på akut hjertemodtagelse ved NSTEMI ..... 21
Indikator 11: Invasiv undersøgelse inden for 24 timer ved NSTEMI ..... 25
Indikator 12: Ekkokardiografi inden udskrivelse ..... 29
Indikator 13: Dual antiplatelet therapy ..... 30
Indikator 14: Lipidsænkende præparat ..... 36
Indikator 15-16: Betablokker og/eller ACE-hæmmer ..... 42
Indikator 17: Henvisning til hjerterehabilitering ..... 49
Indikator 18a: 30-dages dødelighed efter STEMI (alle) ..... 55
Indikator 18ai: 30-dages dødelighed efter STEMI (invasivt behandlede) ..... 58
Indikator 18b: 30-dages dødelighed efter NSTEMI (alle) ..... 61
Indikator 18bi: 30-dages dødelighed efter NSTEMI (invasivt behandlede) ..... 64
Indikator 19a: 1-års dødelighed efter STEMI (alle) ..... 67
Indikator 19ai: 1-års dødelighed efter STEMI (invasivt behandlede) ..... 70
Indikator 19b: 1-års dødelighed efter NSTEMI (alle) ..... 73
Indikator 19bi: 1-års dødelighed efter NSTEMI (invasivt behandlede) ..... 76

Indikatorer som afventer data ..... 79

Indikator 2: Transport med ambulance/helikopter ved STEMI ..... 79
Indikator 3: Præhospital EKG ved STEMI ..... 79
Indikator 6: Magnyl inden ankomst til kard. lab. ..... 79
Indikator 7: PCI eller CABG inden for 12 timer fra First Medical Contact ..... 79
Indikator 8: KAG/PCI inden for 90 min. fra diagnose ..... 80
Indikator 9: KAG/PCI inden for 120 min fra alarmering eller ankomst til sygehus ..... 80
Indikator 10: EKG inden for 10 min. fra First Medical Contact ..... 80

Supplerende opgørelser ..... 81

Incidens ..... 81
Diagnosekoder for forløb fra Landspatientregisteret ..... 82
Verificerede diagnoser for forløb som er indberettet til DanAKS ..... 85
Ekkokardiografi inden udskrivelse ..... 87
Behandling med Magnyl, P2Y12 inhibitor og DOAK/VKA ..... 89
Behandling med betablokker ..... 90
Behandling med ACE-hæmmer ..... 92
Henvisning til hjerterehabilitering ..... 94
Køn, alder og Charlson Comorbidity Index ..... 96
Andel af patienter som dør indenfor 30 dage (samlet trendgraf for 18a/18ai/18b/18bi) ..... 97
Andel af patienter som dør indenfor 1 år (samlet trendgraf for 19a/19ai/19b/19bi) ..... 98

Dækningsgrad for akut myokardieinfarkt (AMI) ..... 99
Dækningsgrad for ustabil angina pectoris (UAP) ..... 101

Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet ..... 103

Datagrundlag ..... 104

Styregruppens medlemmer ..... 105

Appendiks ..... 106

Klassifikation af diagnosekoder ..... 106
Oversigt over hjertecentre i Danmark ..... 108
Oversigt over akutte hjertemodtagelser i de fem regioner ..... 108

Regionale kommentarer ..... 112

# Konklusioner og anbefalinger

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

Det er fortsat et stort problem at dækningsgraden er lav. I DanAKS udtrykker dækningsgraden andelen af patienterne med et LPR-forløb, hvor der er lavet indberetning via webservice af en verificeret diagnose. Registerets validitet er afhængig af en høj dækningsgrad og dette bør tilstræbes. Det bemærkes her at regionerne er forpligtiget til at indberette data på patienter der er omfattet af kvalitetsregisteret. Registeret vil lave tiltag med det formål at øge dækningsgraden,

Styregruppen vurderer overordnet, at den kliniske kvalitet i behandlingen af patienter med AKS er tilfredsstillende. Der er forhold i rapporten hvor registeret anbefaler lokal auditering, og registeret opfordrer til at auditeringen sendes som kommentar inden deadline for kommentering af rapporten – se mere under indikator 13 (Dual antiplatelet therapy) og indikator 17 (Henvisning til hjerterehabilitering).

I rapporten er det for første gang muligt at opgøre andelen af patienter med NSTEMI som har fået lavet KAG/PCI < 24timer. Der ses en lav målopfyldelse, men styregruppen noterer sig at indikatoren bør opgøres på en smallere gruppe af patienter, og at vurdering af data endnu ikke kan gennemføres. Indikatoren er interessant fordi den udtaler sig om logistiske forhold og siger noget om ressourceudnyttelse. Herudover er indikatoren af stor betydning set fra et patientperspektiv. Styregruppen ser frem til en mere valid opgørelse, hvorefter indikatorens udviklingsmål skal drøftes med styregruppen, herunder med registerets patientrepræsentanter.

Behandlingen af patienter med AKS har ændret sig betydeligt over de senere år. Herudover er der logistiske forhold som må siges at være almindelig standard nationalt, hvorfor det ikke længere er relevant at opgøre disse forhold i registeret. Styregruppens evidensspecialist vil sammen med formanden, sikre at evidensrapporten opdateres. Styregruppen har revideret indikatorerne ved dette års audit og indstiller at en række indikatorer udgår, eller opgøres som supplerende analyser.

Der er fortsat udfordringer med data fra den præhospitale fase. Styregruppen anbefaler at der fortsat arbejdes på at få data for PPJ-Patientforløb ind i DanAKS ved de indikatorer der bevares.

Oktober 2026,
Styregruppen for DanAKS

# Oversigt over databasens indikatorer

Nedenfor ses en oversigt over de af databasens indikatorer som indgår i Årsrapport 2026.

**Indikatoroversigt**

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

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

Nedenfor ses en oversigt over supplerende indikatorer i Årsrapport 2026.

**Supplerende indikatoroversigt**

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

# Oversigt over de samlede indikatorresultater

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

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

**Oversigt over de samlede indikatorresultater**

| Indikator | Udviklingsmål | Uoplyst % | Indikatoropfyldelse Andel (95% CI) | Andel | Andel |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 01.07.2025 - 30.06.2026 | 2024/25 | 2023/24 |
| Indikator 5: Andel af patienter med NSTEMI indlagt direkte på akut hjertemodtagelse | ≥ 80 | | 77,3 (76,0-78,6) | 76,3 | 73,0 |
| Indikator 11: Andel af patienter med NSTEMI hvor der er foretaget KAG/PCI <= 24 timer fra ankomst til sygehus | ≥ 90 | 1 | 25,2 (24,1-26,4) | | |
| 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 | ≥ 90 | | 79,8 (78,8-80,8) | 82,1 | 82,2 |
| Indikator 14: Andel af patientforløb med AMI, hvor der er indløst recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse | ≥ 90 | | 90,0 (89,2-90,7) | 90,3 | 90,5 |
| Indikator 15_16: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF <= 40, hvor der er indløst recept på beta-blokker eller ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse | ≥ 90 | 5 | 90,9 (88,8-92,8) | 94,2 | 94,5 |
| Indikator 17: Andel af patienter med verificeret AMI der er henvist til hjerterehabilitering eller hjertesvigtsklinik ved udskrivelse | ≥ 80 | | 84,6 (83,5-85,7) | 83,0 | 84,1 |
| Indikator 18a: Andel af patienter med STEMI som er døde <= 30 dage efter First Medical Contact (FMC) | ≤ 6,5 | | 7,5 (6,5-8,5) | 7,3 | 6,0 |
| Indikator 18ai: Andel af patienter med STEMI, der er behandlet invasivt, som er døde <= 30 dage efter First Medical Contact (FMC) | ≤ 2 | | 5,5 (4,6-6,5) | 5,4 | 4,3 |

| Indikator | Udviklingsmål | Uoplyst % | Indikatoropfyldelse Andel (95% CI) | Andel | Andel |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 01.07.2025 - 30.06.2026 | 2024/25 | 2023/24 |
| Indikator 18b: Andel af patienter med NSTEMI som er døde <= 30 dage efter First Medical Contact (FMC) | ≤ 7,5 | | 4,5 (3,9-5,2) | 4,2 | 5,1 |
| Indikator 18bi: Andel af patienter med NSTEMI, der er behandlet invasivt, som er døde <= 30 dage efter First Medical Contact (FMC) | ≤ 4,5 | | 2,2 (1,6-3,0) | 2,2 | 2,6 |
| | | | 01.07.2024 - 30.06.2025 | 2023/24 | 2022/23 |
| Indikator 19a: Andel af patienter med STEMI som er døde <= 365 dage efter First Medical Contact (FMC) | ≤ 12,5 | | 11,3 (10,2-12,6) | 9,9 | 11,6 |
| Indikator 19ai: Andel af patienter med STEMI, der er behandlet invasivt, som er døde <= 365 dage efter First Medical Contact (FMC) | ≤ 4,5 | | 8,5 (7,4-9,6) | 7,5 | 8,9 |
| Indikator 19b: Andel af patienter med NSTEMI som er døde <= 365 dage efter First Medical Contact (FMC) | ≤ 13,5 | | 10,5 (9,5-11,5) | 12,1 | 14,1 |
| Indikator 19bi: Andel af patienter med NSTEMI, der er behandlet invasivt, som er døde <= 365 dage efter First Medical Contact (FMC) | ≤ 7,5 | | 5,4 (4,5-6,4) | 6,2 | 7,1 |

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

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

| | | Uoplyst | Indikatoropfyldelse | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Indikator | Udviklingsmål | % | Andel (95% CI) | Andel | Andel |
| | | | 01.07.2025 - 30.06.2026 | 2024/25 | 2023/24 |
| Indikator S4: Andel af patienter med STEMI, der visiteres direkte til hjertecenter (alle) | | | 77,3 (75,7-78,8) | 78,9 | 77,3 |
| Indikator S12: Andel af patienter med verificeret AMI med gennemført ekkokardiografi før udskrivelse | | 6 | 98,7 (98,3-99,0) | 98,5 | 98,1 |
| Indikator S15: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF <= 40, hvor der er indløst recept på beta-blokker senest 30 dage efter udskrivelse | | 5 | 67,2 (64,0-70,3) | 71,9 | 77,7 |
| Indikator S16: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF <= 40, hvor der er indløst recept på ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse | | 5 | 84,5 (81,9-86,9) | 88,1 | 88,6 |

# Dækningsgrad

## Dækningsgrad

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

Dækningsgraden for DanAKS opgøres ved at samkøre DanAKS med Landspatientregisteret (LPR).

Dækningsgraden af patientregistreringen i DanAKS er defineret som:

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

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

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

- På landsplan er dækningsgraden 60,2% med stor inter- og intraregional variation.
- Dækningsgraden er 34,1% for Region Hovedstaden, 66,7% for Region Sjælland, 56,1% for Region Syddanmark, 89,8% for Region Midtjylland og 76,1% for Region Nordjylland.
- På hospitalsniveau varierer dækningsgraden fra 4,9% til 100%, når der ses bort fra Bornholms Hospital med under 3 forløb.
- Fem hospitaler har opnået en dækningsgrad på over 90% i det aktuelle opgørelsesår: Sjællands Universitetshospital Roskilde, Hospitalsenhed Midt, Regionshospitalet Gødstrup, Regionshospitalet Randers og Regionshospital Nordjylland.
- Der er fortsat betydelige udfordringer med dækningsgraden på flere store hospitaler i Region Hovedstaden. Således er dækningsgraden for Amager og Hvidovre Hospital og Herlev og Gentofte Hospital, som hver har omkring 400-500 årlige AKS-forløb, henholdsvis 4,9% og 6,6%. Omvendt er dækningsgraden for Rigshospitalet steget markant sammenlignet med de foregående år, og dækningsgraden for Rigshospitalet er 75,4% i det aktuelle opgørelsesår.
- Region Syddanmark begyndte at indberette forløb til databasens webservice i april 2025, og dækningsgraden for regionen er steget markant sammenlignet med de foregående år. Særligt Odense Universitetshospital, Odense har opnået en høj dækningsgrad (88,6%).
- Der observeres et mindre fald i dækningsgraden for Region Midtjylland, som dog fortsat har en dækningsgrad på 89.8%. Faldet drives af en betydelig nedgang i dækningsgraden for Aarhus Universitetshospital på næsten 20 %-point.
- Som supplement til opgørelsen af databasens samlede dækningsgrad for AKS er der i Appendiks på side 99ff opgørelser af dækningsgraden for henholdsvis akut myokardieinfarkt (AMI) og ustabil angina pectoris (UAP). Dækningsgraden for AMI er 62,2% på landsplan, mens dækningsgraden for UAP er 42,9% på landsplan.
- Den lave dækningsgrad for databasen, herunder særligt for Østdanmark og for Region Syddanmark, medfører risiko for, at resultaterne for de indberettede forløb ikke er repræsentative for kvaliteten af behandlingen af patienter med AKS. Dette gælder særligt følgende indikatorer, hvor kun verificerede AKS-forløb, som er blevet indberettet til databasen via webservice, indgår i opgørelserne: indikator 15_16 (betablokker og/eller ACE-hæmmer) og indikator 17

(hjerterehabilitering). Databasens øvrige indikatorer kan dog også være påvirket af den lave dækningsgrad, da det ikke vil være muligt at ekskludere patienter med fejldiagnoser i LPR fra indikatoropgørelserne.

### Styregruppens kommentar

Dækningsgraden er stigende fra 49% til 60%, men fortsat uacceptabelt lav.

Der er fortsat betydelig inter- og intraregional variation.

Det er glædeligt at der nu er data fra Region Syddanmark for et helt år.

Det er afgørende for registerets validitet at dækningsgraden øges til de 90% som er udviklingsmålet.

Det er tydeligt at sikring af en tilfredsstillende dækningsgrad er afhængig af en vedvarende lokal auditering, og ledsagende vedvarende indsats for at sikre korrekt registrering.

Registeret opfordrer til en lokal opmærksomhed som skal sikre at dækningsgraden øges. Konkret anbefaler registeret:

- At afdelingsledelserne varetager deres forpligtelse til at indberette til kvalitetsregisteret.
- At de regionale og lokale kvalitetskonsulenter aktiveres for at facilitere en opmærksomhed på indberetning til registeret.

Registerets formandskab vil formulere et brev til de regionale kvalitetskonsulenter i forhold til at sikre ovenstående.

### Dækningsgrad

| | | | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Udviklingsmål | Tæller/ | 01.07.2025 - 30.06.2026 | | 2024/25 | | 2023/24 |
| | opnået | nævner | Andel | 95% CI | Antal | Andel | Andel |
| **Danmark** | | 4.790 / 7.956 | 60,2 | (59,1-61,3) | 3.961 / 8.088 | 49,0 | 44,6 |
| **Hovedstaden** | | 825 / 2.422 | 34,1 | (32,2-36,0) | 586 / 2.549 | 23,0 | 18,1 |
| **Sjælland** | | 817 / 1.225 | 66,7 | (64,0-69,3) | 902 / 1.286 | 70,1 | 62,4 |
| **Syddanmark** | | 987 / 1.759 | 56,1 | (53,8-58,4) | 249 / 1.712 | 14,5 | 6,1 |
| **Midtjylland** | | 1.442 / 1.605 | 89,8 | (88,3-91,3) | 1.546 / 1.620 | 95,4 | 91,8 |
| **Nordjylland** | | 719 / 945 | 76,1 | (73,2-78,8) | 678 / 921 | 73,6 | 74,1 |
| **Hovedstaden** | | 825 / 2.422 | 34,1 | (32,2-36,0) | 586 / 2.549 | 23,0 | 18,1 |
| Amager og Hvidovre Hospital | | 25 / 510 | 4,9 | (3,2-7,2) | 34 / 496 | 6,9 | 13,5 |
| Bispebjerg og Frederiksberg Hospital | | 80 / 242 | 33,1 | (27,2-39,4) | 94 / 265 | 35,5 | 34,3 |
| Bornholms Hospital | | #/# | 1,4 | (0,0-7,7) | #/# | 2,2 | 3,5 |
| Herlev og Gentofte Hospital | | 28 / 423 | 6,6 | (4,4-9,4) | 15 / 547 | 2,7 | 1,2 |
| Nordsjællands Hospital | | 32 / 305 | 10,5 | (7,3-14,5) | 58 / 356 | 16,3 | 31,5 |

| | Udviklingsmål opnået | Tæller/ nævner | Aktuelle år 01.07.2025 - 30.06.2026 Andel | 95% CI | Tidligere år 2024/25 Antal | Andel | 2023/24 Andel |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Rigshospitalet, Blegdamsvej | | 659 / 872 | 75,6 | (72,6-78,4) | 383 / 796 | 48,1 | 33,5 |
| **Sjælland** | | 817 / 1.225 | 66,7 | (64,0-69,3) | 902 / 1.286 | 70,1 | 62,4 |
| Holbæk Sygehus | | 150 / 199 | 75,4 | (68,8-81,2) | 184 / 203 | 90,6 | 79,5 |
| Midt- og Vestsjællands Hospital, Somatik | | 34 / 268 | 12,7 | (8,9-17,3) | 32 / 323 | 9,9 | 20,1 |
| Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F | | 138 / 236 | 58,5 | (51,9-64,8) | 199 / 231 | 86,1 | 69,4 |
| Sjællands Universitetshospital, Roskilde | | 495 / 522 | 94,8 | (92,6-96,6) | 487 / 529 | 92,1 | 80,1 |
| **Syddanmark** | | 987 / 1.759 | 56,1 | (53,8-58,4) | 249 / 1.712 | 14,5 | 6,1 |
| Odense Universitetshospital, Odense | | 389 / 439 | 88,6 | (85,3-91,4) | 115 / 439 | 26,2 | 0,0 |
| Odense Universitetshospital, Svendborg | | 134 / 263 | 51,0 | (44,7-57,1) | 129 / 301 | 42,9 | 33,1 |
| Sydvestjysk Sygehus | | 109 / 272 | 40,1 | (34,2-46,2) | 3 / 256 | 1,2 | 0,7 |
| Sygehus Lillebælt | | 202 / 470 | 43,0 | (38,5-47,6) | #/# | 0,2 | 0,4 |
| Sygehus Sønderjylland | | 153 / 315 | 48,6 | (42,9-54,2) | #/# | 0,3 | 0,0 |
| **Midtjylland** | | 1.442 / 1.605 | 89,8 | (88,3-91,3) | 1.546 / 1.620 | 95,4 | 91,8 |
| Aarhus Universitetshospital | | 393 / 501 | 78,4 | (74,6-82,0) | 512 / 537 | 95,3 | 93,8 |
| Hospitalsenhed Midt | | 233 / 235 | 99,1 | (97,0-99,9) | 264 / 264 | 100,0 | 94,9 |
| Regionshospitalet Gødstrup | | 342 / 356 | 96,1 | (93,5-97,8) | 300 / 310 | 96,8 | 88,5 |
| Regionshospitalet Horsens | | 202 / 241 | 83,8 | (78,5-88,2) | 203 / 242 | 83,9 | 83,3 |
| Regionshospitalet Randers | | 272 / 272 | 100,0 | (98,7-100,0) | 267 / 267 | 100,0 | 95,8 |
| **Nordjylland** | | 719 / 945 | 76,1 | (73,2-78,8) | 678 / 921 | 73,6 | 74,1 |
| Aalborg Universitetshospital | | 611 / 837 | 73,0 | (69,9-76,0) | 588 / 831 | 70,8 | 71,6 |
| Regionshospital Nordjylland | | 108 / 108 | 100,0 | (96,6-100,0) | 90 / 90 | 100,0 | 98,8 |

# 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. Det 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 97,3%, mens overensstemmelsesgraden på regionsniveau varierer mellem 96,3% - 99,0% og på hospitalsniveau mellem 92,6% - 100%.

**Styregruppens 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)**

| | | | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Udviklingsmål | Tæller/ | 01.07.2025 - 30.06.2026 | | 2024/25 | | 2023/24 |
| | opnået | nævner | Andel | 95% CI | Antal | Andel | Andel |
| **Danmark** | | 4.662 / 4.790 | 97,3 | (96,8-97,8) | 3.858 / 3.961 | 97,4 | 96,6 |
| **Hovedstaden** | | 799 / 825 | 96,8 | (95,4-97,9) | 571 / 586 | 97,4 | 99,1 |
| **Sjælland** | | 809 / 817 | 99,0 | (98,1-99,6) | 888 / 902 | 98,4 | 99,0 |
| **Syddanmark** | | 964 / 987 | 97,7 | (96,5-98,5) | 245 / 249 | 98,4 | 99,0 |
| **Midtjylland** | | 1.388 / 1.442 | 96,3 | (95,1-97,2) | 1.502 / 1.546 | 97,2 | 94,7 |
| **Nordjylland** | | 702 / 719 | 97,6 | (96,2-98,6) | 652 / 678 | 96,2 | 95,9 |
| **Hovedstaden** | | 799 / 825 | 96,8 | (95,4-97,9) | 571 / 586 | 97,4 | 99,1 |
| Amager og Hvidovre Hospital | | 25 / 25 | 100,0 | (86,3-100,0) | 34 / 34 | 100,0 | 98,3 |
| Bispebjerg og Frederiksberg Hospital | | 78 / 80 | 97,5 | (91,3-99,7) | 93 / 94 | 98,9 | 100,0 |
| Bornholms Hospital | | #/# | 100,0 | (2,5-100,0) | #/# | 100,0 | 100,0 |

| | Udviklingsmål opnået | Tæller/ nævner | Aktuelle år 01.07.2025 - 30.06.2026 Andel | 95% CI | Tidligere år 2024/25 Antal | Andel | 2023/24 Andel |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Herlev og Gentofte Hospital | | 28 / 28 | 100,0 | (87,7-100,0) | 14 / 15 | 93,3 | 100,0 |
| Nordsjællands Hospital | | 32 / 32 | 100,0 | (89,1-100,0) | 58 / 58 | 100,0 | 100,0 |
| Rigshospitalet, Blegdamsvej | | 635 / 659 | 96,4 | (94,6-97,7) | 370 / 383 | 96,6 | 98,2 |
| **Sjælland** | | 809 / 817 | 99,0 | (98,1-99,6) | 888 / 902 | 98,4 | 99,0 |
| Holbæk Sygehus | | 146 / 150 | 97,3 | (93,3-99,3) | 178 / 184 | 96,7 | 97,8 |
| Midt- og Vestsjællands Hospital, Somatik | | 34 / 34 | 100,0 | (89,7-100,0) | 32 / 32 | 100,0 | 97,3 |
| Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F | | 137 / 138 | 99,3 | (96,0-100,0) | 196 / 199 | 98,5 | 100,0 |
| Sjællands Universitetshospital, Roskilde | | 492 / 495 | 99,4 | (98,2-99,9) | 482 / 487 | 99,0 | 99,3 |
| **Syddanmark** | | 964 / 987 | 97,7 | (96,5-98,5) | 245 / 249 | 98,4 | 99,0 |
| Odense Universitetshospital, Odense | | 370 / 389 | 95,1 | (92,5-97,0) | 112 / 115 | 97,4 | |
| Odense Universitetshospital, Svendborg | | 134 / 134 | 100,0 | (97,3-100,0) | 128 / 129 | 99,2 | 99,0 |
| Sydvestjysk Sygehus | | 109 / 109 | 100,0 | (96,7-100,0) | 3 / 3 | 100,0 | 100,0 |
| Sygehus Lillebælt | | 198 / 202 | 98,0 | (95,0-99,5) | #/# | 100,0 | 100,0 |
| Sygehus Sønderjylland | | 153 / 153 | 100,0 | (97,6-100,0) | #/# | 100,0 | |
| **Midtjylland** | | 1.388 / 1.442 | 96,3 | (95,1-97,2) | 1.502 / 1.546 | 97,2 | 94,7 |
| Aarhus Universitetshospital | | 364 / 393 | 92,6 | (89,6-95,0) | 492 / 512 | 96,1 | 93,0 |
| Hospitalsenhed Midt | | 231 / 233 | 99,1 | (96,9-99,9) | 262 / 264 | 99,2 | 92,8 |
| Regionshospitalet Gødstrup | | 331 / 342 | 96,8 | (94,3-98,4) | 291 / 300 | 97,0 | 96,4 |
| Regionshospitalet Horsens | | 196 / 202 | 97,0 | (93,6-98,9) | 194 / 203 | 95,6 | 95,9 |
| Regionshospitalet Randers | | 266 / 272 | 97,8 | (95,3-99,2) | 263 / 267 | 98,5 | 96,6 |
| **Nordjylland** | | 702 / 719 | 97,6 | (96,2-98,6) | 652 / 678 | 96,2 | 95,9 |

| | Udviklingsmål opnået | Tæller/ nævner | Aktuelle år 01.07.2025 - 30.06.2026 Andel | 95% CI | Tidligere år 2024/25 Antal | Andel | 2023/24 Andel |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Aalborg Universitetshospital | | 594 / 611 | 97,2 | (95,6-98,4) | 563 / 588 | 95,7 | 95,6 |
| Regionshospital Nordjylland | | 108 / 108 | 100,0 | (96,6-100,0) | 89 / 90 | 98,9 | 98,8 |

# Indikatorresultater på lands-, regions- og enhedsniveau

## Indikator 4: Visitation direkte til hjertecenter ved STEMI

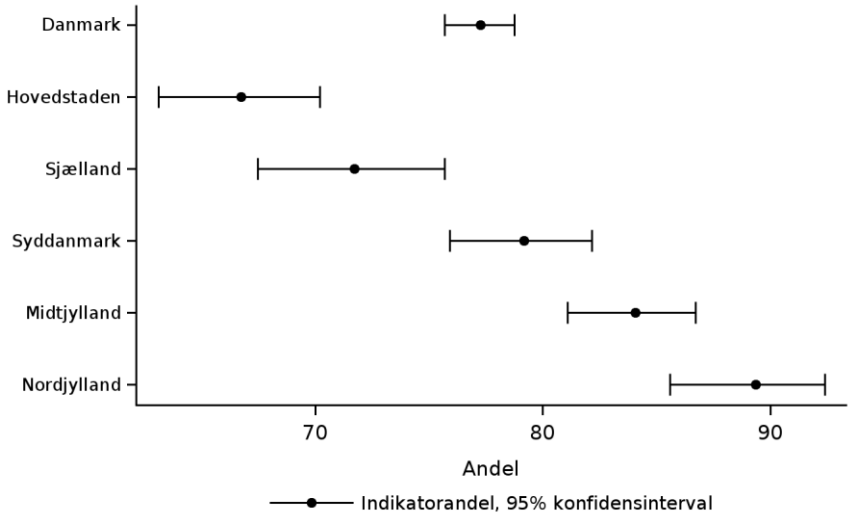
*Andel af patienter med STEMI der visiteres direkte til hjertecenter, hvis de transporteres i ambulance eller helikopter*. Udviklingsmål ≥ 80%

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

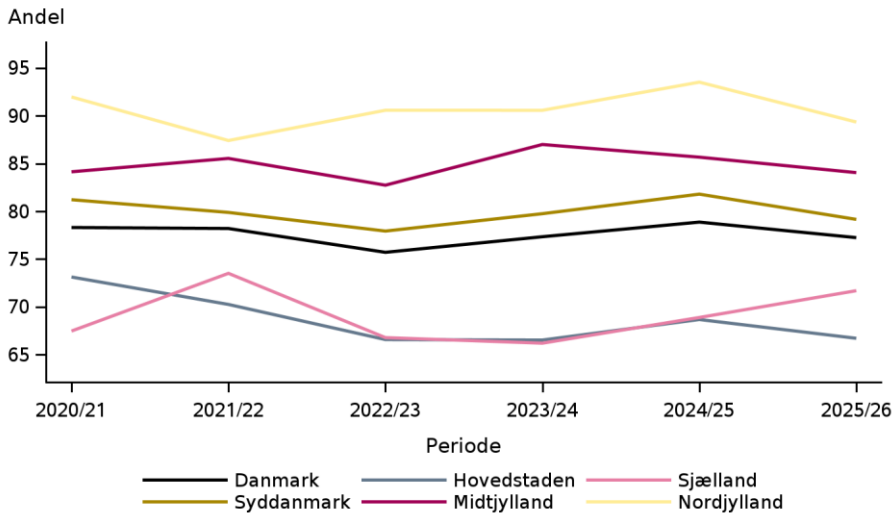
**Indikator S4: Andel af patienter med STEMI, der visiteres direkte til hjertecenter (alle)**

| | | | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Udviklingsmål | Tæller/ | 01.07.2025 - 30.06.2026 | | 2024/25 | | 2023/24 |
| | opnået | nævner | Andel | 95% CI | Antal | Andel | Andel |
| **Danmark** | | 2.197 / 2.844 | 77,3 | (75,7-78,8) | 2.259 / 2.864 | 78,9 | 77,3 |
| **Hovedstaden** | | 461 / 691 | 66,7 | (63,1-70,2) | 489 / 712 | 68,7 | 66,5 |
| **Sjælland** | | 342 / 477 | 71,7 | (67,4-75,7) | 330 / 479 | 68,9 | 66,2 |
| **Syddanmark** | | 528 / 667 | 79,2 | (75,9-82,2) | 499 / 610 | 81,8 | 79,8 |
| **Midtjylland** | | 564 / 671 | 84,1 | (81,1-86,7) | 580 / 677 | 85,7 | 87,0 |
| **Nordjylland** | | 302 / 338 | 89,3 | (85,6-92,4) | 361 / 386 | 93,5 | 90,6 |

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




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



**Datagrundlag og beregningsregler**

Nævner

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

Tæller

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

Der henvises til Appendiks side 108 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

Uoplyst:

- Ikke muligt

| | Antal | Årsag |
|---|---|---|
| **Eksklusion:** | 128 | Indlæggelsen ikke fundet i LPR |
| | 362 | Ikke AKS |
| | 5.820 | Ikke STEMI eller BBBMI |

**Indikatorresultater**

På landsplan blev 77,3% af patienterne med STEMI indlagt direkte på et hjertecenter i det aktuelle opgørelsesår. På regionsniveau varierer andelen fra 66,7% i Region Hovedstaden til 89,3% i Region Nordjylland.

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

**Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater**

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

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

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

Det bemærkes at indikatorresultaterne er uændrede over tid. Som tidligere er der fortsat en regional variation i indikatorresultatet. Efter sidste årsrapport er der lavet auditering i Regions Hovedstaden. Der var ikke forhold der rejste bekymring omkring kvaliteten. De ønskede præhospitale data vil kunne perspektivere dette yderligere.

Indtil de præhospitale data foreligger er der ikke holdepunkter for at mistænke at den regionale variation er betinget af utilstrækkelig kvalitet.

**Vurdering af indikatoren**
Indikatoren bevares

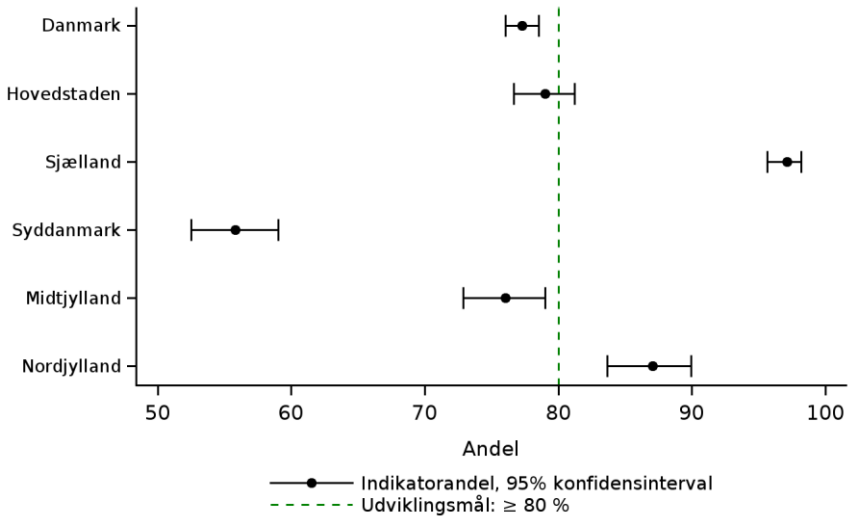
# Indikator 5: Indlæggelse på akut hjertemodtagelse ved NSTEMI

*Andel af patienter med NSTEMI indlagt direkte på akut hjertemodtagelse*. Udviklingsmål ≥ 80%

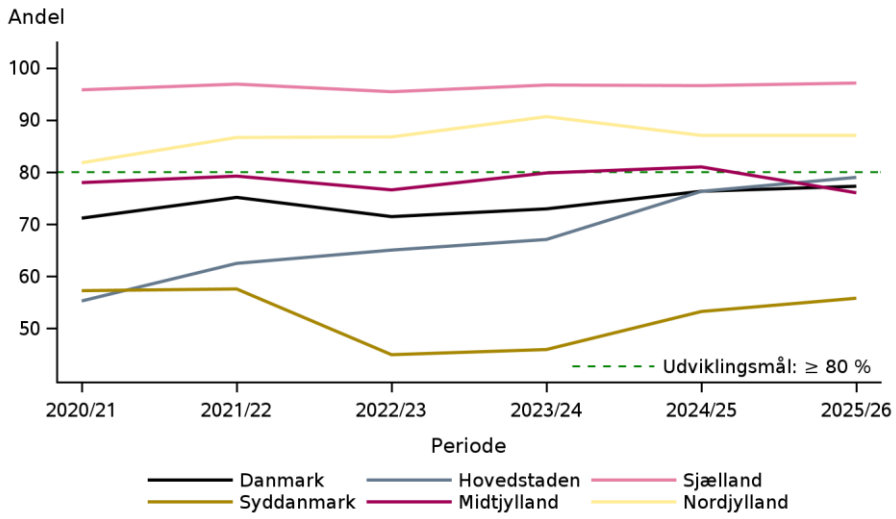
**Indikator 5: Andel af patienter med NSTEMI indlagt direkte på akut hjertemodtagelse**

| | Udviklingsmål | | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ≥ 80% | Tæller/ | 01.07.2025 - 30.06.2026 | | 2024/25 | | 2023/24 |
| | opnået | nævner | Andel | 95% CI | Antal | Andel | Andel |
| **Danmark** | Nej | 3.088 / 3.995 | 77,3 | (76,0-78,6) | 3.051 / 3.997 | 76,3 | 73,0 |
| **Hovedstaden** | Nej | 952 / 1.205 | 79,0 | (76,6-81,3) | 951 / 1.246 | 76,3 | 67,1 |
| **Sjælland** | Ja | 673 / 693 | 97,1 | (95,6-98,2) | 657 / 680 | 96,6 | 96,7 |
| **Syddanmark** | Nej | 501 / 898 | 55,8 | (52,5-59,1) | 493 / 926 | 53,2 | 45,9 |
| **Midtjylland** | Nej | 565 / 743 | 76,0 | (72,8-79,1) | 627 / 774 | 81,0 | 79,9 |
| **Nordjylland** | Ja | 397 / 456 | 87,1 | (83,6-90,0) | 323 / 371 | 87,1 | 90,7 |

**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 108 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

Uoplyst:

- Ikke muligt

| | Antal | Årsag |
|---|---|---|
| **Eksklusion:** | 128 | Indlæggelsen ikke fundet i LPR |
| | 362 | Ikke AKS |
| | 4.669 | Ikke NSTEMI |

**Indikatorresultater**

På landsplan blev 77,3% af patienterne med NSTEMI indlagt direkte på en akut hjertemodtagelse i det aktuelle opgørelsesår. Der observeres fortsat betydelig regional variation, og andelen af patienterne med NSTEMI som indlægges direkte på en akut hjertemodtagelse varierer således fra 55,8% i Region Syddanmark til 97,1% i Region Sjælland.

Andelen af patienter med NSTEMI som indlægges direkte på en akut hjertemodtagelse har ligget på samme niveau i de enkelte regioner siden 2020/2021, med undtagelse af i Region Hovedstaden hvor der ses en stigning (se trendgrafen på forrige side).

**Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater**

Det er anbefalingen, at patienter med NSTEMI indlægges direkte på en "akut hjertemodtagelse". Definitionen af en "akut hjertemodtagelse" er baseret på DCS og DASAEM fælles holdningspapir om

modtagelse af akutte kardiologiske patienter. De enkelte regioner er anmodet om at anføre, hvilke akutte modtagelser som opfylder dette.

Efter sidste års audit blev regionerne bedt om at opdatere listen over akutte hjertemodtagelser. Der blev udsendt en liste over kriterier som alle skal være opfyldte. Styregruppen bemærker at listen over akutte hjertemodtagelser fortsat er utilstrækkelig. Styregruppen finder ligeledes at indikatoren bør opretholdes. Styregruppens patientrepræsentanter finder at indlæggelse direkte på en akut hjertemodtagelse er af stor vigtighed.

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

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

Ændringen kan ikke laves inden offentliggørelse af årets rapport.

**Vurdering af indikatoren**
Indikatoren bevares

# Indikator 11: Invasiv undersøgelse inden for 24 timer ved NSTEMI

*Andel af patienter med NSTEMI hvor der er foretaget KAG/PCI ≤ 24 timer fra ankomst til sygehus.*
Udviklingsmål ≥ 90%

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

Indikatoren rapporteres for første gang i denne årsrapport og resultaterne bør derfor tolkes med forsigtighed.

**Indikator 11: Andel af patienter med NSTEMI hvor der er foretaget KAG/PCI <= 24 timer fra ankomst til sygehus**

| | Udviklingsmål ≥ 90% opnået | Tæller/ nævner | Uoplyst antal (%) | Aktuelle år 01.07.2025 - 30.06.2026 Andel | 95% CI |
|---|---|---|---|---|---|
| **Danmark** | Nej | 992 / 3.938 | 57 (1) | 25,2 | (24,1-26,4) |
| **Hovedstaden** | Nej | 120 / 1.210 | 36 (3) | 9,9 | (8,5-11,5) |
| **Sjælland** | Nej | 181 / 629 | 21 (3) | 28,8 | (25,8-31,9) |
| **Syddanmark** | Nej | 312 / 899 | 0 (0) | 34,7 | (32,1-37,4) |
| **Midtjylland** | Nej | 200 / 739 | 0 (0) | 27,1 | (24,4-29,9) |
| **Nordjylland** | Nej | 179 / 461 | 0 (0) | 38,8 | (35,1-42,7) |
| **Hovedstaden** | Nej | 120 / 1.210 | 36 (3) | 9,9 | (8,5-11,5) |
| Amager og Hvidovre Hospital | Nej | 16 / 204 | 4 (2) | 7,8 | (5,0-11,7) |
| Bispebjerg og Frederiksberg Hospital | Nej | 6 / 100 | 7 (7) | 6,0 | (2,6-11,5) |
| Bornholms Hospital | Nej | #/# | 0 (0) | 2,2 | (0,1-10,1) |
| Herlev og Gentofte Hospital | Nej | 29 / 202 | 3 (1) | 14,4 | (10,5-19,1) |
| Nordsjællands Hospital | Nej | 17 / 133 | 2 (1) | 12,8 | (8,3-18,6) |
| Rigshospitalet, Blegdamsvej | Nej | 51 / 526 | 20 (4) | 9,7 | (7,7-12,1) |
| **Sjælland** | Nej | 181 / 629 | 21 (3) | 28,8 | (25,8-31,9) |
| Holbæk Sygehus | Nej | 22 / 95 | 0 (0) | 23,2 | (16,2-31,4) |

| | Udviklingsmål ≥ 90% opnået | Tæller/ nævner | Uoplyst antal (%) | Aktuelle år 01.07.2025 - 30.06.2026 Andel | 95% CI |
|---|---|---|---|---|---|
| Midt- og Vestsjællands Hospital, Somatik | Nej | 29 / 120 | 6 (5) | 24,2 | (17,9-31,5) |
| Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F | Nej | 15 / 108 | 1 (1) | 13,9 | (8,8-20,6) |
| Sjællands Universitetshospital, Roskilde | Nej | 115 / 306 | 14 (4) | 37,6 | (33,0-42,4) |
| **Syddanmark** | Nej | 312 / 899 | 0 (0) | 34,7 | (32,1-37,4) |
| Odense Universitetshospital, Odense | Nej | 85 / 196 | 0 (0) | 43,4 | (37,4-49,5) |
| Odense Universitetshospital, Svendborg | Nej | 31 / 132 | 0 (0) | 23,5 | (17,5-30,4) |
| Sydvestjysk Sygehus | Nej | 60 / 159 | 0 (0) | 37,7 | (31,3-44,5) |
| Sygehus Lillebælt | Nej | 74 / 247 | 0 (0) | 30,0 | (25,2-35,1) |
| Sygehus Sønderjylland | Nej | 62 / 165 | 0 (0) | 37,6 | (31,3-44,2) |
| **Midtjylland** | Nej | 200 / 739 | 0 (0) | 27,1 | (24,4-29,9) |
| Aarhus Universitetshospital | Nej | 110 / 225 | 0 (0) | 48,9 | (43,2-54,6) |
| Hospitalsenhed Midt | Nej | 19 / 106 | 0 (0) | 17,9 | (12,1-25,2) |
| Regionshospitalet Gødstrup | Nej | 21 / 172 | 0 (0) | 12,2 | (8,3-17,1) |
| Regionshospitalet Horsens | Nej | 20 / 108 | 0 (0) | 18,5 | (12,6-25,8) |
| Regionshospitalet Randers | Nej | 30 / 128 | 0 (0) | 23,4 | (17,4-30,4) |
| **Nordjylland** | Nej | 179 / 461 | 0 (0) | 38,8 | (35,1-42,7) |
| Aalborg Universitetshospital | Nej | 170 / 406 | 0 (0) | 41,9 | (37,8-46,1) |
| Regionshospital Nordjylland | Nej | 9 / 55 | 0 (0) | 16,4 | (8,8-26,8) |

**Datagrundlag og beregningsregler**

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er NSTEMI

Tæller

Patientforløb, som indgår i nævneren, hvor patienten har fået foretaget KAG og/eller PCI inden for 24 efter ankomst til sygehus

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

Uoplyst:

- Patientforløb med proceduredato for KAG/PCI under indlæggelsen som mangler oplysning om klokkeslæt for proceduren (tidspunkt for indstik)

| | Antal | Årsag |
|---|---|---|
| **Eksklusion:** | 128 | Indlæggelsen ikke fundet i LPR |
| | 362 | Ikke AKS |
| | 4.669 | Ikke NSTEMI |
| **Uoplyst:** | 57 | Uoplyst klokkeslet for PCI/KAG |

**Indikatorresultater**

På landsplan har 25,2% af patienterne med en NSTEMI-diagnose fået foretaget KAG/PCI inden for 24 timer fra ankomst på sygehus, mens andelen på regionsniveau varierer fra 9,9% - 38,8%.

Der er 73% af patienterne med en NSTEMI-diagnose som har fået lavet KAG/PCI under indlæggelsen, når der ses bort fra tidskravet på 24 timer.

**Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater**

Det er første gang denne indikator er opgjort.

Der ses en generelt lav målopfyldelse. Der er både inter- og intraregional variation.

Styregruppen vurderer at indikatoren må forventes at være påvirket af den lave dækningsgrad. Patienter som fejlagtigt at har fået en NSTEMI diagnose vil typisk ikke få lavet KAG.

Herudover bemærker styregruppen at KAG fravælges helt relevant hos patienter med NSTEMI grundet betydelig comorbiditet. Styregruppen anbefaler at man fremadrettet kun se på andelen af patienter med verificeret diagnose, og begrænser opgørelsen til de patienter der har fået lavet KAG. Styregruppen anbefaler at man samtidig opgør den andel som ikke har fået lavet KAG som en supplerende analyse.

Styregruppen har drøftet om tidsperspektivet på 24 timer er for restriktivt. Styregruppen bemærker herunder at andelen med opfyldt KAG indenfor 24 timer oftere er opfyldt på hjertecentrene. Styregruppens patientrepræsentanter finder at tidlig KAG er af stor betydning fra et patientperspektiv.

Styregruppen finder at data endnu er utilstrækkelige til at drage entydige konklusioner. Man afventer kommende års resultat hvor ovenstående ændringer i indikatoren vil være opgjort.

**Vurdering af indikatoren**

Indikatoren bevares med ovenstående ændringer.

# Indikator 12: Ekkokardiografi inden udskrivelse

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

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

Der henvises til den supplerende opgørelse på side 87.

# Indikator 13: Dual antiplatelet therapy

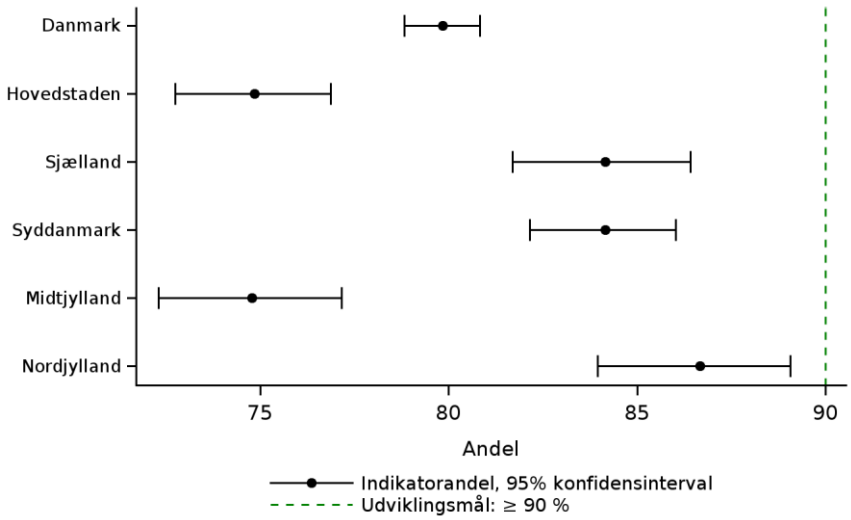
*Andel af patientforløb med AMI, hvor der er indløst recept på dual antiplatelet therapy (DAPT) (både Magnyl og P2Y12 inhibitor) eller Magnyl eller P2Y12 inhibitor i kombination med DOAK/VKA senest 30 dage efter udskrivelse*. Udviklingsmål ≥ 90%

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

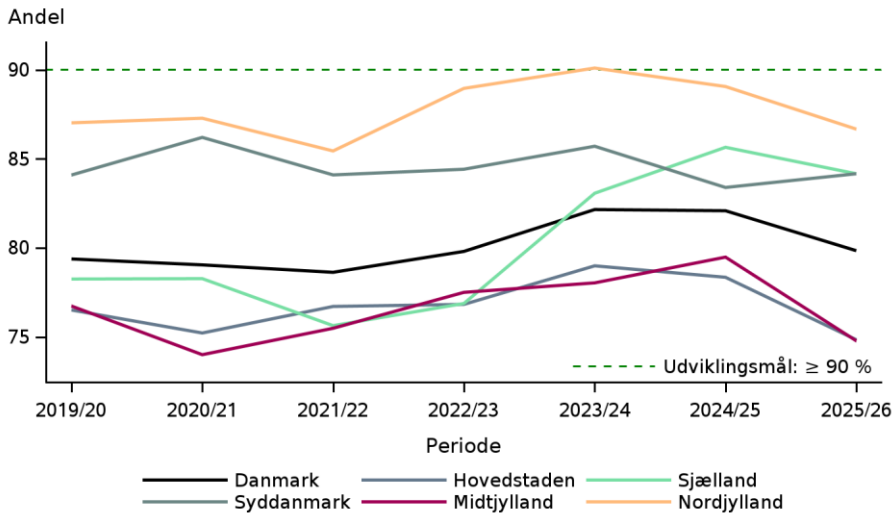
| | Udviklingsmål | | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ≥ 90% | Tæller/ | 01.07.2025 - 30.06.2026 | | 2024/25 | | 2023/24 |
| | opnået | nævner | Andel | 95% CI | Antal | Andel | Andel |
| **Danmark** | Nej | 4.796 / 6.007 | 79,8 | (78,8-80,8) | 5.374 / 6.547 | 82,1 | 82,2 |
| **Hovedstaden** | Nej | 1.285 / 1.717 | 74,8 | (72,7-76,9) | 1.498 / 1.912 | 78,3 | 79,0 |
| **Sjælland** | Nej | 797 / 947 | 84,2 | (81,7-86,4) | 895 / 1.045 | 85,6 | 83,1 |
| **Syddanmark** | Nej | 1.169 / 1.389 | 84,2 | (82,1-86,0) | 1.230 / 1.475 | 83,4 | 85,7 |
| **Midtjylland** | Nej | 934 / 1.249 | 74,8 | (72,3-77,2) | 1.100 / 1.384 | 79,5 | 78,0 |
| **Nordjylland** | Nej | 611 / 705 | 86,7 | (83,9-89,1) | 651 / 731 | 89,1 | 90,1 |
| **Hovedstaden** | Nej | 1.285 / 1.717 | 74,8 | (72,7-76,9) | 1.498 / 1.912 | 78,3 | 79,0 |
| Amager og Hvidovre Hospital | Nej | 221 / 336 | 65,8 | (60,4-70,8) | 256 / 339 | 75,5 | 80,1 |
| Bispebjerg og Frederiksberg Hospital | Nej | 138 / 193 | 71,5 | (64,6-77,8) | 165 / 216 | 76,4 | 76,5 |
| Bornholms Hospital | Nej | 20 / 46 | 43,5 | (28,9-58,9) | 24 / 56 | 42,9 | 55,0 |
| Herlev og Gentofte Hospital | Nej | 215 / 300 | 71,7 | (66,2-76,7) | 308 / 409 | 75,3 | 81,4 |
| Nordsjællands Hospital | Nej | 189 / 240 | 78,8 | (73,0-83,7) | 243 / 300 | 81,0 | 76,5 |
| Rigshospitalet, Blegdamsvej | Nej | 502 / 602 | 83,4 | (80,2-86,3) | 502 / 592 | 84,8 | 81,7 |
| **Sjælland** | Nej | 797 / 947 | 84,2 | (81,7-86,4) | 895 / 1.045 | 85,6 | 83,1 |
| Holbæk Sygehus | Nej | 117 / 143 | 81,8 | (74,5-87,8) | 134 / 163 | 82,2 | 78,3 |
| Midt- og Vestsjællands Hospital, Somatik | Nej | 181 / 223 | 81,2 | (75,4-86,1) | 222 / 258 | 86,0 | 80,0 |
| Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F | Nej | 139 / 177 | 78,5 | (71,7-84,3) | 170 / 203 | 83,7 | 79,0 |

| | Udviklingsmål | | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ≥ 90% | Tæller/ | 01.07.2025 - 30.06.2026 | | 2024/25 | | 2023/24 |
| | opnået | nævner | Andel | 95% CI | Antal | Andel | Andel |
| Sjællands Universitetshospital, Roskilde | Nej | 360 / 404 | 89,1 | (85,7-92,0) | 369 / 421 | 87,6 | 88,9 |
| **Syddanmark** | Nej | 1.169 / 1.389 | 84,2 | (82,1-86,0) | 1.230 / 1.475 | 83,4 | 85,7 |
| Odense Universitetshospital, Odense | Nej | 267 / 312 | 85,6 | (81,2-89,3) | 293 / 352 | 83,2 | 87,3 |
| Odense Universitetshospital, Svendborg | Nej | 166 / 200 | 83,0 | (77,1-87,9) | 212 / 256 | 82,8 | 86,7 |
| Sydvestjysk Sygehus | Nej | 195 / 228 | 85,5 | (80,3-89,8) | 207 / 231 | 89,6 | 85,8 |
| Sygehus Lillebælt | Nej | 316 / 382 | 82,7 | (78,6-86,4) | 302 / 363 | 83,2 | 84,4 |
| Sygehus Sønderjylland | Nej | 225 / 267 | 84,3 | (79,3-88,4) | 216 / 273 | 79,1 | 84,9 |
| **Midtjylland** | Nej | 934 / 1.249 | 74,8 | (72,3-77,2) | 1.100 / 1.384 | 79,5 | 78,0 |
| Aarhus Universitetshospital | Nej | 309 / 365 | 84,7 | (80,5-88,2) | 378 / 437 | 86,5 | 85,7 |
| Hospitalsenhed Midt | Ja | 174 / 192 | 90,6 | (85,6-94,3) | 211 / 238 | 88,7 | 86,5 |
| Regionshospitalet Gødstrup | Nej | 112 / 281 | 39,9 | (34,1-45,8) | 126 / 271 | 46,5 | 46,3 |
| Regionshospitalet Horsens | Nej | 155 / 188 | 82,4 | (76,2-87,6) | 176 / 201 | 87,6 | 86,5 |
| Regionshospitalet Randers | Nej | 184 / 223 | 82,5 | (76,9-87,3) | 209 / 237 | 88,2 | 89,7 |
| **Nordjylland** | Nej | 611 / 705 | 86,7 | (83,9-89,1) | 651 / 731 | 89,1 | 90,1 |
| Aalborg Universitetshospital | Nej | 542 / 617 | 87,8 | (85,0-90,3) | 579 / 646 | 89,6 | 90,7 |
| Regionshospital Nordjylland | Nej | 69 / 88 | 78,4 | (68,4-86,5) | 72 / 85 | 84,7 | 84,3 |

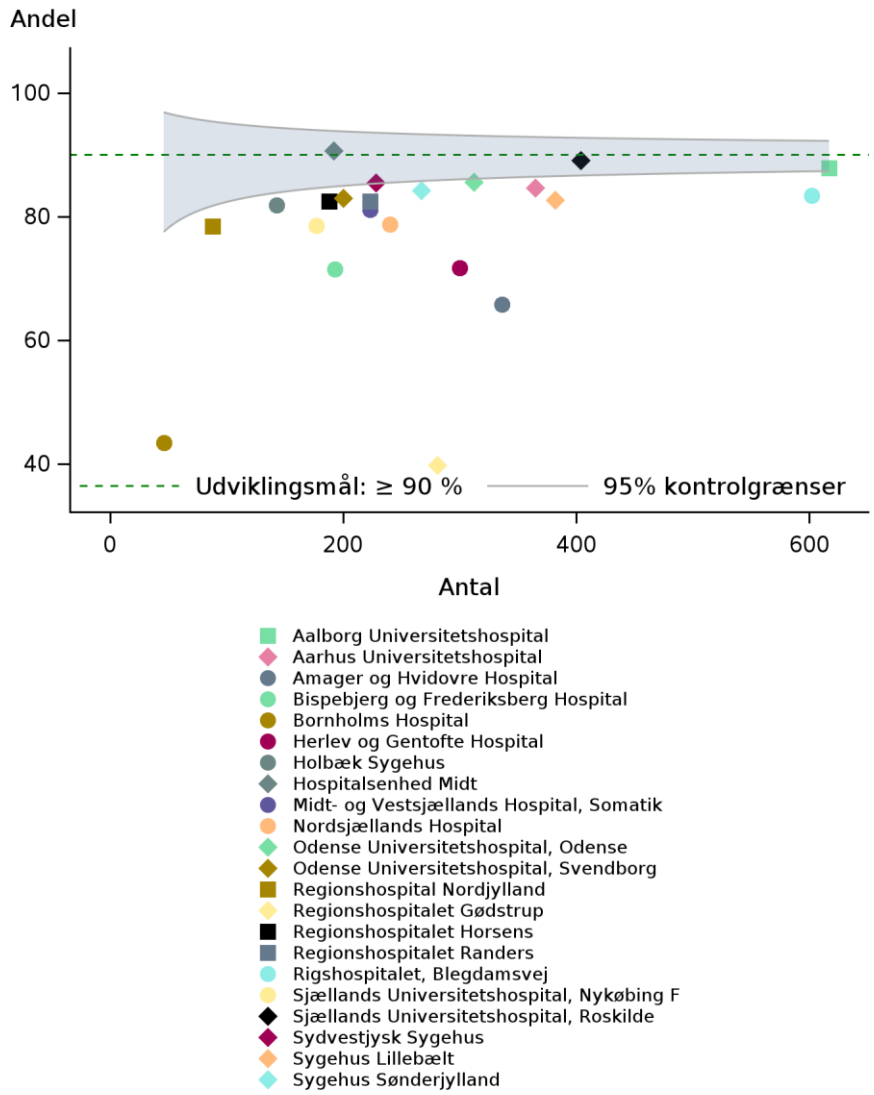
**Indikator 13: Andel af patientforløb med AMI, hvor der er indløst recept på DAPT (både magnyl og P2Y12-inhibitor) eller magnyl eller P2Y12 inhibitor i kombination med DOAK/VKA senest 30 dage efter udskrivelse. Forest plot på regionsniveau.**




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



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




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

**Datagrundlag og beregningsregler**

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er AMI

Tæller

Patientforløb, som indgår i nævneren, hvor patienten har indløst recept på både Magnyl og P2Y12 inhibitor (DAPT eller som del af triple terapi) eller Magnyl eller P2Y12 inhibitor i kombination med orale antikoagulantia (direkte orale antikoagulantia (DOAK) / vitamin K antagonister (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 antagonister): 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
- Patientforløb hvor data op til 30 dage efter udskrivelse endnu ikke er tilgængelige fra Lægemiddelstatistikregisteret

Uoplyst:

- Ikke muligt

| | Antal | Årsag |
|---|---|---|
| **Eksklusion:** | 132 | Indlæggelsen ikke fundet i LPR |
| | 47 | Ikke bopæl i Danmark |
| | 366 | Ikke AKS |
| | 282 | Død ved udskrivelse |
| | 572 | Receptdata endnu ikke tilgængelige |
| | 1.811 | Ikke AMI |

**Indikatorresultater**
På landsplan havde 79,8% af patienterne med AMI indløst recepter på DAPT (både Magnyl og P2Y12 inhibitor) eller Magnyl eller P2Y12 inhibitor i kombination med DOAK/VKA senest 30 dage efter udskrivelse. På regionsniveau varierer andelen fra 74,8% i Region Hovedstaden og Region Midtjylland til 86,7% i Region Nordjylland, mens andelen på hospitalsniveau varierer fra 43,5% for Bornholms Hospital til 90,6% for Hospitalsenhed Midt, der som det eneste hospital har nået udviklingsmålet på ≥ 90%.

Blandt patienter med verificeret AMI er der 85,2%, som har indløst recepter på både Magnyl og P2Y12 inhibitor eller Magnyl eller P2Y12 inhibitor i kombination med DOAK/VKA senest 30 dage efter udskrivelse fra hospital, på landsplan i det aktuelle opgørelsesår.

På side 89 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, mens 65% har indløst recept på Magnyl og P2Y12 uden DOAK/VKA (DAPT).

I det aktuelle opgørelsesår er det på landsplan 86,7% af patienter med AMI, som har fået administreret Magnyl på sygehuset under indlæggelsen, mens 49,4% har fået administreret P2Y12 inhibitor. Der er 48,5% af patienterne med AMI, som har fået administreret både Magnyl og P2Y12 inhibitor under indlæggelsen.

**Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater**
Som sidste år er der kun et enkelt hospital som har nået udviklingsmålet. Styregruppen vurderer, at en lav dækningsgrad medfører at der kan være patienter i opgørelsen, som ikke har AMI, og som derfor ikke bør have DAPT. Der er lavet en supplerende opgørelse, hvor der kun inkluderes patienter med verificeret AMI. Her er den landsdækkende opfyldelse 85%. Det indikerer at den nationale opfyldelse af indikatoren må forventes at være betydeligt påvirket af den lave dækningsgrad for registeret.

Opgørelsen på grundlag af LPR må forventes at indeholde patienter som ikke har regelret AMI (fejldiagnoser).

Efter sidste års audit er det afsøgt om registeret kan varetage auditering af den lave målopfyldelse. Dette er ikke muligt.

Registeret opfordrer til at man lokalt vurderer egen målopfyldelse samt, efter konkret vurdering, laver auditering på en stikprøve at patienter uden målopfyldelse. Vi opfordrer til at auditering laves inden deadline for kommentering af årsrapporten, og at de enkelte matrikler dermed kommenterer på målopfyldelsen.

Registeret er opmærksom på at enkelte hospitaler udleverer medicinen til patienterne. Dette kan give anledning til en lav målopfyldelse, men altså ikke utilstrækkelig kvalitet.

**Vurdering af indikatoren**
Indikatoren bevares

# Indikator 14: Lipidsænkende præparat

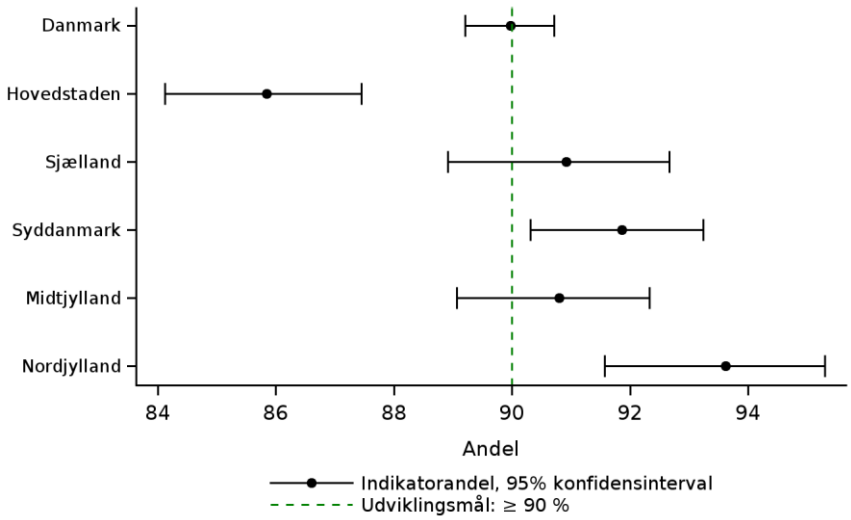
*Andel af patientforløb med AMI, hvor der er indløst recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse*. Udviklingsmål ≥ 90%.

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

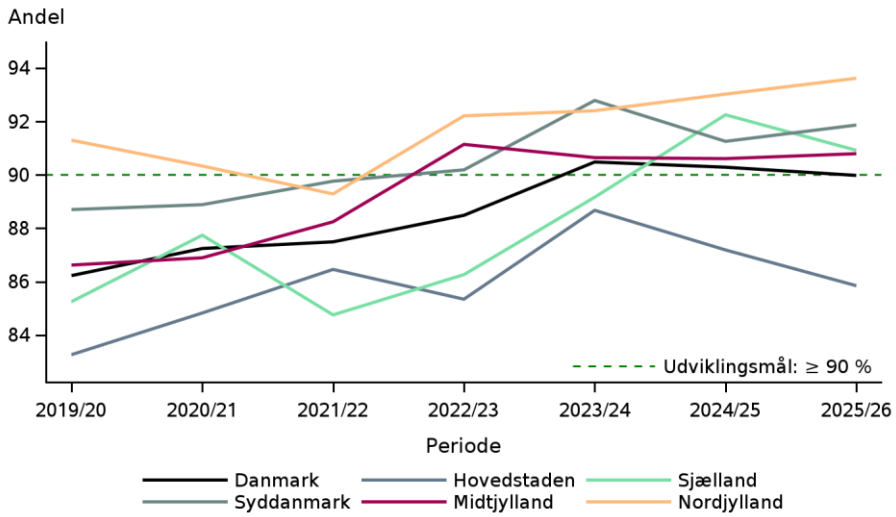
| | Udviklingsmål | | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ≥ 90% | Tæller/ | 01.07.2025 - 30.06.2026 | | 2024/25 | | 2023/24 |
| | opnået | nævner | Andel | 95% CI | Antal | Andel | Andel |
| **Danmark** | Ja | 5.405 / 6.007 | 90,0 | (89,2-90,7) | 5.911 / 6.547 | 90,3 | 90,5 |
| **Hovedstaden** | Nej | 1.474 / 1.717 | 85,8 | (84,1-87,5) | 1.667 / 1.912 | 87,2 | 88,7 |
| **Sjælland** | Ja | 861 / 947 | 90,9 | (88,9-92,7) | 964 / 1.045 | 92,2 | 89,2 |
| **Syddanmark** | Ja | 1.276 / 1.389 | 91,9 | (90,3-93,2) | 1.346 / 1.475 | 91,3 | 92,8 |
| **Midtjylland** | Ja | 1.134 / 1.249 | 90,8 | (89,1-92,3) | 1.254 / 1.384 | 90,6 | 90,6 |
| **Nordjylland** | Ja | 660 / 705 | 93,6 | (91,6-95,3) | 680 / 731 | 93,0 | 92,4 |
| **Hovedstaden** | Nej | 1.474 / 1.717 | 85,8 | (84,1-87,5) | 1.667 / 1.912 | 87,2 | 88,7 |
| Amager og Hvidovre Hospital | Nej | 271 / 336 | 80,7 | (76,0-84,7) | 296 / 339 | 87,3 | 86,7 |
| Bispebjerg og Frederiksberg Hospital | Nej | 169 / 193 | 87,6 | (82,1-91,9) | 185 / 216 | 85,6 | 90,1 |
| Bornholms Hospital | Nej | 31 / 46 | 67,4 | (52,0-80,5) | 32 / 56 | 57,1 | 75,0 |
| Herlev og Gentofte Hospital | Nej | 248 / 300 | 82,7 | (77,9-86,8) | 349 / 409 | 85,3 | 87,6 |
| Nordsjællands Hospital | Nej | 206 / 240 | 85,8 | (80,8-90,0) | 256 / 300 | 85,3 | 89,0 |
| Rigshospitalet, Blegdamsvej | Ja | 549 / 602 | 91,2 | (88,6-93,3) | 549 / 592 | 92,7 | 93,5 |
| **Sjælland** | Ja | 861 / 947 | 90,9 | (88,9-92,7) | 964 / 1.045 | 92,2 | 89,2 |
| Holbæk Sygehus | Nej | 125 / 143 | 87,4 | (80,8-92,4) | 145 / 163 | 89,0 | 90,1 |
| Midt- og Vestsjællands Hospital, Somatik | Nej | 199 / 223 | 89,2 | (84,4-93,0) | 234 / 258 | 90,7 | 87,8 |
| Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F | Nej | 159 / 177 | 89,8 | (84,4-93,9) | 184 / 203 | 90,6 | 84,9 |
| Sjællands Universitetshospital, Roskilde | Ja | 378 / 404 | 93,6 | (90,7-95,8) | 401 / 421 | 95,2 | 91,5 |

| | Udviklingsmål | | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ≥ 90% | Tæller/ | 01.07.2025 - 30.06.2026 | | 2024/25 | | 2023/24 |
| | opnået | nævner | Andel | 95% CI | Antal | Andel | Andel |
| **Syddanmark** | Ja | 1.276 / 1.389 | 91,9 | (90,3-93,2) | 1.346 / 1.475 | 91,3 | 92,8 |
| Odense Universitetshospital, Odense | Nej | 278 / 312 | 89,1 | (85,1-92,3) | 323 / 352 | 91,8 | 92,5 |
| Odense Universitetshospital, Svendborg | Ja | 188 / 200 | 94,0 | (89,8-96,9) | 229 / 256 | 89,5 | 94,1 |
| Sydvestjysk Sygehus | Ja | 215 / 228 | 94,3 | (90,4-96,9) | 218 / 231 | 94,4 | 94,1 |
| Sygehus Lillebælt | Ja | 351 / 382 | 91,9 | (88,7-94,4) | 334 / 363 | 92,0 | 91,2 |
| Sygehus Sønderjylland | Ja | 244 / 267 | 91,4 | (87,4-94,5) | 242 / 273 | 88,6 | 93,0 |
| **Midtjylland** | Ja | 1.134 / 1.249 | 90,8 | (89,1-92,3) | 1.254 / 1.384 | 90,6 | 90,6 |
| Aarhus Universitetshospital | Ja | 335 / 365 | 91,8 | (88,5-94,4) | 401 / 437 | 91,8 | 91,3 |
| Hospitalsenhed Midt | Ja | 179 / 192 | 93,2 | (88,7-96,3) | 224 / 238 | 94,1 | 93,1 |
| Regionshospitalet Gødstrup | Nej | 233 / 281 | 82,9 | (78,0-87,1) | 214 / 271 | 79,0 | 88,3 |
| Regionshospitalet Horsens | Ja | 177 / 188 | 94,1 | (89,8-97,0) | 191 / 201 | 95,0 | 89,0 |
| Regionshospitalet Randers | Ja | 210 / 223 | 94,2 | (90,2-96,9) | 224 / 237 | 94,5 | 91,5 |
| **Nordjylland** | Ja | 660 / 705 | 93,6 | (91,6-95,3) | 680 / 731 | 93,0 | 92,4 |
| Aalborg Universitetshospital | Ja | 583 / 617 | 94,5 | (92,4-96,2) | 606 / 646 | 93,8 | 93,6 |
| Regionshospital Nordjylland | Nej | 77 / 88 | 87,5 | (78,7-93,6) | 74 / 85 | 87,1 | 81,4 |

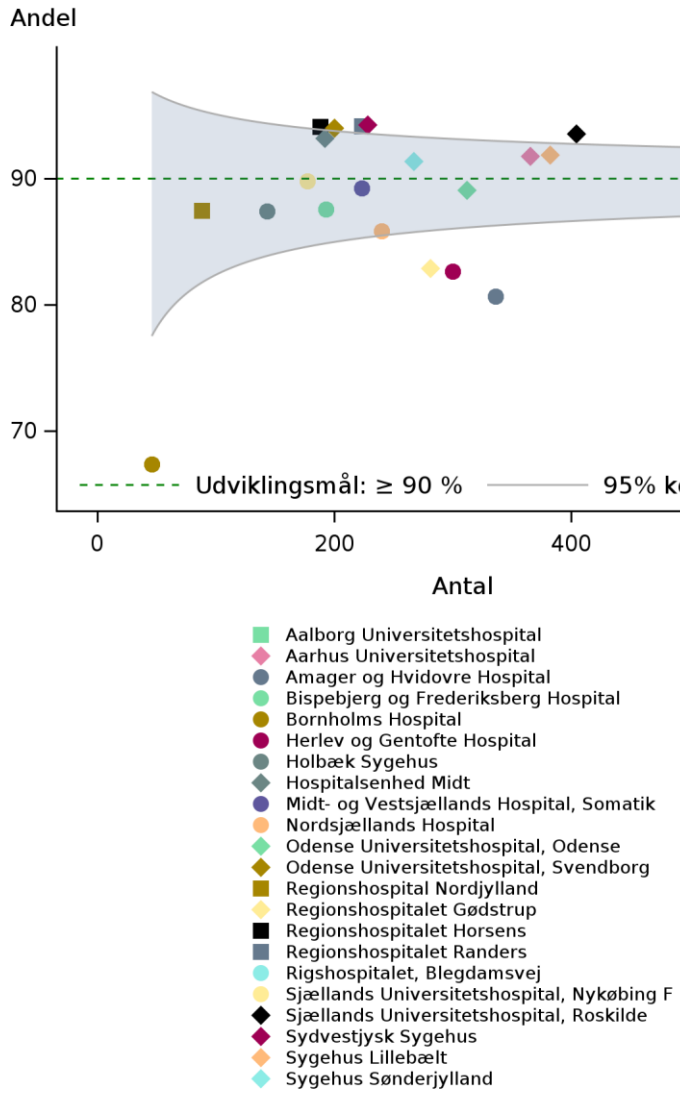
**Indikator 14: Andel af patientforløb med AMI, hvor der er indløst recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse. Forest plot på regionsniveau.**




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



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




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

**Datagrundlag og beregningsregler**

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er AMI

Tæller

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

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

C10AA* Statiner

C10AB* Fibrater

C10AC* Anionbyttere

C10AD* Nicotinsyre og derivater

C10AX09 Ezetimib

C10BA* Kolesterolabsorptionshæmmer i kombination med et statin

Eksklusion:

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

Uoplyst:

- Ikke muligt

| | Antal | Årsag |
|---|---|---|
| **Eksklusion:** | 132 | Indlæggelsen ikke fundet i LPR |
| | 47 | Ikke bopæl i Danmark |
| | 366 | Ikke AKS |
| | 282 | Død ved udskrivelse |
| | 572 | Receptdata endnu ikke tilgængelige |
| | 1.811 | Ikke AMI |

**Indikatorresultater**
På landsplan har 90,0% af patienterne med AMI indløst en recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse fra hospital, mens andelen på regionsniveau varierer fra 85,8% i Region Hovedstaden til 93,6% i Region Nordjylland. På hospitalsniveau varierer andelen, som har indløst recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse, fra 67,4% for Bornholms Hospital til 94,5% for Aalborg Universitetshospital.

Blandt patienter med verificeret AMI var der 92,5% på landsplan, som havde indløst recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse fra hospital, i det aktuelle opgørelsesår.

**Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater**
Styregruppen bemærker en meget høj målopfyldelse i hele landet. Det mærkes at målopfyldelsen er højere blandt patienter med verificeret AMI.

Det bemærkes at enkelte afdelinger medgiver medicinen ved udskrivelsen hvilket giver en lav målopfyldelse men altså ikke dårlig kvalitet.

**Vurdering af indikatoren**
Styregruppen indstiller at indikatoren fremadrettet opgøres som en supplerende analyse.

Styregruppen opfordrer til at listen over lipidsænkende præparater opdateres.

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

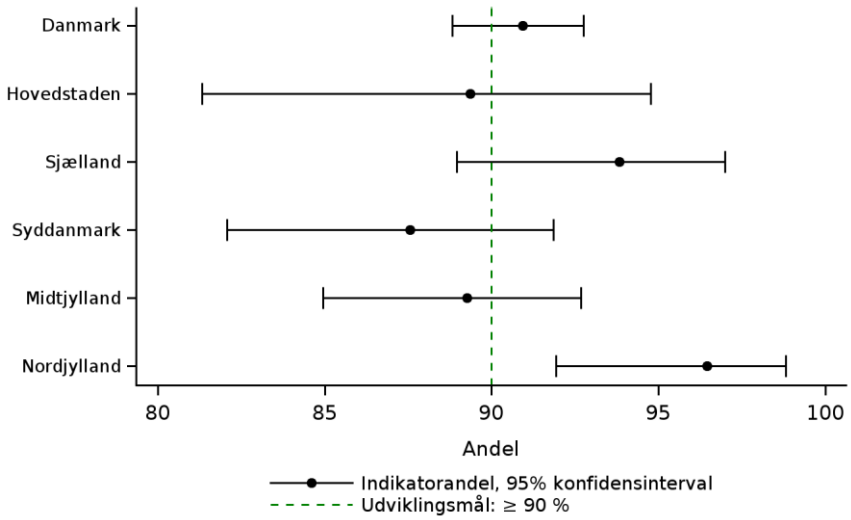
*Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF ≤ 40, hvor der er indløst recept på beta-blokker og/eller ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse*. Udviklingsmål ≥ 90%

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

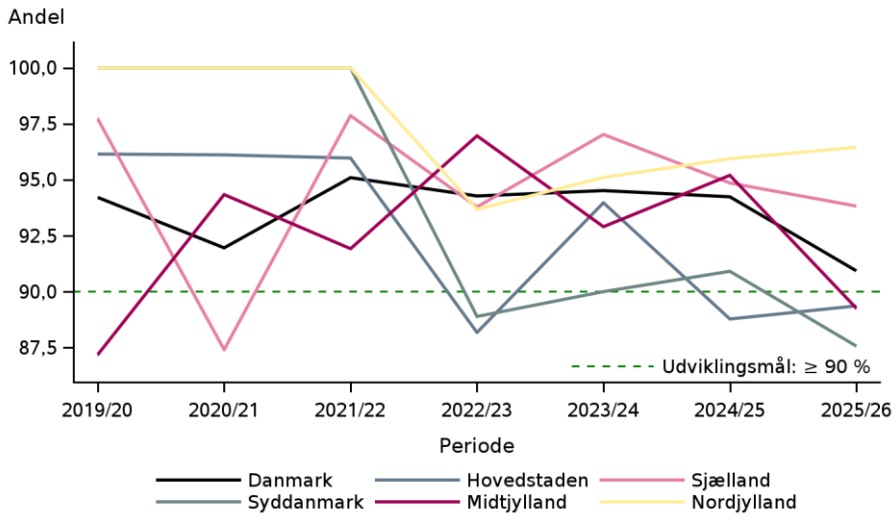
| | Udviklingsmål | | Uoplyst | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ≥ 90% | Tæller/ | antal | 01.07.2025 - 30.06.2026 | | 2024/25 | | 2023/24 |
| | opnået | nævner | (%) | Andel | 95% CI | Antal | Andel | Andel |
| **Danmark** | Ja | 782 / 860 | 50 (5) | 90,9 | (88,8-92,8) | 720 / 764 | 94,2 | 94,5 |
| **Hovedstaden** | Nej | 84 / 94 | 10 (10) | 89,4 | (81,3-94,8) | 87 / 98 | 88,8 | 94,0 |
| **Sjælland** | Ja | 152 / 162 | 9 (5) | 93,8 | (88,9-97,0) | 203 / 214 | 94,9 | 97,0 |
| **Syddanmark** | Nej | 169 / 193 | 0 (0) | 87,6 | (82,1-91,9) | 30 / 33 | 90,9 | 90,0 |
| **Midtjylland** | Nej | 241 / 270 | 26 (9) | 89,3 | (84,9-92,7) | 258 / 271 | 95,2 | 92,9 |
| **Nordjylland** | Ja | 136 / 141 | 5 (3) | 96,5 | (91,9-98,8) | 142 / 148 | 95,9 | 95,1 |
| **Hovedstaden** | Nej | 84 / 94 | 10 (10) | 89,4 | (81,3-94,8) | 87 / 98 | 88,8 | 94,0 |
| Amager og Hvidovre Hospital | Ja | 10 / 11 | 0 (0) | 90,9 | (58,7-99,8) | 10 / 11 | 90,9 | 100,0 |
| Bispebjerg og Frederiksberg Hospital | Ja | 18 / 19 | 3 (14) | 94,7 | (74,0-99,9) | 28 / 28 | 100,0 | 94,4 |
| Bornholms Hospital | Nej | #/# | 0 (0) | 0,0 | (0,0-97,5) | | | 100,0 |
| Herlev og Gentofte Hospital | Ja | #/# | 0 (0) | 100,0 | (15,8-100,0) | 4 / 5 | 80,0 | 100,0 |
| Nordsjællands Hospital | Ja | 11 / 12 | 1 (8) | 91,7 | (61,5-99,8) | 17 / 21 | 81,0 | 91,4 |
| Rigshospitalet, Blegdamsvej | Nej | 43 / 49 | 6 (11) | 87,8 | (75,2-95,4) | 28 / 33 | 84,8 | 92,9 |
| **Sjælland** | Ja | 152 / 162 | 9 (5) | 93,8 | (88,9-97,0) | 203 / 214 | 94,9 | 97,0 |
| Holbæk Sygehus | Ja | 43 / 45 | 3 (6) | 95,6 | (84,9-99,5) | 59 / 62 | 95,2 | 97,9 |
| Midt- og Vestsjællands Hospital, Somatik | Ja | 9 / 9 | 0 (0) | 100,0 | (66,4-100,0) | 7 / 7 | 100,0 | 100,0 |
| Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F | Ja | 32 / 35 | 5 (13) | 91,4 | (76,9-98,2) | 52 / 54 | 96,3 | 97,9 |
| Sjællands Universitetshospital, Roskilde | Ja | 68 / 73 | 1 (1) | 93,2 | (84,7-97,7) | 85 / 91 | 93,4 | 95,7 |

| | Udviklingsmål | | Uoplyst | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ≥ 90% | Tæller/ | antal | 01.07.2025 - 30.06.2026 | | 2024/25 | | 2023/24 |
| | opnået | nævner | (%) | Andel | 95% CI | Antal | Andel | Andel |
| **Syddanmark** | Nej | 169 / 193 | 0 (0) | 87,6 | (82,1-91,9) | 30 / 33 | 90,9 | 90,0 |
| Odense Universitetshospital, Odense | Nej | 59 / 66 | 0 (0) | 89,4 | (79,4-95,6) | 12 / 12 | 100,0 | |
| Odense Universitetshospital, Svendborg | Nej | 19 / 26 | 0 (0) | 73,1 | (52,2-88,4) | 17 / 19 | 89,5 | 90,0 |
| Sydvestjysk Sygehus | Nej | 20 / 23 | 0 (0) | 87,0 | (66,4-97,2) | #/# | 50,0 | |
| Sygehus Lillebælt | Nej | 34 / 38 | 0 (0) | 89,5 | (75,2-97,1) | | | |
| Sygehus Sønderjylland | Ja | 37 / 40 | 0 (0) | 92,5 | (79,6-98,4) | | | |
| **Midtjylland** | Nej | 241 / 270 | 26 (9) | 89,3 | (84,9-92,7) | 258 / 271 | 95,2 | 92,9 |
| Aarhus Universitetshospital | Ja | 60 / 65 | 6 (8) | 92,3 | (83,0-97,5) | 77 / 82 | 93,9 | 95,7 |
| Hospitalsenhed Midt | Ja | 39 / 40 | 0 (0) | 97,5 | (86,8-99,9) | 46 / 48 | 95,8 | 93,9 |
| Regionshospitalet Gødstrup | Nej | 63 / 75 | 7 (9) | 84,0 | (73,7-91,4) | 51 / 56 | 91,1 | 82,6 |
| Regionshospitalet Horsens | Nej | 35 / 44 | 7 (14) | 79,5 | (64,7-90,2) | 33 / 33 | 100,0 | 95,2 |
| Regionshospitalet Randers | Ja | 44 / 46 | 6 (12) | 95,7 | (85,2-99,5) | 51 / 52 | 98,1 | 98,2 |
| **Nordjylland** | Ja | 136 / 141 | 5 (3) | 96,5 | (91,9-98,8) | 142 / 148 | 95,9 | 95,1 |
| Aalborg Universitetshospital | Ja | 119 / 121 | 1 (1) | 98,3 | (94,2-99,8) | 109 / 112 | 97,3 | 94,9 |
| Regionshospital Nordjylland | Nej | 17 / 20 | 4 (17) | 85,0 | (62,1-96,8) | 33 / 36 | 91,7 | 96,0 |

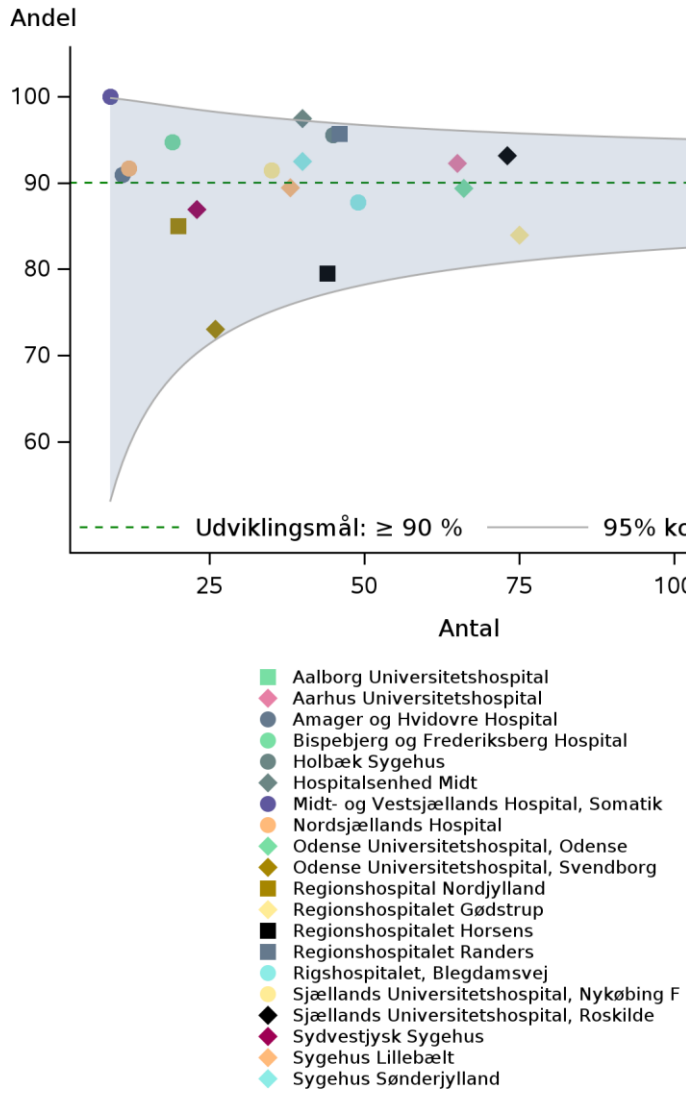
**Indikator 15_16: Andel af patientforløb med verificeret AMI og LVEF <= 40, hvor der er indløst recept på beta-blokker eller ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse. Forest plot på regionsniveau.**




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



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




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

**Datagrundlag og beregningsregler**

Nævner

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

Tæller

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

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

C07AG02 Carvedilol

C07AB02 Metoprolol

C07AB07 Bisoprolol

C07AB12 Nebivolol

C09A* ACE-hæmmere

C09B* ACE-hæmmere, kombinationer

C09CA01 Losartan

C09DA01 Losartan og diuretika

C09CA03 Valsartan

C09DA03 Valsartan og diuretika

C09DB01 Valsartan og amlodipin

C09DX01 Valsartan, amolodipin og hydrochlortiazid

C09DX04 Valsartan og sacubitril

C09CA06 Candesartan

C09DA06 Candesartan og diuretika

Eksklusion:

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

- 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:** | 132 | Indlæggelsen ikke fundet i LPR |
| | 3.166 | Kun i LPR |
| | 3.160 | LVEF > 40% |
| | 47 | Ikke bopæl i Danmark |
| | 366 | Ikke AKS |
| | 104 | Død ved udskrivelse |
| | 83 | Receptdata endnu ikke tilgængelige |
| | 1.249 | Ikke AMI |
| **Uoplyst:** | 50 | Uoplyst LVEF |

**Indikatorresultater**

På landsplan havde 90,9% af AMI-patienterne med LVEF ≤ 40 indløst recept på beta-blokker og/eller ACE-hæmmer / Angiotensin II-receptorblokker senest 30 dage efter udskrivelse fra hospital. På regionsniveau varierer andelen fra 87,6% i Region Syddanmark til 96,5% i Region Nordjylland. På hospitalsniveau varierer andelen af patienter med LVEF ≤ 40, som har indløst recept på beta-blokker og/eller ACE-hæmmer / Angiotensin II-receptorblokker senest 30 dage efter udskrivelse fra 73,1% for Odense Universitetshospital, Svendborg til 98,3% for Aalborg Universitetshospital, når der ses bort fra hospitaler med mindre end 10 forløb årligt.

Under Supplerende Opgørelser er der vist tabeller over andelen af AMI-patienter med LVEF ≤ 40 som har indløst recept på henholdsvis beta-blokker (se side 89) og ACE-hæmmer / Angiotensin II-receptorblokker (se side 92) senest 30 dage efter udskrivelse fra hospital. På landsplan er der 67,2% af patienterne som har indløst recept på beta-blokker, mens der er 84,5% som har indløst recept på ACE-hæmmer / Angiotensin II-receptorblokker. På regionsniveau varierer andelen som har indløst recept på beta-blokker fra 60,6% i Region Hovedstaden til 72,3% i Region Nordjylland, mens andelen af patienter som har indløst recept på ACE-hæmmer / Angiotensin II-receptorblokker varierer fra 76,7% i Region Syddanmark til 90,1% i Region Midtjylland.

Indikatoren opgøres kun for forløb, som er blevet indberettet via webservicen til DanAKS, og hvor oplysninger om LVEF er tilgængelige. Datagrundlaget er derfor væsentligt mindre end for de øvrige indikatorer. Ved tolkning af indikatorresultaterne bør man særligt være opmærksom på, at det kun er omkring en tredjedel af AMI-forløbene, som er indberettet til DanAKS fra Region Hovedstaden (se tabel vedr. dækningsgrad for AMI på side 99).

**Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater**

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

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

Den nationale opfyldelse er på 91% hvilket understreger en god kvalitet af behandlingen. De matrikler som ikke opnår standarden er væsentligst steder med lav dækningsgrad.

Det er styregruppens opfattelse at resultatet udtrykker en generelt høj behandlingskvalitet.

Styregruppen bemærker at der er kommet nye guidelines for medicinsk behandling af patienter med hjertesvigt. Man bemærker her, at fire forskellige præparatgrupper nu er sidestillet i behandlingen af hjertesvigt. Ligeledes anbefales hjertesvigtsbehandling nu opstartet ved mindre tærskel end tidligere.

**Vurdering af indikatoren**

Styregruppen anbefaler at indikatoren fastholdes. Det anbefales at evidensen revideres, og at målopfyldelse er opnået hvis et af fire anbefalede præparatgrupper er opstartet.

# Indikator 17: Henvisning til hjerterehabilitering

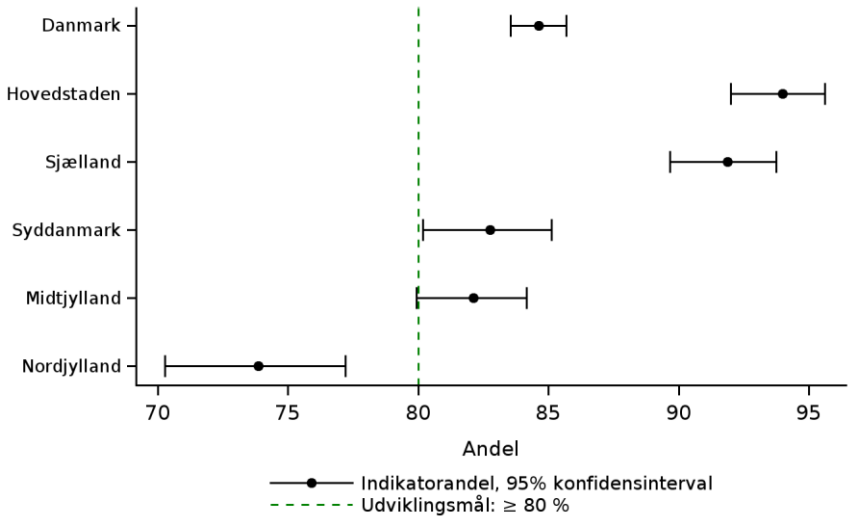
*Andel af patienter med verificeret AMI der er henvist til hjerterehabilitering eller hjertesvigtsklinik ved udskrivelse*. Udviklingsmål ≥ 80%

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

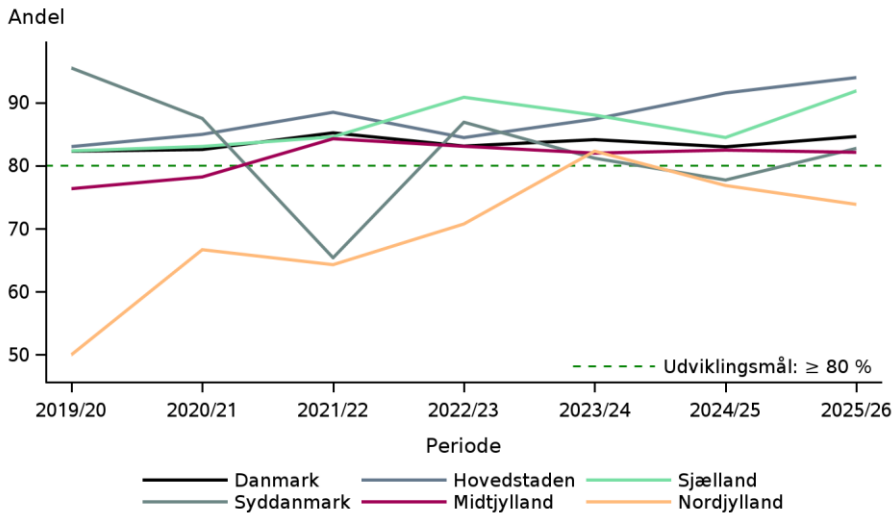
| | Udviklingsmål | | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ≥ 80% | Tæller/ | 01.07.2025 - 30.06.2026 | | 2024/25 | | 2023/24 |
| | opnået | nævner | Andel | 95% CI | Antal | Andel | Andel |
| **Danmark** | Ja | 3.603 / 4.257 | 84,6 | (83,5-85,7) | 2.890 / 3.482 | 83,0 | 84,1 |
| **Hovedstaden** | Ja | 657 / 699 | 94,0 | (92,0-95,6) | 466 / 509 | 91,6 | 87,4 |
| **Sjælland** | Ja | 667 / 726 | 91,9 | (89,6-93,8) | 653 / 773 | 84,5 | 88,0 |
| **Syddanmark** | Ja | 758 / 916 | 82,8 | (80,1-85,1) | 178 / 229 | 77,7 | 81,2 |
| **Midtjylland** | Ja | 1.052 / 1.281 | 82,1 | (79,9-84,2) | 1.148 / 1.392 | 82,5 | 82,0 |
| **Nordjylland** | Nej | 469 / 635 | 73,9 | (70,3-77,2) | 445 / 579 | 76,9 | 82,3 |
| **Hovedstaden** | Ja | 657 / 699 | 94,0 | (92,0-95,6) | 466 / 509 | 91,6 | 87,4 |
| Amager og Hvidovre Hospital | Ja | 19 / 21 | 90,5 | (69,6-98,8) | 27 / 32 | 84,4 | 92,9 |
| Bispebjerg og Frederiksberg Hospital | Ja | 68 / 75 | 90,7 | (81,7-96,2) | 75 / 88 | 85,2 | 88,2 |
| Bornholms Hospital | Ja | #/# | 100,0 | (2,5-100,0) | | | 100,0 |
| Herlev og Gentofte Hospital | Ja | 25 / 26 | 96,2 | (80,4-99,9) | 12 / 12 | 100,0 | 100,0 |
| Nordsjællands Hospital | Ja | 27 / 32 | 84,4 | (67,2-94,7) | 49 / 57 | 86,0 | 75,9 |
| Rigshospitalet, Blegdamsvej | Ja | 517 / 544 | 95,0 | (92,9-96,7) | 303 / 320 | 94,7 | 93,6 |
| **Sjælland** | Ja | 667 / 726 | 91,9 | (89,6-93,8) | 653 / 773 | 84,5 | 88,0 |
| Holbæk Sygehus | Ja | 116 / 134 | 86,6 | (79,6-91,8) | 120 / 159 | 75,5 | 86,2 |
| Midt- og Vestsjællands Hospital, Somatik | Ja | 29 / 30 | 96,7 | (82,8-99,9) | 25 / 26 | 96,2 | 93,7 |
| Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F | Ja | 105 / 124 | 84,7 | (77,1-90,5) | 144 / 183 | 78,7 | 79,7 |
| Sjællands Universitetshospital, Roskilde | Ja | 417 / 438 | 95,2 | (92,8-97,0) | 364 / 405 | 89,9 | 91,3 |

| | Udviklingsmål | | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ≥ 80% | Tæller/ | 01.07.2025 - 30.06.2026 | | 2024/25 | | 2023/24 |
| | opnået | nævner | Andel | 95% CI | Antal | Andel | Andel |
| **Syddanmark** | Ja | 758 / 916 | 82,8 | (80,1-85,1) | 178 / 229 | 77,7 | 81,2 |
| Odense Universitetshospital, Odense | Nej | 255 / 343 | 74,3 | (69,4-78,9) | 65 / 98 | 66,3 | |
| Odense Universitetshospital, Svendborg | Ja | 109 / 134 | 81,3 | (73,7-87,5) | 108 / 126 | 85,7 | 81,4 |
| Sydvestjysk Sygehus | Ja | 92 / 104 | 88,5 | (80,7-93,9) | 3 / 3 | 100,0 | 100,0 |
| Sygehus Lillebælt | Ja | 172 / 188 | 91,5 | (86,5-95,1) | #/# | 100,0 | 50,0 |
| Sygehus Sønderjylland | Ja | 130 / 147 | 88,4 | (82,1-93,1) | #/# | 100,0 | |
| **Midtjylland** | Ja | 1.052 / 1.281 | 82,1 | (79,9-84,2) | 1.148 / 1.392 | 82,5 | 82,0 |
| Aarhus Universitetshospital | Nej | 260 / 340 | 76,5 | (71,6-80,9) | 351 / 452 | 77,7 | 78,5 |
| Hospitalsenhed Midt | Ja | 193 / 217 | 88,9 | (84,0-92,8) | 209 / 243 | 86,0 | 95,3 |
| Regionshospitalet Gødstrup | Nej | 241 / 307 | 78,5 | (73,5-83,0) | 213 / 274 | 77,7 | 73,6 |
| Regionshospitalet Horsens | Ja | 154 / 178 | 86,5 | (80,6-91,2) | 166 / 181 | 91,7 | 84,1 |
| Regionshospitalet Randers | Ja | 204 / 239 | 85,4 | (80,2-89,6) | 209 / 242 | 86,4 | 84,3 |
| **Nordjylland** | Nej | 469 / 635 | 73,9 | (70,3-77,2) | 445 / 579 | 76,9 | 82,3 |
| Aalborg Universitetshospital | Nej | 398 / 535 | 74,4 | (70,5-78,0) | 381 / 494 | 77,1 | 83,9 |
| Regionshospital Nordjylland | Nej | 71 / 100 | 71,0 | (61,1-79,6) | 64 / 85 | 75,3 | 71,6 |

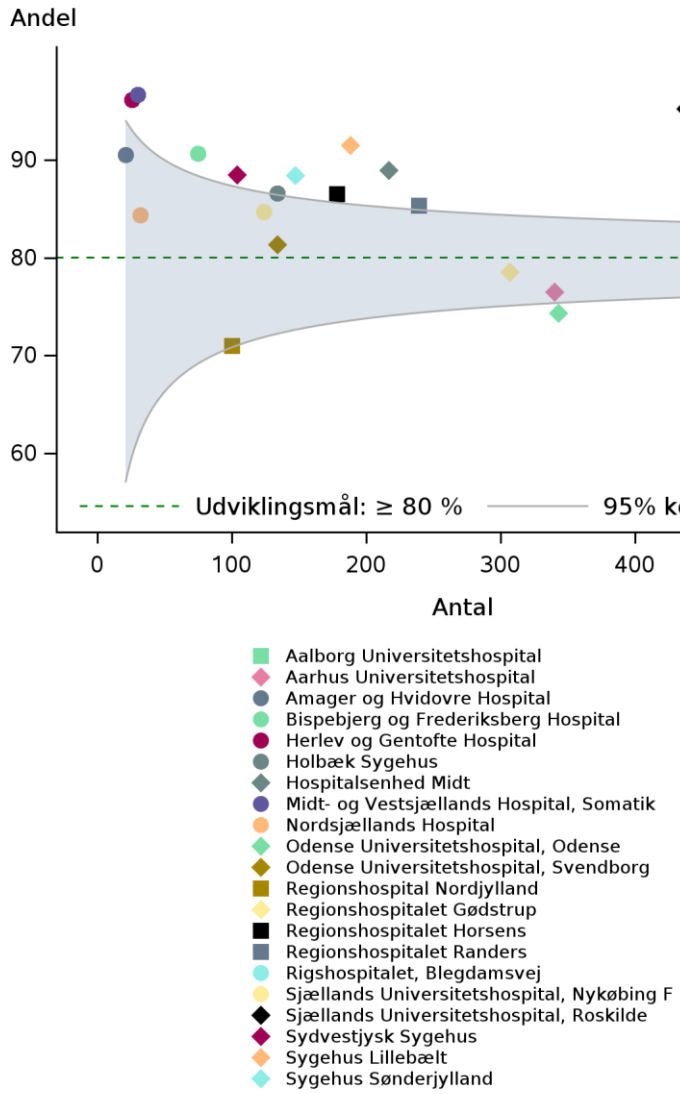
**Indikator 17: Andel af patienter med verificeret AMI der er henvist til hjerterehabilitering eller hjertesvigtsklinik ved udskrivelse. Forest plot på regionsniveau.**




**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 hjertesvigtsklinik ved udskrivelse. Funnel plot på afdelingsniveau.**




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

**Datagrundlag og beregningsregler**

Nævner

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

Tæller

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

Eksklusion:

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

| | Antal | Årsag |
|---|---|---|
| **Eksklusion:** | 132 | Indlæggelsen ikke fundet i LPR |
| | 3.166 | Kun i LPR |
| | 47 | Ikke bopæl i Danmark |
| | 366 | Ikke AKS |
| | 1.249 | 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 73,9% i Region Nordjylland til 94,0% i Region Hovedstaden, mens andelen på hospitalsniveau varierer fra 71,0% for Regionshospital Nordjylland til 96,7% for Midt- og Vestsjællands Hospital (der ses bort fra Bornholms Hospital med mindre end tre forløb årligt).

På side 94 er der en supplerende opgørelse over henvisning til hjerterehabilitering, hvoraf det fremgår, at der på landsplan er 3,1% af patienterne med verificeret AKS, som bliver tilbudt hjerterehabilitering og afslår. Andelen af AKS-patienter som afslår tilbuddet om hjerterehabilitering varierer fra 0,3% i Region Hovedstaden til 7,0% i Region Nordjylland. Det bemærkes, at der også er en del regional variation i andelen af patientforløb hvor det vurderes at hjerterehabilitering ikke er relevant. I Region Nordjylland er det i det aktuelle opgørelsesår vurderet at det ikke var relevant at tilbyde patienterne hjerterehabilitering i 18,7% af forløbene, mens andelen i Region Hovedstaden kun var 5,9%.

Indikatoren opgøres kun for forløb, som er blevet indberettet via webservicen til DanAKS, og hvor oplysninger om henvisning til hjerterehabilitering er tilgængelige. Datagrundlaget er derfor væsentligt mindre end for de øvrige indikatorer. Ved tolkning af indikatorresultaterne bør man særligt være

opmærksom på, at det kun er omkring en tredjedel af AMI-forløbene, som er indberettet til DanAKS fra Region Hovedstaden (se tabel vedr. dækningsgrad for AMI på side 99).

**Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater**

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

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

**Vurdering af indikatoren**

Styregruppen anbefaler at indikatoren bevares.

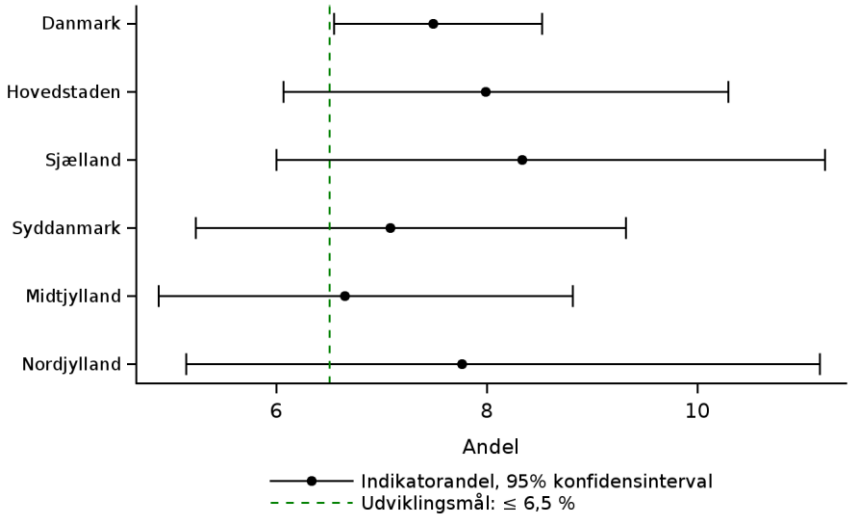
# Indikator 18a: 30-dages dødelighed efter STEMI (alle)

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

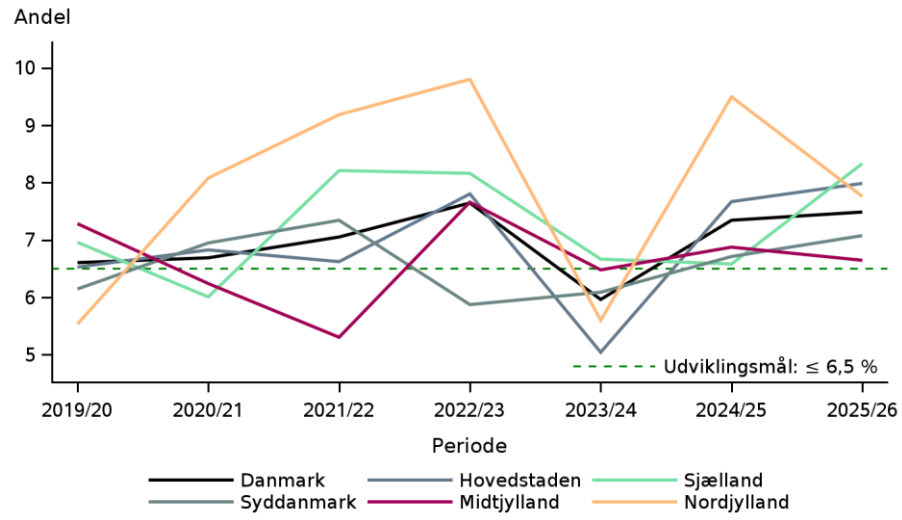
**Indikator 18a: Andel af patienter med STEMI som er døde <= 30 dage efter First Medical Contact (FMC)**

| | Udviklingsmål | | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ≤ 6,5% | Tæller/ | 01.07.2025 - 30.06.2026 | | 2024/25 | | 2023/24 |
| | opnået | nævner | Andel | 95% CI | Antal | Andel | Andel |
| **Danmark** | Nej | 209 / 2.791 | 7,5 | (6,5-8,5) | 205 / 2.791 | 7,3 | 6,0 |
| **Hovedstaden** | Nej | 54 / 676 | 8,0 | (6,1-10,3) | 53 / 691 | 7,7 | 5,0 |
| **Sjælland** | Nej | 39 / 468 | 8,3 | (6,0-11,2) | 31 / 471 | 6,6 | 6,7 |
| **Syddanmark** | Nej | 46 / 650 | 7,1 | (5,2-9,3) | 39 / 581 | 6,7 | 6,1 |
| **Midtjylland** | Nej | 44 / 662 | 6,6 | (4,9-8,8) | 46 / 669 | 6,9 | 6,5 |
| **Nordjylland** | Nej | 26 / 335 | 7,8 | (5,1-11,2) | 36 / 379 | 9,5 | 5,6 |

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



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




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

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er STEMI eller BBBMI

Tæller

Patientforløb hvor patienten er død inden for 30 dage efter indlæggelse

Eksklusion:

- Patientforløb hvor patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er "Ikke AKS", NSTEMI eller UAP
- Patientforløb indberettet til DanAKS, som ikke kan kobles med et indlæggelsesforløb i LPR
- Patienter som ikke er bosat i Danmark
- 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:** | 128 | Indlæggelsen ikke fundet i LPR |
| | 362 | Ikke AKS |
| | 5.820 | Ikke STEMI eller BBBMI |
| | 53 | Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden |

**Indikatorresultater**
På landsplan døde 7,5% af patienterne med STEMI inden for 30 dage efter indlæggelse, mens andelen på regionsniveau varierer fra 6,6% i Region Midtjylland til 8,3% i Region Sjælland.

Som supplement til indikatoropgørelsen er der under Supplerende Opgørelser (side 96) vist en tabel over fordelingen af køn, alder og Charlsons komorbiditetsindeks. Andelen af patienter over 80 år varierer fra 17% i Region Hovedstaden og Region Sjælland til 20% i Region Syddanmark. Andelen af STEMI-patienter med Charlsons komorbiditetsindeks score ≥3 varierer fra 14% i Region Syddanmark til 10% i Region Midtjylland.

**Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater**
Se indikator 19bi.

**Vurdering af indikatoren**
Se indikator 19bi.

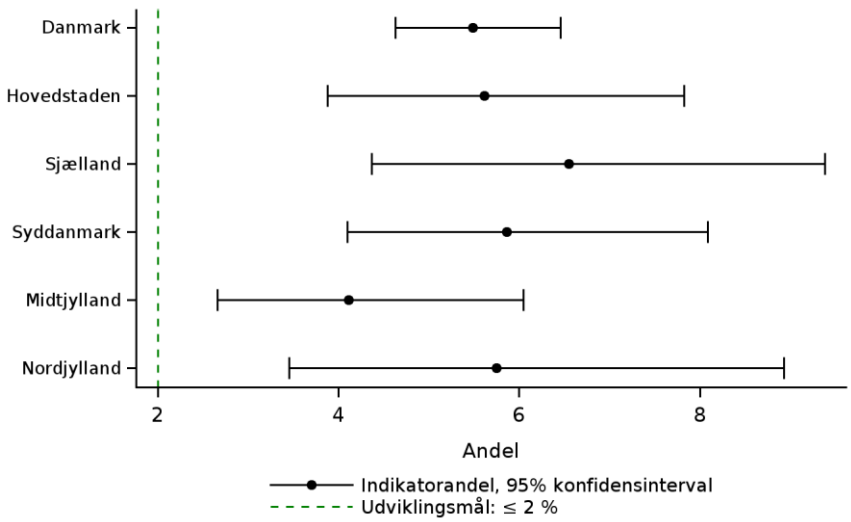
# Indikator 18ai: 30-dages dødelighed efter STEMI (invasivt behandlede)

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

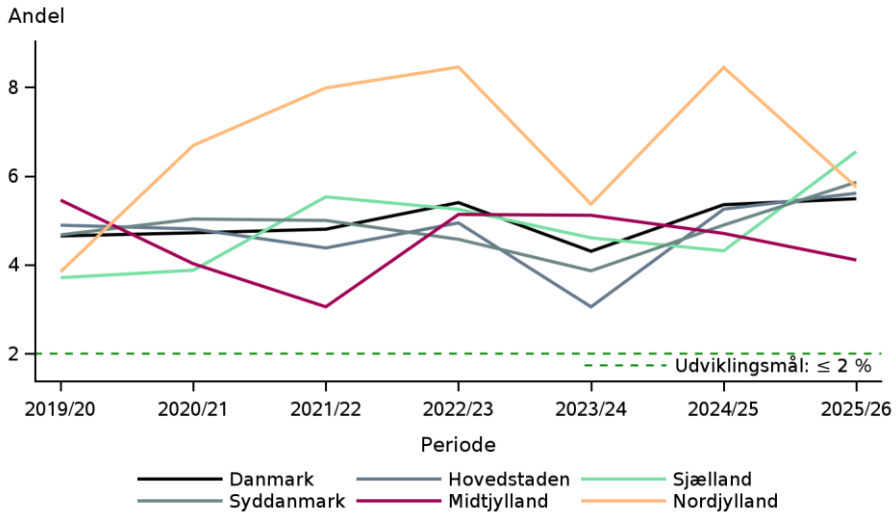
**Indikator 18ai: Andel af patienter med STEMI, der er behandlet invasivt, som er døde <= 30 dage efter First Medical Contact (FMC)**

| | Udviklingsmål | | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ≤ 2% | Tæller/ | 01.07.2025 - 30.06.2026 | | 2024/25 | | 2023/24 |
| | opnået | nævner | Andel | 95% CI | Antal | Andel | Andel |
| **Danmark** | Nej | 135 / 2.459 | 5,5 | (4,6-6,5) | 135 / 2.521 | 5,4 | 4,3 |
| **Hovedstaden** | Nej | 32 / 570 | 5,6 | (3,9-7,8) | 31 / 590 | 5,3 | 3,1 |
| **Sjælland** | Nej | 27 / 412 | 6,6 | (4,4-9,4) | 18 / 417 | 4,3 | 4,6 |
| **Syddanmark** | Nej | 34 / 580 | 5,9 | (4,1-8,1) | 26 / 531 | 4,9 | 3,9 |
| **Midtjylland** | Nej | 24 / 584 | 4,1 | (2,7-6,1) | 29 / 616 | 4,7 | 5,1 |
| **Nordjylland** | Nej | 18 / 313 | 5,8 | (3,4-8,9) | 31 / 367 | 8,4 | 5,4 |

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



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




**Datagrundlag og beregningsregler**

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

Nævner

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

Tæller

Patientforløb hvor patienten er død inden for 30 dage efter indlæggelse

Eksklusion:

- Patientforløb hvor patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er "Ikke AKS", NSTEMI eller UAP
- Patientforløb indberettet til DanAKS, som ikke kan kobles med et indlæggelsesforløb i LPR
- Patienter som ikke er bosat i Danmark
- 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:** | 128 | Indlæggelsen ikke fundet i LPR |
| | 362 | Ikke AKS |
| | 5.820 | Ikke STEMI eller BBBMI |
| | 19 | Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden |
| | 366 | Ikke behandlet invasivt |

**Indikatorresultater**

Blandt invasivt behandlede STEMI-patienter døde 5,5% på landsplan inden for 30 dage efter indlæggelse. På regionsniveau varierer andelen fra 4,1% i Region Midtjylland til 6,6% i Region Sjælland.

**Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater**

Se indikator 19bi.

**Vurdering af indikatoren**

Se indikator 19bi.

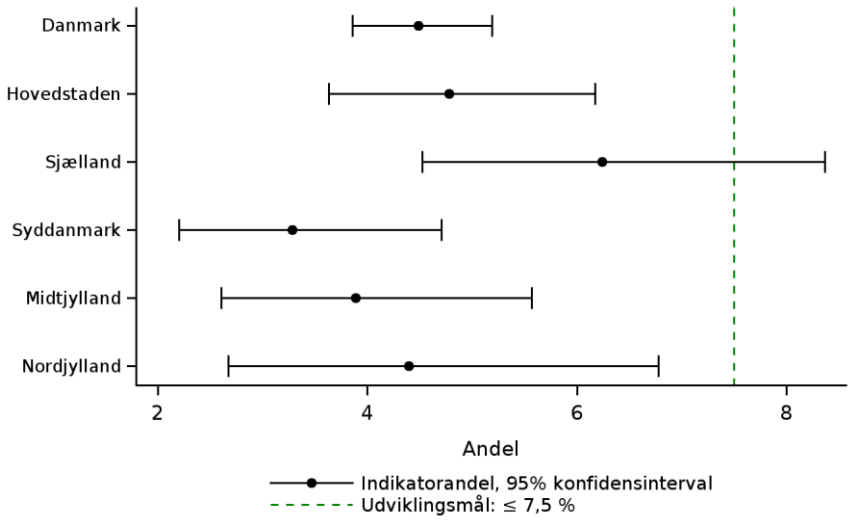
# Indikator 18b: 30-dages dødelighed efter NSTEMI (alle)

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

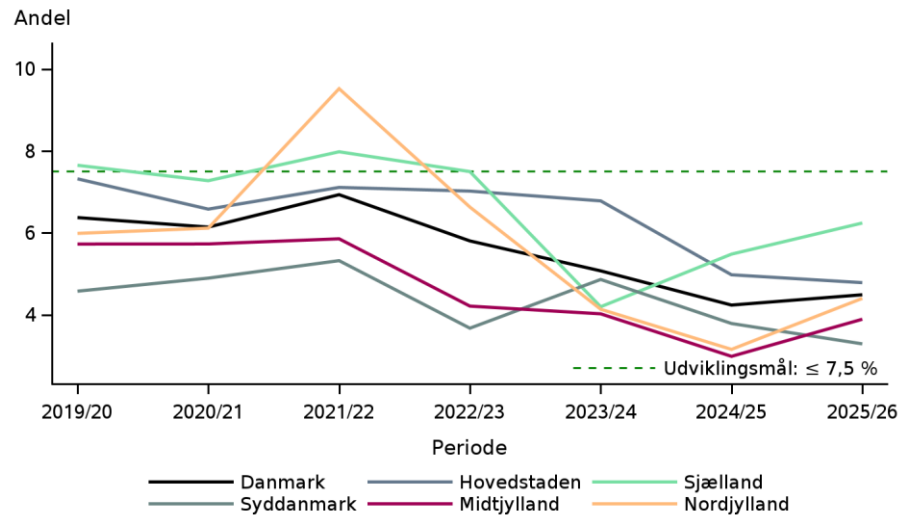
**Indikator 18b: Andel af patienter med NSTEMI som er døde <= 30 dage efter First Medical Contact (FMC)**

| | Udviklingsmål | | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ≤ 7,5% | Tæller/ | 01.07.2025 - 30.06.2026 | | 2024/25 | | 2023/24 |
| | opnået | nævner | Andel | 95% CI | Antal | Andel | Andel |
| **Danmark** | Ja | 171 / 3.811 | 4,5 | (3,9-5,2) | 161 / 3.802 | 4,2 | 5,1 |
| **Hovedstaden** | Ja | 55 / 1.150 | 4,8 | (3,6-6,2) | 59 / 1.186 | 5,0 | 6,8 |
| **Sjælland** | Ja | 41 / 657 | 6,2 | (4,5-8,4) | 36 / 657 | 5,5 | 4,2 |
| **Syddanmark** | Ja | 28 / 852 | 3,3 | (2,2-4,7) | 33 / 872 | 3,8 | 4,9 |
| **Midtjylland** | Ja | 28 / 720 | 3,9 | (2,6-5,6) | 22 / 738 | 3,0 | 4,0 |
| **Nordjylland** | Ja | 19 / 432 | 4,4 | (2,7-6,8) | 11 / 349 | 3,2 | 4,1 |

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



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




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

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er NSTEMI

Tæller

Patientforløb hvor patienten er død inden for 30 dage efter indlæggelse

Eksklusion:

- Patientforløb hvor patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er "Ikke AKS", STEMI, BBBMI eller UAP
- Patientforløb indberettet til DanAKS, som ikke kan kobles med et indlæggelsesforløb i LPR
- Patienter som ikke er bosat i Danmark
- 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:** | 128 | Indlæggelsen ikke fundet i LPR |
| | 362 | Ikke AKS |
| | 184 | Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden |
| | 4.669 | Ikke NSTEMI |

**Indikatorresultater**

På landsplan døde 4,5% af patienterne med NSTEMI inden for 30 dage efter indlæggelse. På regionsniveau varierer andelen fra 3,3% i Region Syddnamark til 6,2% i Region Sjælland, og alle regioner opfylder således i lighed med de foregående år udviklingsmålet på ≤ 7,5%.

Som supplement til indikatoropgørelsen er der under Supplerende Opgørelser (side 96) vist en tabel over fordelingen af køn, alder og Charlsons komorbiditetsindeks. Andelen af NSTEMI-patienter over 80 år varierer fra 24% i Region Sjælland og Region Syddanmark til 28% i Region Midtjylland. Andelen af NSTEMI-patienter med Charlsons komorbiditetsindeks score ≥3 varierer fra 18% i Region Syddanmark til 23% i Region Sjælland.

**Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater**

Se indikator 19bi.

**Vurdering af indikatoren**

Se indikator 19bi.

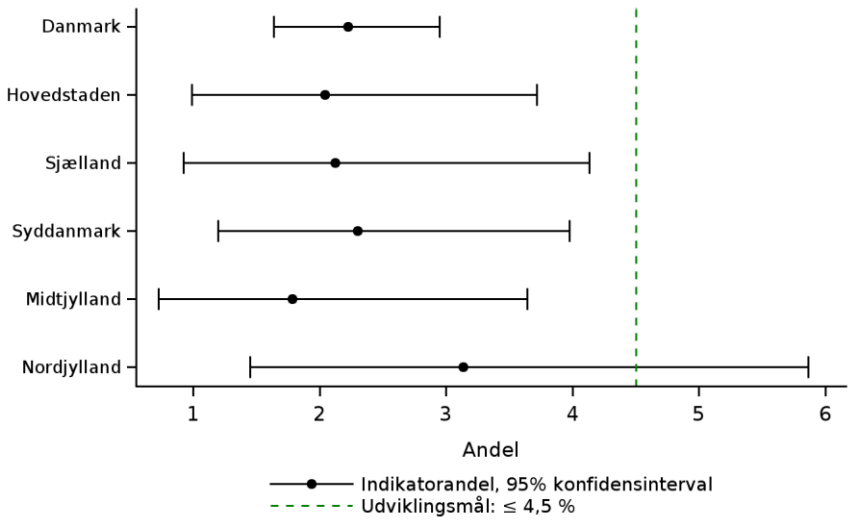
# Indikator 18bi: 30-dages dødelighed efter NSTEMI (invasivt behandlede)

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

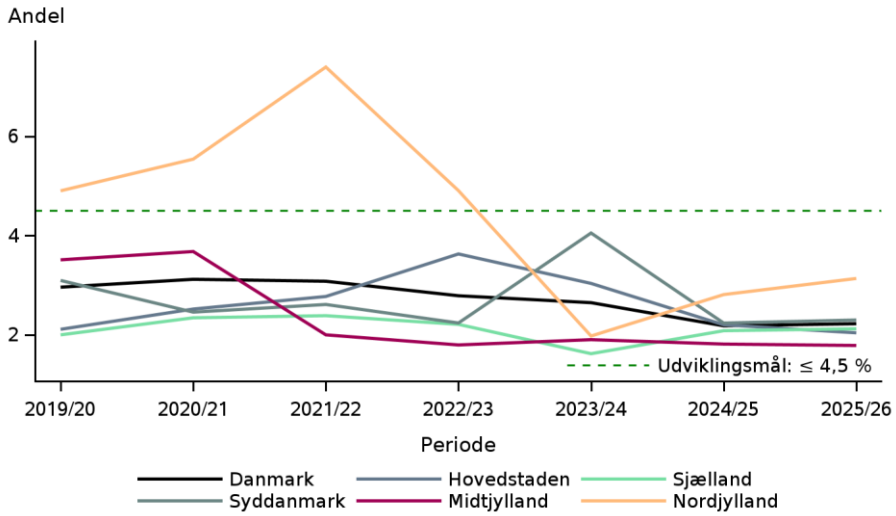
**Indikator 18bi: Andel af patienter med NSTEMI, der er behandlet invasivt, som er døde <= 30 dage efter First Medical Contact (FMC)**

| | Udviklingsmål | | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ≤ 4,5% | Tæller/ | 01.07.2025 - 30.06.2026 | | 2024/25 | | 2023/24 |
| | opnået | nævner | Andel | 95% CI | Antal | Andel | Andel |
| **Danmark** | Ja | 46 / 2.068 | 2,2 | (1,6-3,0) | 48 / 2.200 | 2,2 | 2,6 |
| **Hovedstaden** | Ja | 10 / 490 | 2,0 | (1,0-3,7) | 12 / 545 | 2,2 | 3,0 |
| **Sjælland** | Ja | 8 / 377 | 2,1 | (0,9-4,1) | 8 / 384 | 2,1 | 1,6 |
| **Syddanmark** | Ja | 12 / 522 | 2,3 | (1,2-4,0) | 13 / 581 | 2,2 | 4,1 |
| **Midtjylland** | Ja | 7 / 392 | 1,8 | (0,7-3,6) | 8 / 441 | 1,8 | 1,9 |
| **Nordjylland** | Ja | 9 / 287 | 3,1 | (1,4-5,9) | 7 / 249 | 2,8 | 2,0 |

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



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




**Datagrundlag og beregningsregler**

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

Nævner

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

Tæller

Patientforløb hvor patienten er død inden for 30 dage efter indlæggelse

Eksklusion:

- Patientforløb hvor patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er "Ikke AKS", STEMI, BBBMI eller UAP
- Patientforløb indberettet til DanAKS, som ikke kan kobles med et indlæggelsesforløb i LPR
- Patienter som ikke er bosat i Danmark
- 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:** | 128 | Indlæggelsen ikke fundet i LPR |
| | 362 | Ikke AKS |
| | 27 | Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden |
| | 1.900 | Ikke behandlet invasivt |
| | 4.669 | Ikke NSTEMI |

**Indikatorresultater**

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

**Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater**

Se indikator 19bi.

**Vurdering af indikatoren**

Se indikator 19bi.

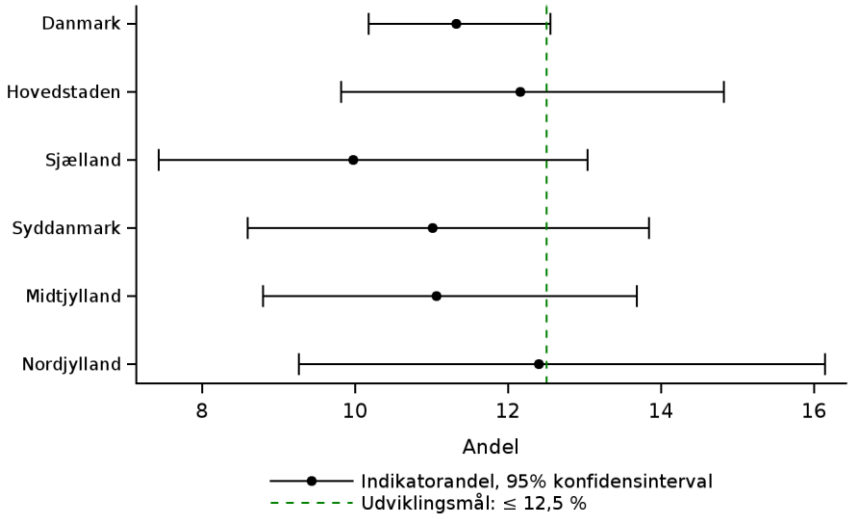
# Indikator 19a: 1-års dødelighed efter STEMI (alle)

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

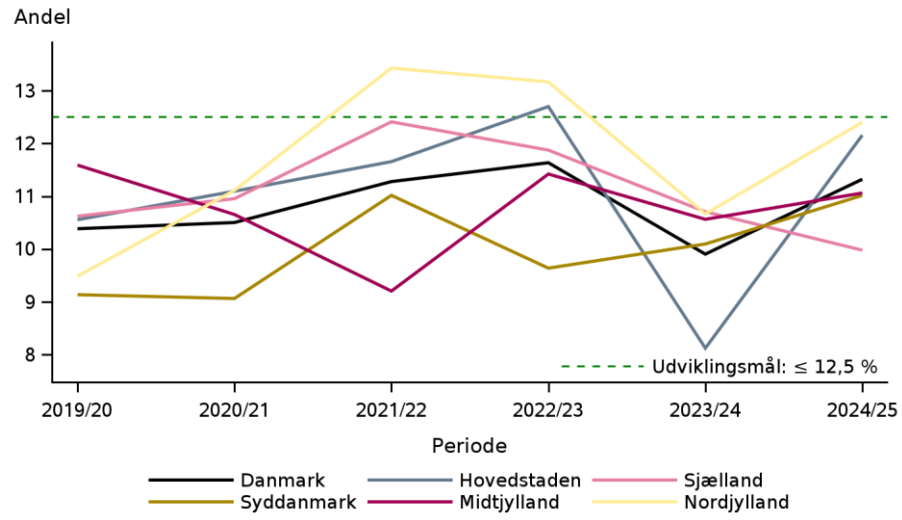
**Indikator 19a: Andel af patienter med STEMI som er døde <= 365 dage efter First Medical Contact (FMC)**

| | Udviklingsmål | | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ≤ 12,5% | Tæller/ | 01.07.2024 - 30.06.2025 | | 2023/24 | | 2022/23 |
| | opnået | nævner | Andel | 95% CI | Antal | Andel | Andel |
| **Danmark** | Ja | 316 / 2.791 | 11,3 | (10,2-12,6) | 289 / 2.918 | 9,9 | 11,6 |
| **Hovedstaden** | Ja | 84 / 691 | 12,2 | (9,8-14,8) | 58 / 714 | 8,1 | 12,7 |
| **Sjælland** | Ja | 47 / 471 | 10,0 | (7,4-13,0) | 53 / 495 | 10,7 | 11,9 |
| **Syddanmark** | Ja | 64 / 581 | 11,0 | (8,6-13,8) | 63 / 624 | 10,1 | 9,6 |
| **Midtjylland** | Ja | 74 / 669 | 11,1 | (8,8-13,7) | 75 / 710 | 10,6 | 11,4 |
| **Nordjylland** | Ja | 47 / 379 | 12,4 | (9,3-16,1) | 40 / 375 | 10,7 | 13,2 |

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



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




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

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er STEMI eller BBBMI

Tæller

Patientforløb hvor patienten er død inden for 365 dage efter indlæggelse

Eksklusion:

- Patientforløb hvor patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er "Ikke AKS", NSTEMI eller UAP
- Patientforløb indberettet til DanAKS, som ikke kan kobles med et indlæggelsesforløb i LPR
- Patienter som ikke er bosat i Danmark.
- 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:** | 103 | Indlæggelsen ikke fundet i LPR |
| | 418 | Ikke AKS |
| | 5.841 | Ikke STEMI eller BBBMI |
| | 73 | Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden |

**Indikatorresultater**

På landsplan døde 11,3% af STEMI-patienterne inden for 1 år efter indlæggelse. På regionsniveau varierer andelen fra 10,0% i Region Sjælland til 12,4% i Region Nordjylland, og alle regioner har således nået udviklingsmålet på ≤ 12,5%.

**Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater**

Se indikator 19bi.

**Vurdering af indikatoren**

Se indikator 19bi.

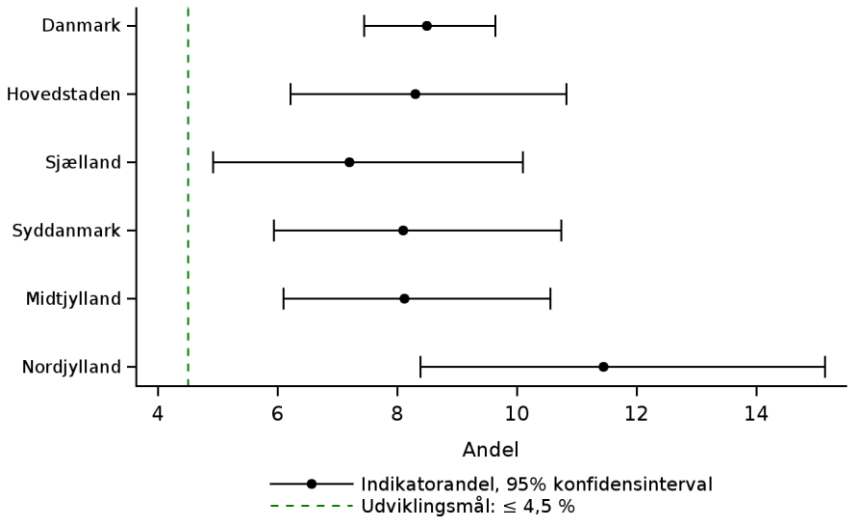
# Indikator 19ai: 1-års dødelighed efter STEMI (invasivt behandlede)

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

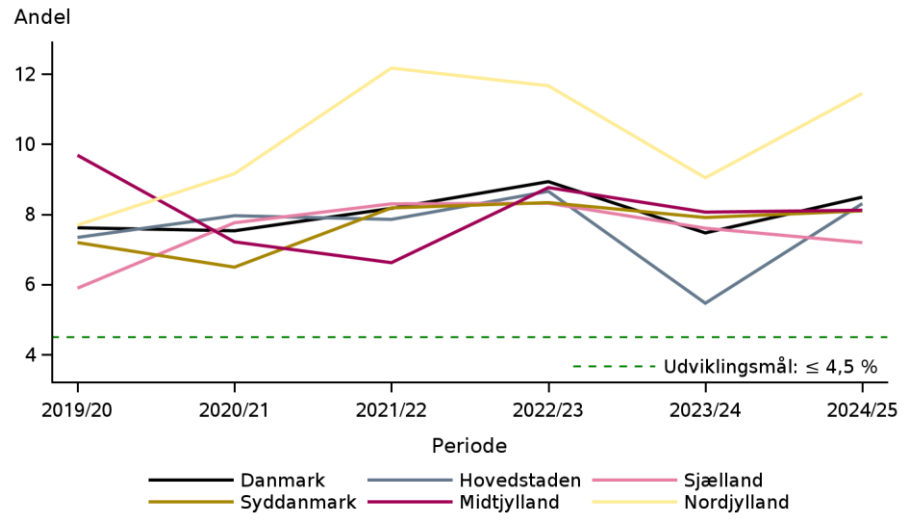
**Indikator 19ai: Andel af patienter med STEMI, der er behandlet invasivt, som er døde <= 365 dage efter First Medical Contact (FMC)**

| | Udviklingsmål | | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ≤ 4,5% | Tæller/ | 01.07.2024 - 30.06.2025 | | 2023/24 | | 2022/23 |
| | opnået | nævner | Andel | 95% CI | Antal | Andel | Andel |
| **Danmark** | Nej | 214 / 2.521 | 8,5 | (7,4-9,6) | 196 / 2.624 | 7,5 | 8,9 |
| **Hovedstaden** | Nej | 49 / 590 | 8,3 | (6,2-10,8) | 34 / 622 | 5,5 | 8,7 |
| **Sjælland** | Nej | 30 / 417 | 7,2 | (4,9-10,1) | 33 / 434 | 7,6 | 8,3 |
| **Syddanmark** | Nej | 43 / 531 | 8,1 | (5,9-10,8) | 45 / 569 | 7,9 | 8,3 |
| **Midtjylland** | Nej | 50 / 616 | 8,1 | (6,1-10,6) | 52 / 645 | 8,1 | 8,8 |
| **Nordjylland** | Nej | 42 / 367 | 11,4 | (8,4-15,2) | 32 / 354 | 9,0 | 11,7 |

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



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




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

Nævner

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

Tæller

Patientforløb hvor patienten er død inden for 365 dage efter indlæggelse

Eksklusion:

- Patientforløb hvor patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er "Ikke AKS", NSTEMI eller UAP
- Patientforløb indberettet til DanAKS, som ikke kan kobles med et indlæggelsesforløb i LPR
- Patienter som ikke er bosat i Danmark
- 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:** | 103 | Indlæggelsen ikke fundet i LPR |
| | 418 | Ikke AKS |
| | 5.841 | Ikke STEMI eller BBBMI |
| | 27 | Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden |
| | 316 | Ikke behandlet invasivt |

**Indikatorresultater**

Blandt de invasivt behandlede STEMI-patienter døde 8,5% på landsplan inden for 1 år efter indlæggelse, mens andelen på regionsniveau varierer fra 7,2% for Region Sjælland til 11,4% for Region Nordjylland.

**Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater**

Se indikator 19bi.

**Vurdering af indikatoren**

Se indikator 19bi.

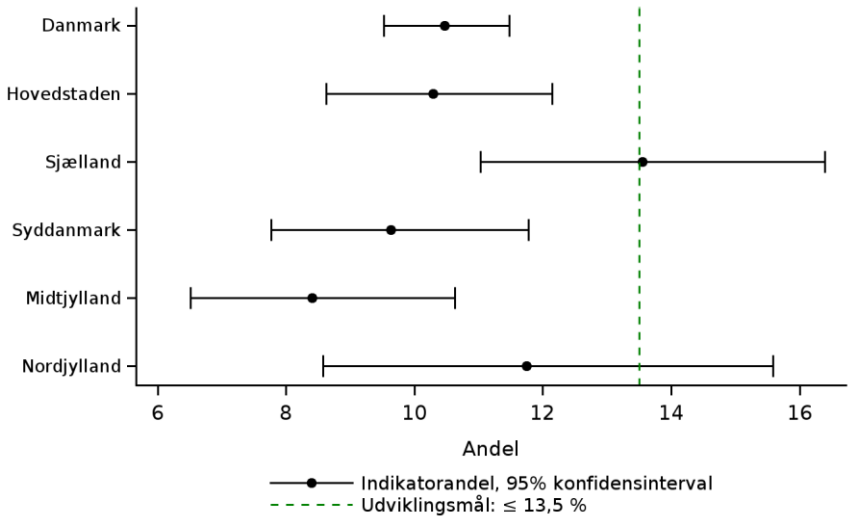
# Indikator 19b: 1-års dødelighed efter NSTEMI (alle)

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

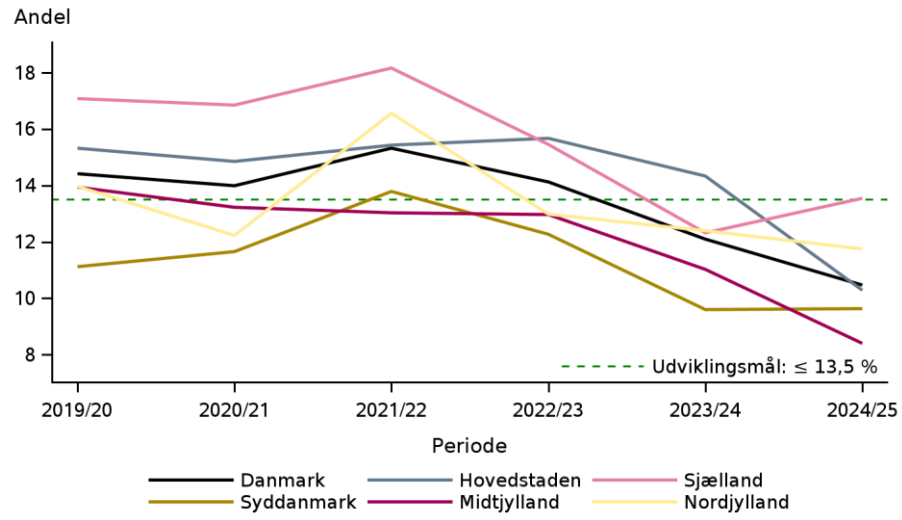
**Indikator 19b: Andel af patienter med NSTEMI som er døde <= 365 dage efter First Medical Contact (FMC)**

| | Udviklingsmål | | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ≤ 13,5% | Tæller/ | 01.07.2024 - 30.06.2025 | | 2023/24 | | 2022/23 |
| | opnået | nævner | Andel | 95% CI | Antal | Andel | Andel |
| **Danmark** | Ja | 398 / 3.802 | 10,5 | (9,5-11,5) | 470 / 3.885 | 12,1 | 14,1 |
| **Hovedstaden** | Ja | 122 / 1.186 | 10,3 | (8,6-12,2) | 167 / 1.165 | 14,3 | 15,7 |
| **Sjælland** | Ja | 89 / 657 | 13,5 | (11,0-16,4) | 94 / 763 | 12,3 | 15,5 |
| **Syddanmark** | Ja | 84 / 872 | 9,6 | (7,8-11,8) | 79 / 823 | 9,6 | 12,3 |
| **Midtjylland** | Ja | 62 / 738 | 8,4 | (6,5-10,6) | 85 / 771 | 11,0 | 13,0 |
| **Nordjylland** | Ja | 41 / 349 | 11,7 | (8,6-15,6) | 45 / 363 | 12,4 | 13,0 |

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



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




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

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er NSTEMI

Tæller

Patientforløb hvor patienten er død inden for 365 dage efter indlæggelse

Eksklusion:

- Patientforløb hvor patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er "Ikke AKS", STEMI, BBBMI eller UAP
- Patientforløb indberettet til DanAKS, som ikke kan kobles med et indlæggelsesforløb i LPR
- Patienter som ikke er bosat i Danmark
- 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:** | 103 | Indlæggelsen ikke fundet i LPR |
| | 418 | Ikke AKS |
| | 195 | Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden |
| | 4.708 | Ikke NSTEMI |

**Indikatorresultater**

På landsplan døde 10,5% af patienterne med NSTEMI inden for 1 år efter indlæggelse, hvilket er et fald sammenlignet med de foregående år. På regionsniveau varierer andelen fra 8,4% i Region Midtjylland til 13,5% i Region Sjælland, og alle regioner har således nået udviklingsmålet på ≤ 13,5%.

**Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater**

Se indikator 19bi.

**Vurdering af indikatoren**

Se indikator 19bi.

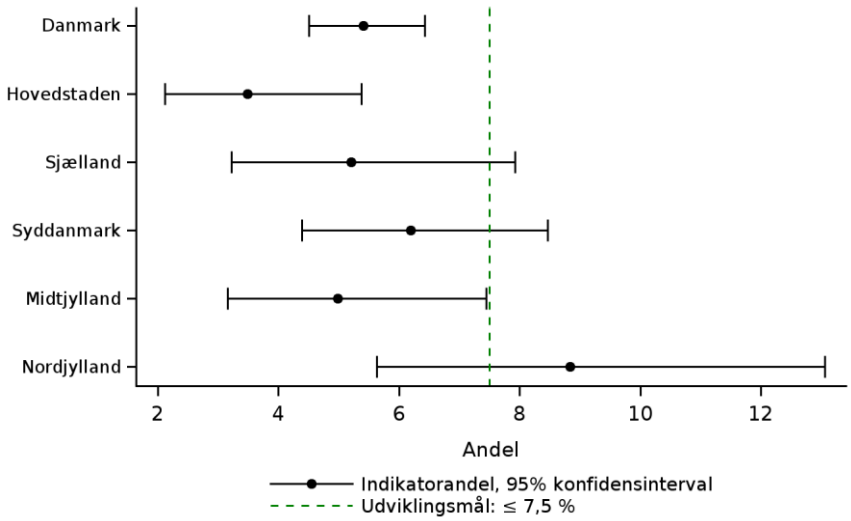
# Indikator 19bi: 1-års dødelighed efter NSTEMI (invasivt behandlede)

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

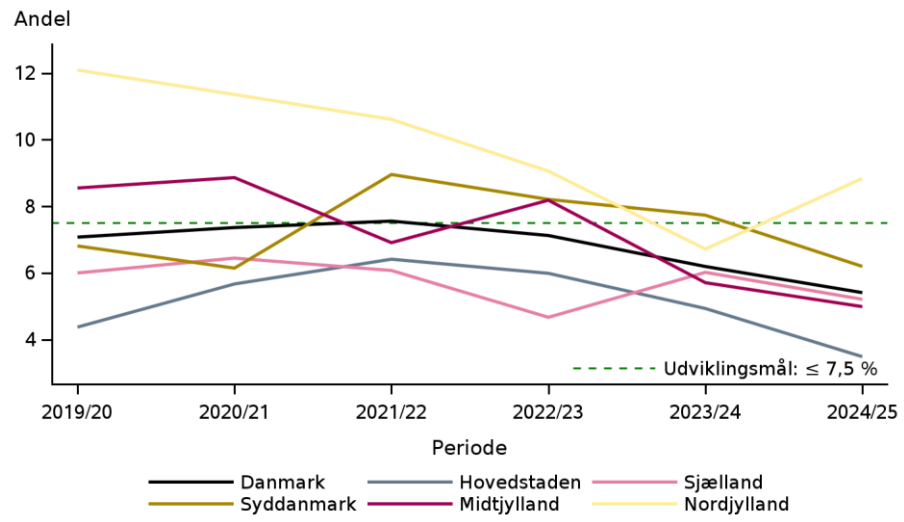
**Indikator 19bi: Andel af patienter med NSTEMI, der er behandlet invasivt, som er døde <= 365 dage efter First Medical Contact (FMC)**

| | Udviklingsmål | | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ≤ 7,5% | Tæller/ | 01.07.2024 - 30.06.2025 | | 2023/24 | | 2022/23 |
| | opnået | nævner | Andel | 95% CI | Antal | Andel | Andel |
| **Danmark** | Ja | 119 / 2.200 | 5,4 | (4,5-6,4) | 138 / 2.228 | 6,2 | 7,1 |
| **Hovedstaden** | Ja | 19 / 545 | 3,5 | (2,1-5,4) | 26 / 527 | 4,9 | 6,0 |
| **Sjælland** | Ja | 20 / 384 | 5,2 | (3,2-7,9) | 26 / 432 | 6,0 | 4,7 |
| **Syddanmark** | Ja | 36 / 581 | 6,2 | (4,4-8,5) | 42 / 543 | 7,7 | 8,2 |
| **Midtjylland** | Ja | 22 / 441 | 5,0 | (3,2-7,5) | 27 / 473 | 5,7 | 8,2 |
| **Nordjylland** | Nej | 22 / 249 | 8,8 | (5,6-13,1) | 17 / 253 | 6,7 | 9,1 |

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



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




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

Nævner

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

Tæller

Patientforløb hvor patienten er død inden for 365 dage efter indlæggelse

Eksklusion:

- Patientforløb hvor patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er "Ikke AKS", STEMI, BBBMI eller UAP
- Patientforløb indberettet til DanAKS, som ikke kan kobles med et indlæggelsesforløb i LPR
- Patienter som ikke er bosat i Danmark
- 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:** | 103 | Indlæggelsen ikke fundet i LPR |
| | 418 | Ikke AKS |
| | 37 | Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden |
| | 1.760 | Ikke behandlet invasivt |
| | 4.708 | Ikke NSTEMI |

**Indikatorresultater**
Blandt de invasivt behandlede patienter med NSTEMI døde 5,4% på landsplan inden for 1 år efter indlæggelse. På regionsniveau varierer andelen fra 3,5% i Region Hovedstaden til 8,8% i Region Nordjylland, der som den eneste region ikke har nået udviklingsmålet på ≤ 7,5%.

**Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater**
Styregruppen bemærker følgende:

- At mortaliteten stort set er uændret gennem de sidste år
- At der dog ses en fald i mortaliteten hos patienter med NSTEMI.
    - Mortaliteten hos patienter med NSTEMI som er invasivt behandlede er uændret
    - Faldet i mortalitet er dermed betinget af et observeret fald hos patienter som ikke er invasivt behandlede. Styregruppen vurderer at dette forklares af en forsat stigende dækningsgrad og dermed udelukkelse af patienter som fejlagtigt har fået en NSTEMI diagnose. Der henvises i den forbindelse til grafen med opgørelse af hyppigheden af diagnosen NSTEMI, som ligeledes er faldende. Styregruppen vurderer at dette ligeledes skyldes en højere andel af bekræftede diagnoser.

- At systematisk opgørelse af de stratificerede mortalitetsgrafer ikke bidrager til monitorering af god kvalitet.

Styregruppen er i tvivl om der er kliniske udviklinger som kan forventes at reducere den observerede mortalitet. Styregruppens evidensspecialist har gennemgået nabolandes udviklingsmål for mortalitet. Der er ikke ensretning af dataopgørelse. Data kan ikke sammenlignes direkte med danske opgørelser. Styregruppen vurderer dog at mortaliteten i Danmark er sammenlignelig med mortaliteten i nabolandene.

**Vurdering af indikatoren**
Styregruppen indstiller at mortaliteten fremtidigt opgøres på nationalt niveau, men stratificeret på diagnose og opgjort for henholdsvis alle patienter og invasivt behandlede patienter. Samt at mortaliteten opgøres på 30 og 365 dage. Dette er svarende til de samlede mortalitetsopgørelser i de supplerende opgørelser. Der anbefales ikke et udviklingsmål for de forskellige stratificeringer.

Styregruppen indstiller er at der fortsat laves regionale opgørelser som supplerende analyser.

# Indikatorer som afventer data

## Indikator 2: Transport med ambulance/helikopter ved STEMI

*Andel af patienter med STEMI transporteret med ambulance eller helikopter*. Udviklingsmål ≥ 80%

**Kommentar vedr. indikator 2**
Styregruppen anbefaler at indikatoren bevares og at der fortsat arbejdes på at få data for PPJ-Patientforløb ind i DanAKS.

## Indikator 3: Præhospital EKG ved STEMI

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

**Kommentar vedr. indikator 3**
Indikator 3 er afhængig af præhospitale data om optagelse af EKG. Disse data indgår ikke generelt i datasættet for PPJ-Patientforløb, hvor der ikke er registreringer af samtlige EKG'er udført præhospitalt. Styregruppen indstiller at indikator 3 bortfalder.

## Indikator 6: Magnyl inden ankomst til kard. lab.

*Andel af patienter med verificeret STEMI behandlet med Magnyl inden ankomst til kardiologisk laboratorium*. Udviklingsmål ≥ 95%

**Kommentar vedr. indikator 6**
Styregruppen vurderer ikke det er muligt at få valide data vedr. magnyl givet i ambulancen, da de oftest dokumenteres i fritekst. Styregruppen indstiller at indikatoren bortfalder.

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

*Andel af patienter med verificeret STEMI behandlet med PCI eller koronar bypass operation <= 12 timer fra First Medical Contact (FMC)*. Udviklingsmål ≥ 92%

**Kommentar vedr. indikator 7**
Styregruppen anbefaler at indikatoren bortfalder, da det erfaringsmæssigt oftest er på baggrund af patientrelaterede årsager, nærmere end systemmæssige, hvis patienten ikke har fået foretaget PCI eller CABG inden for tidsgrænsen.

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

*Andel af patienter med verificeret STEMI hvor der er foretaget KAG/PCI <= 90 min. fra diagnosen er stillet.* Udviklingsmål ≥ 80%

**Kommentar vedr. indikator 8**
Styregruppen tager til efterretning at det ikke er muligt at opgøre indikator 8, da det ikke er muligt at få adgang til data vedr. tidspunkt for EKG.

Styregruppen anbefaler at man til en start opgør indikator 9, og herefter overvejer om indikator 8 skal redefineres så man i stedet bruger tidspunkt for ambulancens ankomst.

# 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 selvhenvendere.* Udviklingsmål ≥ 80%

**Kommentar vedr. indikator 9**
Styregruppen anbefaler at indikatoren fastholdes og at der fortsat arbejdes på at få data for PPJ-Patientforløb ind i DanAKS.

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

*Andel af patienter med verificeret STEMI hvor der er lavet EKG <= 10 min. fra First Medical Contact (FMC).* Udviklingsmål ≥ 90%

**Kommentar vedr. indikator 10**
Det er afsøgt om det er muligt at få data på tidspunkt for EKG-optagelse, henholdsvis i ambulance og på sygehus. Det er ikke muligt.

Styregruppen indstiller at indikator 10 bortfalder.

# Supplerende opgørelser

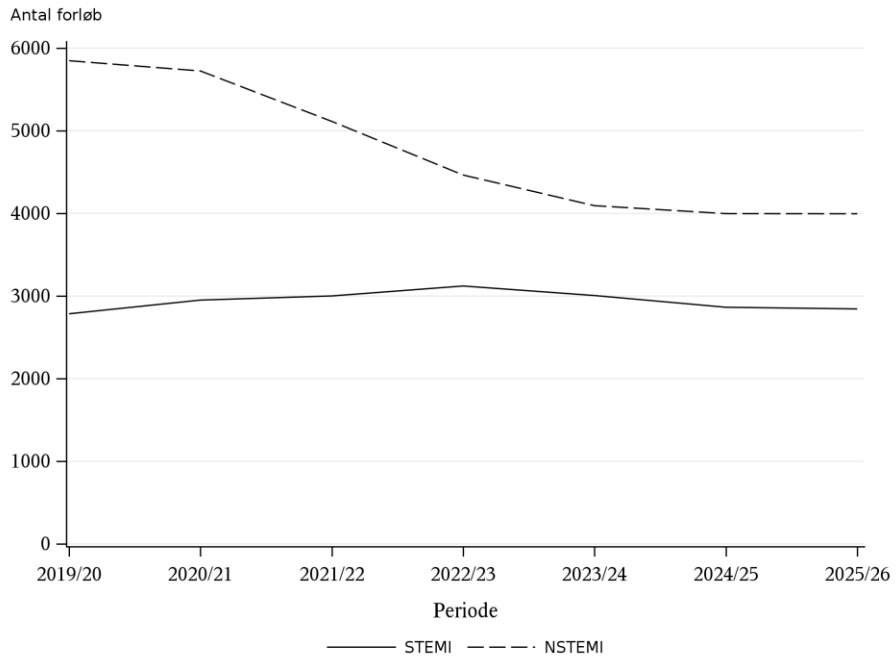
## Incidens

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 webservicen til DanAKS, herunder fratrukket forløb hvor der ifølge indberetningen til DanAKS ikke er tale om AKS. Befolkningstallet er hentet fra Danmarks Statistik (www.statistikbanken).

**Incidens**

| | Befolkning (≥18 år) 1. jan. 2026 | AKS | AKS /10.000 | STEMI | STEMI /10.000 | NSTEMI | NSTEMI /10.000 | UAP | UAP /10.000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Danmark | 4.889.691 | 7.828 | 16 | 2844 | 5,8 | 3995 | 8,2 | 944 | 1,9 |
| Hovedstaden | 1.579.856 | 2.291 | 14.5 | 691 | 4,4 | 1205 | 7,6 | 379 | 2,4 |
| Sjælland | 700.478 | 1.324 | 18.9 | 477 | 6,8 | 693 | 9,9 | 152 | 2,2 |
| Syddanmark | 1.009.962 | 1.738 | 17.2 | 667 | 6,6 | 898 | 8,9 | 161 | 1,6 |
| Midtjylland | 1.114.587 | 1.558 | 14 | 671 | 6,0 | 743 | 6,7 | 139 | 1,2 |
| Nordjylland | 484.808 | 917 | 18.9 | 338 | 7,0 | 456 | 9,4 | 113 | 2,3 |

**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 106) for en oversigt over klassifikationen af diagnosekoderne i STEMI, BBBMI, NSTEMI og UAP.

**Diagnoser i LPR (alle ptt.)**

| | I alt | Ikke AKS | | Verificeret AKS | | Ikke verificeret | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Antal | Antal | % | Antal | % | Antal | % |
| DI200 | 1.070 | 313 | 29,3 | 317 | 29,6 | 440 | 41,1 |
| DI200B | 219 | 71 | 32,4 | 61 | 27,9 | 87 | 39,7 |
| DI200C | 26 | 4 | 15,4 | 10 | 38,5 | 12 | 46,2 |
| DI210 | 35 | | | 18 | 51,4 | 17 | 48,6 |
| DI210A | 15 | | | 7 | 46,7 | 8 | 53,3 |
| DI210B | 77 | 3 | 3,9 | 58 | 75,3 | 16 | 20,8 |
| DI211 | 17 | # | 5,9 | 11 | 64,7 | 5 | 29,4 |
| DI211A | 10 | | | 4 | 40,0 | 6 | 60,0 |
| DI211B | 50 | | | 29 | 58,0 | 21 | 42,0 |
| DI213 | 1.190 | 23 | 1,9 | 717 | 60,3 | 450 | 37,8 |
| DI213A | 638 | 12 | 1,9 | 412 | 64,6 | 214 | 33,5 |
| DI213B | 801 | 18 | 2,2 | 491 | 61,3 | 292 | 36,5 |
| DI213C | 5 | | | 3 | 60,0 | # | 40,0 |
| DI214 | 3.817 | 272 | 7,1 | 2.309 | 60,5 | 1.236 | 32,4 |
| DI219 | 503 | 40 | 8,0 | 191 | 38,0 | 272 | 54,1 |
| DI219A | 143 | 66 | 46,2 | 12 | 8,4 | 65 | 45,5 |
| DI249 | 48 | 13 | 27,1 | 12 | 25,0 | 23 | 47,9 |
| **I alt** | 8.664 | 836 | 9,6 | 4.662 | 53,8 | 3.166 | 36,5 |

## Diagnoser i LPR (alle ptt.)

| | I alt | STEMI | | BBBMI | | NSTEMI | | UAP | | DI249 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Antal | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % |
| **Danmark** | 8.612 | 2.756 | 32,0 | 5 | 0,1 | 4.488 | 52,1 | 1.315 | 15,3 | 48 | 0,6 |
| **Hovedstaden** | 2.504 | 728 | 29,1 | # | 0,0 | 1.314 | 52,5 | 448 | 17,9 | 13 | 0,5 |
| **Sjælland** | 1.589 | 416 | 26,2 | | | 829 | 52,2 | 337 | 21,2 | 7 | 0,4 |
| **Syddanmark** | 1.769 | 613 | 34,7 | | | 972 | 54,9 | 176 | 9,9 | 8 | 0,5 |
| **Midtjylland** | 1.766 | 669 | 37,9 | 4 | 0,2 | 885 | 50,1 | 198 | 11,2 | 10 | 0,6 |
| **Nordjylland** | 984 | 330 | 33,5 | | | 488 | 49,6 | 156 | 15,9 | 10 | 1,0 |
| **Hovedstaden** | 2.504 | 728 | 29,1 | # | 0,0 | 1.314 | 52,5 | 448 | 17,9 | 13 | 0,5 |
| Amager og Hvidovre Hospital | 514 | 165 | 32,1 | | | 211 | 41,1 | 135 | 26,3 | 3 | 0,6 |
| Bispebjerg og Frederiksberg Hospital | 245 | 114 | 46,5 | | | 109 | 44,5 | 21 | 8,6 | # | 0,4 |
| Bornholms Hospital | 70 | 5 | 7,1 | | | 45 | 64,3 | 20 | 28,6 | | |
| Herlev og Gentofte Hospital | 424 | 137 | 32,3 | | | 208 | 49,1 | 75 | 17,7 | 4 | 0,9 |
| Nordsjællands Hospital | 311 | 133 | 42,8 | | | 138 | 44,4 | 38 | 12,2 | # | 0,6 |
| Rigshospitalet, Blegdamsvej | 940 | 174 | 18,5 | # | 0,1 | 603 | 64,1 | 159 | 16,9 | 3 | 0,3 |
| **Sjælland** | 1.589 | 416 | 26,2 | | | 829 | 52,2 | 337 | 21,2 | 7 | 0,4 |
| Holbæk Sygehus | 285 | 73 | 25,6 | | | 143 | 50,2 | 68 | 23,9 | # | 0,4 |
| Midt- og Vestsjællands Hospital, Somatik | 274 | 120 | 43,8 | | | 127 | 46,4 | 25 | 9,1 | # | 0,7 |
| Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F | 330 | 78 | 23,6 | | | 161 | 48,8 | 89 | 27,0 | # | 0,6 |
| Sjællands Universitetshospital, Roskilde | 700 | 145 | 20,7 | | | 398 | 56,9 | 155 | 22,1 | # | 0,3 |
| **Syddanmark** | 1.769 | 613 | 34,7 | | | 972 | 54,9 | 176 | 9,9 | 8 | 0,5 |
| Odense Universitetshospital, Odense | 436 | 150 | 34,4 | | | 242 | 55,5 | 42 | 9,6 | # | 0,5 |
| Odense Universitetshospital, Svendborg | 261 | 89 | 34,1 | | | 131 | 50,2 | 39 | 14,9 | # | 0,8 |
| Sydvestjysk Sygehus | 275 | 86 | 31,3 | | | 168 | 61,1 | 20 | 7,3 | # | 0,4 |
| Sygehus Lillebælt | 478 | 165 | 34,5 | | | 262 | 54,8 | 49 | 10,3 | # | 0,4 |
| Sygehus Sønderjylland | 319 | 123 | 38,6 | | | 169 | 53,0 | 26 | 8,2 | # | 0,3 |
| **Midtjylland** | 1.766 | 669 | 37,9 | 4 | 0,2 | 885 | 50,1 | 198 | 11,2 | 10 | 0,6 |
| Aarhus Universitetshospital | 521 | 202 | 38,8 | 3 | 0,6 | 263 | 50,5 | 49 | 9,4 | 4 | 0,8 |
| Hospitalsenhed Midt | 268 | 107 | 39,9 | # | 0,4 | 138 | 51,5 | 21 | 7,8 | # | 0,4 |

| | I alt | STEMI | | BBBMI | | NSTEMI | | UAP | | DI249 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Antal | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % |
| Regionshospitalet Gødstrup | 395 | 149 | 37,7 | | | 206 | 52,2 | 37 | 9,4 | 3 | 0,8 |
| Regionshospitalet Horsens | 238 | 94 | 39,5 | | | 109 | 45,8 | 34 | 14,3 | # | 0,4 |
| Regionshospitalet Randers | 344 | 117 | 34,0 | | | 169 | 49,1 | 57 | 16,6 | # | 0,3 |
| **Nordjylland** | 984 | 330 | 33,5 | | | 488 | 49,6 | 156 | 15,9 | 10 | 1,0 |
| Aalborg Universitetshospital | 857 | 280 | 32,7 | | | 430 | 50,2 | 140 | 16,3 | 7 | 0,8 |
| Regionshospital Nordjylland | 127 | 50 | 39,4 | | | 58 | 45,7 | 16 | 12,6 | 3 | 2,4 |

# Verificerede diagnoser for forløb som er indberettet til DanAKS

Tabellen nedenfor viser fordelingen af verificerede AKS-diagnoser (STEMI, BBMI, NSTEMI og UAP) for de i alt 4.662 forløb fra LPR, som er blevet indberettet til DanAKS via databasens webservice i det aktuelle opgørelsesår.

**Diagnoser indberettet (verificeret AKS)**

| | I alt | STEMI | | BBBMI | | NSTEMI | | UAP | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Antal | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % |
| **Danmark** | 4.662 | 1.843 | 39,5 | 6 | 0,1 | 2.408 | 51,7 | 405 | 8,7 |
| **Hovedstaden** | 799 | 183 | 22,9 | | | 516 | 64,6 | 100 | 12,5 |
| **Sjælland** | 809 | 274 | 33,9 | # | 0,1 | 451 | 55,7 | 83 | 10,3 |
| **Syddanmark** | 964 | 464 | 48,1 | # | 0,2 | 450 | 46,7 | 48 | 5,0 |
| **Midtjylland** | 1.388 | 624 | 45,0 | # | 0,1 | 655 | 47,2 | 107 | 7,7 |
| **Nordjylland** | 702 | 298 | 42,5 | # | 0,1 | 336 | 47,9 | 67 | 9,5 |
| **Hovedstaden** | 799 | 183 | 22,9 | | | 516 | 64,6 | 100 | 12,5 |
| Amager og Hvidovre Hospital | 25 | 9 | 36,0 | | | 12 | 48,0 | 4 | 16,0 |
| Bispebjerg og Frederiksberg Hospital | 78 | 45 | 57,7 | | | 30 | 38,5 | 3 | 3,8 |
| Bornholms Hospital | 1 | | | | | # | 100,0 | | |
| Herlev og Gentofte Hospital | 28 | 9 | 32,1 | | | 17 | 60,7 | # | 7,1 |
| Nordsjællands Hospital | 32 | 13 | 40,6 | | | 19 | 59,4 | | |
| Rigshospitalet, Blegdamsvej | 635 | 107 | 16,9 | | | 437 | 68,8 | 91 | 14,3 |
| **Sjælland** | 809 | 274 | 33,9 | # | 0,1 | 451 | 55,7 | 83 | 10,3 |
| Holbæk Sygehus | 146 | 67 | 45,9 | | | 67 | 45,9 | 12 | 8,2 |
| Midt- og Vestsjællands Hospital, Somatik | 34 | 9 | 26,5 | | | 21 | 61,8 | 4 | 11,8 |
| Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F | 137 | 63 | 46,0 | | | 61 | 44,5 | 13 | 9,5 |
| Sjællands Universitetshospital, Roskilde | 492 | 135 | 27,4 | # | 0,2 | 302 | 61,4 | 54 | 11,0 |
| **Syddanmark** | 964 | 464 | 48,1 | # | 0,2 | 450 | 46,7 | 48 | 5,0 |
| Odense Universitetshospital, Odense | 370 | 175 | 47,3 | # | 0,3 | 167 | 45,1 | 27 | 7,3 |

| | I alt | STEMI | | BBBMI | | NSTEMI | | UAP | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Antal | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % |
| Odense Universitetshospital, Svendborg | 134 | 68 | 50,7 | | | 66 | 49,3 | | |
| Sydvestjysk Sygehus | 109 | 52 | 47,7 | # | 0,9 | 51 | 46,8 | 5 | 4,6 |
| Sygehus Lillebælt | 198 | 96 | 48,5 | | | 92 | 46,5 | 10 | 5,1 |
| Sygehus Sønderjylland | 153 | 73 | 47,7 | | | 74 | 48,4 | 6 | 3,9 |
| **Midtjylland** | 1.388 | 624 | 45,0 | # | 0,1 | 655 | 47,2 | 107 | 7,7 |
| Aarhus Universitetshospital | 364 | 168 | 46,2 | # | 0,3 | 171 | 47,0 | 24 | 6,6 |
| Hospitalsenhed Midt | 231 | 113 | 48,9 | | | 104 | 45,0 | 14 | 6,1 |
| Regionshospitalet Gødstrup | 331 | 145 | 43,8 | | | 162 | 48,9 | 24 | 7,3 |
| Regionshospitalet Horsens | 196 | 88 | 44,9 | | | 90 | 45,9 | 18 | 9,2 |
| Regionshospitalet Randers | 266 | 110 | 41,4 | # | 0,4 | 128 | 48,1 | 27 | 10,2 |
| **Nordjylland** | 702 | 298 | 42,5 | # | 0,1 | 336 | 47,9 | 67 | 9,5 |
| Aalborg Universitetshospital | 594 | 253 | 42,6 | # | 0,2 | 281 | 47,3 | 59 | 9,9 |
| Regionshospital Nordjylland | 108 | 45 | 41,7 | | | 55 | 50,9 | 8 | 7,4 |

# Ekkokardiografi inden udskrivelse

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

| | Udviklingsmål opnået | Tæller/ nævner | Uoplyst antal (%) | Aktuelle år 01.07.2025 - 30.06.2026 Andel | 95% CI | Tidligere år 2024/25 Antal | Andel | 2023/24 Andel |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Danmark** | | 3.939 / 3.991 | 266 (6) | 98,7 | (98,3-99,0) | 3.430 / 3.482 | 98,5 | 98,1 |
| **Hovedstaden** | | 689 / 699 | 0 (0) | 98,6 | (97,4-99,3) | 499 / 509 | 98,0 | 97,0 |
| **Sjælland** | | 714 / 726 | 0 (0) | 98,3 | (97,1-99,1) | 747 / 773 | 96,6 | 96,3 |
| **Syddanmark** | | 905 / 916 | 0 (0) | 98,8 | (97,9-99,4) | 228 / 229 | 99,6 | 97,0 |
| **Midtjylland** | | 1.266 / 1.281 | 0 (0) | 98,8 | (98,1-99,3) | 1.381 / 1.392 | 99,2 | 99,3 |
| **Nordjylland** | | 365 / 369 | 266 (42) | 98,9 | (97,2-99,7) | 575 / 579 | 99,3 | 98,8 |
| **Hovedstaden** | | 689 / 699 | 0 (0) | 98,6 | (97,4-99,3) | 499 / 509 | 98,0 | 97,0 |
| Amager og Hvidovre Hospital | | 21 / 21 | 0 (0) | 100,0 | (83,9-100,0) | 32 / 32 | 100,0 | 92,9 |
| Bispebjerg og Frederiksberg Hospital | | 72 / 75 | 0 (0) | 96,0 | (88,8-99,2) | 85 / 88 | 96,6 | 97,8 |
| Bornholms Hospital | | #/# | 0 (0) | 100,0 | (2,5-100,0) | | | 100,0 |
| Herlev og Gentofte Hospital | | 26 / 26 | 0 (0) | 100,0 | (86,8-100,0) | 12 / 12 | 100,0 | 100,0 |
| Nordsjællands Hospital | | 31 / 32 | 0 (0) | 96,9 | (83,8-99,9) | 57 / 57 | 100,0 | 96,6 |
| Rigshospitalet, Blegdamsvej | | 538 / 544 | 0 (0) | 98,9 | (97,6-99,6) | 313 / 320 | 97,8 | 97,9 |
| **Sjælland** | | 714 / 726 | 0 (0) | 98,3 | (97,1-99,1) | 747 / 773 | 96,6 | 96,3 |
| Holbæk Sygehus | | 129 / 134 | 0 (0) | 96,3 | (91,5-98,8) | 151 / 159 | 95,0 | 95,4 |
| Midt- og Vestsjællands Hospital, Somatik | | 30 / 30 | 0 (0) | 100,0 | (88,4-100,0) | 26 / 26 | 100,0 | 96,8 |
| Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F | | 118 / 124 | 0 (0) | 95,2 | (89,8-98,2) | 170 / 183 | 92,9 | 91,8 |
| Sjællands Universitetshospital, Roskilde | | 437 / 438 | 0 (0) | 99,8 | (98,7-100,0) | 400 / 405 | 98,8 | 98,5 |
| **Syddanmark** | | 905 / 916 | 0 (0) | 98,8 | (97,9-99,4) | 228 / 229 | 99,6 | 97,0 |
| Odense Universitetshospital, Odense | | 339 / 343 | 0 (0) | 98,8 | (97,0-99,7) | 97 / 98 | 99,0 | |

| | Udviklingsmål opnået | Tæller/ nævner | Uoplyst antal (%) | Aktuelle år 01.07.2025 - 30.06.2026 Andel | 95% CI | Tidligere år 2024/25 Antal | Andel | 2023/24 Andel |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Odense Universitetshospital, Svendborg | | 134 / 134 | 0 (0) | 100,0 | (97,3-100,0) | 126 / 126 | 100,0 | 97,9 |
| Sydvestjysk Sygehus | | 104 / 104 | 0 (0) | 100,0 | (96,5-100,0) | 3 / 3 | 100,0 | 100,0 |
| Sygehus Lillebælt | | 187 / 188 | 0 (0) | 99,5 | (97,1-100,0) | #/# | 100,0 | 50,0 |
| Sygehus Sønderjylland | | 141 / 147 | 0 (0) | 95,9 | (91,3-98,5) | #/# | 100,0 | |
| **Midtjylland** | | 1.266 / 1.281 | 0 (0) | 98,8 | (98,1-99,3) | 1.381 / 1.392 | 99,2 | 99,3 |
| Aarhus Universitetshospital | | 338 / 340 | 0 (0) | 99,4 | (97,9-99,9) | 451 / 452 | 99,8 | 99,5 |
| Hospitalsenhed Midt | | 217 / 217 | 0 (0) | 100,0 | (98,3-100,0) | 242 / 243 | 99,6 | 99,6 |
| Regionshospitalet Gødstrup | | 302 / 307 | 0 (0) | 98,4 | (96,2-99,5) | 269 / 274 | 98,2 | 99,0 |
| Regionshospitalet Horsens | | 171 / 178 | 0 (0) | 96,1 | (92,1-98,4) | 179 / 181 | 98,9 | 98,9 |
| Regionshospitalet Randers | | 238 / 239 | 0 (0) | 99,6 | (97,7-100,0) | 240 / 242 | 99,2 | 99,3 |
| **Nordjylland** | | 365 / 369 | 266 (42) | 98,9 | (97,2-99,7) | 575 / 579 | 99,3 | 98,8 |
| Aalborg Universitetshospital | | 313 / 314 | 221 (41) | 99,7 | (98,2-100,0) | 493 / 494 | 99,8 | 99,2 |
| Regionshospital Nordjylland | | 52 / 55 | 45 (45) | 94,5 | (84,9-98,9) | 82 / 85 | 96,5 | 95,9 |

# Behandling med Magnyl, P2Y12 inhibitor og DOAK/VKA

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

**Recepter**

| | I alt | Andel DAPT (%) | Andel triple terapi (%) | Andel Magnyl/P2Y12 + DOAK/VKA (%) |
|---|---|---|---|---|
| **Danmark** | 6.007 | 65 | 4 | 11 |
| **Hovedstaden** | 1.717 | 63 | 3 | 10 |
| **Sjælland** | 947 | 68 | 4 | 12 |
| **Syddanmark** | 1.389 | 65 | 6 | 13 |
| **Midtjylland** | 1.249 | 59 | 5 | 10 |
| **Nordjylland** | 705 | 73 | 3 | 11 |
| **Hovedstaden** | 1.717 | 63 | 3 | 10 |
| Amager og Hvidovre Hospital | 336 | 56 | 3 | 7 |
| Bispebjerg og Frederiksberg Hospital | 193 | 56 | 2 | 13 |
| Bornholms Hospital | 46 | 30 | 0 | 13 |
| Herlev og Gentofte Hospital | 300 | 57 | 4 | 11 |
| Nordsjællands Hospital | 240 | 62 | 2 | 15 |
| Rigshospitalet, Blegdamsvej | 602 | 75 | 2 | 7 |
| **Sjælland** | 947 | 68 | 4 | 12 |
| Holbæk Sygehus | 143 | 65 | 1 | 15 |
| Midt- og Vestsjællands Hospital, Somatik | 223 | 62 | 6 | 13 |
| Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F | 177 | 60 | 5 | 14 |
| Sjællands Universitetshospital, Roskilde | 404 | 76 | 3 | 10 |
| **Syddanmark** | 1.389 | 65 | 6 | 13 |
| Odense Universitetshospital, Odense | 312 | 67 | 6 | 13 |
| Odense Universitetshospital, Svendborg | 200 | 68 | 4 | 11 |
| Sydvestjysk Sygehus | 228 | 65 | 8 | 12 |
| Sygehus Lillebælt | 382 | 63 | 6 | 14 |
| Sygehus Sønderjylland | 267 | 63 | 6 | 15 |
| **Midtjylland** | 1.249 | 59 | 5 | 10 |
| Aarhus Universitetshospital | 365 | 69 | 5 | 11 |
| Hospitalsenhed Midt | 192 | 72 | 5 | 14 |
| Regionshospitalet Gødstrup | 281 | 28 | 3 | 9 |
| Regionshospitalet Horsens | 188 | 67 | 6 | 9 |
| Regionshospitalet Randers | 223 | 65 | 9 | 9 |
| **Nordjylland** | 705 | 73 | 3 | 11 |
| Aalborg Universitetshospital | 617 | 74 | 3 | 12 |
| Regionshospital Nordjylland | 88 | 67 | 2 | 9 |

# Behandling med betablokker

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

| | Udviklingsmål opnået | Tæller/ nævner | Uoplyst antal (%) | Aktuelle år 01.07.2025 - 30.06.2026 Andel | 95% CI | Tidligere år 2024/25 Antal | Andel | 2023/24 Andel |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Danmark** | | 578 / 860 | 50 (5) | 67,2 | (64,0-70,3) | 549 / 764 | 71,9 | 77,7 |
| **Hovedstaden** | | 57 / 94 | 10 (10) | 60,6 | (50,0-70,6) | 62 / 98 | 63,3 | 73,5 |
| **Sjælland** | | 108 / 162 | 9 (5) | 66,7 | (58,8-73,9) | 153 / 214 | 71,5 | 75,7 |
| **Syddanmark** | | 126 / 193 | 0 (0) | 65,3 | (58,1-72,0) | 22 / 33 | 66,7 | 80,0 |
| **Midtjylland** | | 185 / 270 | 26 (9) | 68,5 | (62,6-74,0) | 210 / 271 | 77,5 | 81,9 |
| **Nordjylland** | | 102 / 141 | 5 (3) | 72,3 | (64,2-79,5) | 102 / 148 | 68,9 | 73,4 |
| **Hovedstaden** | | 57 / 94 | 10 (10) | 60,6 | (50,0-70,6) | 62 / 98 | 63,3 | 73,5 |
| Amager og Hvidovre Hospital | | 8 / 11 | 0 (0) | 72,7 | (39,0-94,0) | 7 / 11 | 63,6 | 100,0 |
| Bispebjerg og Frederiksberg Hospital | | 14 / 19 | 3 (14) | 73,7 | (48,8-90,9) | 24 / 28 | 85,7 | 77,8 |
| Bornholms Hospital | | #/# | 0 (0) | 0,0 | (0,0-97,5) | | | 100,0 |
| Herlev og Gentofte Hospital | | #/# | 0 (0) | 100,0 | (15,8-100,0) | 3 / 5 | 60,0 | 50,0 |
| Nordsjællands Hospital | | 7 / 12 | 1 (8) | 58,3 | (27,7-84,8) | 10 / 21 | 47,6 | 62,9 |
| Rigshospitalet, Blegdamsvej | | 26 / 49 | 6 (11) | 53,1 | (38,3-67,5) | 18 / 33 | 54,5 | 71,4 |
| **Sjælland** | | 108 / 162 | 9 (5) | 66,7 | (58,8-73,9) | 153 / 214 | 71,5 | 75,7 |
| Holbæk Sygehus | | 35 / 45 | 3 (6) | 77,8 | (62,9-88,8) | 47 / 62 | 75,8 | 80,9 |
| Midt- og Vestsjællands Hospital, Somatik | | 7 / 9 | 0 (0) | 77,8 | (40,0-97,2) | 6 / 7 | 85,7 | 80,0 |
| Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F | | 19 / 35 | 5 (13) | 54,3 | (36,6-71,2) | 34 / 54 | 63,0 | 72,9 |
| Sjællands Universitetshospital, Roskilde | | 47 / 73 | 1 (1) | 64,4 | (52,3-75,3) | 66 / 91 | 72,5 | 73,9 |
| **Syddanmark** | | 126 / 193 | 0 (0) | 65,3 | (58,1-72,0) | 22 / 33 | 66,7 | 80,0 |
| Odense Universitetshospital, Odense | | 40 / 66 | 0 (0) | 60,6 | (47,8-72,4) | 10 / 12 | 83,3 | |

| | Udviklingsmål opnået | Tæller/ nævner | Uoplyst antal (%) | Aktuelle år 01.07.2025 - 30.06.2026 Andel | 95% CI | Tidligere år 2024/25 Antal | Andel | 2023/24 Andel |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Odense Universitetshospital, Svendborg | | 13 / 26 | 0 (0) | 50,0 | (29,9-70,1) | 11 / 19 | 57,9 | 80,0 |
| Sydvestjysk Sygehus | | 14 / 23 | 0 (0) | 60,9 | (38,5-80,3) | #/# | 50,0 | |
| Sygehus Lillebælt | | 28 / 38 | 0 (0) | 73,7 | (56,9-86,6) | | | |
| Sygehus Sønderjylland | | 31 / 40 | 0 (0) | 77,5 | (61,5-89,2) | | | |
| **Midtjylland** | | 185 / 270 | 26 (9) | 68,5 | (62,6-74,0) | 210 / 271 | 77,5 | 81,9 |
| Aarhus Universitetshospital | | 45 / 65 | 6 (8) | 69,2 | (56,6-80,1) | 56 / 82 | 68,3 | 80,9 |
| Hospitalsenhed Midt | | 33 / 40 | 0 (0) | 82,5 | (67,2-92,7) | 40 / 48 | 83,3 | 85,7 |
| Regionshospitalet Gødstrup | | 43 / 75 | 7 (9) | 57,3 | (45,4-68,7) | 43 / 56 | 76,8 | 69,6 |
| Regionshospitalet Horsens | | 25 / 44 | 7 (14) | 56,8 | (41,0-71,7) | 23 / 33 | 69,7 | 88,1 |
| Regionshospitalet Randers | | 39 / 46 | 6 (12) | 84,8 | (71,1-93,7) | 48 / 52 | 92,3 | 91,1 |
| **Nordjylland** | | 102 / 141 | 5 (3) | 72,3 | (64,2-79,5) | 102 / 148 | 68,9 | 73,4 |
| Aalborg Universitetshospital | | 87 / 121 | 1 (1) | 71,9 | (63,0-79,7) | 78 / 112 | 69,6 | 72,9 |
| Regionshospital Nordjylland | | 15 / 20 | 4 (17) | 75,0 | (50,9-91,3) | 24 / 36 | 66,7 | 76,0 |

# Behandling med ACE-hæmmer

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

| | Udviklingsmål opnået | Tæller/ nævner | Uoplyst antal (%) | Aktuelle år 01.07.2025 - 30.06.2026 Andel | 95% CI | Tidligere år 2024/25 Antal | Andel | 2023/24 Andel |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Danmark** | | 727 / 860 | 50 (5) | 84,5 | (81,9-86,9) | 673 / 764 | 88,1 | 88,6 |
| **Hovedstaden** | | 80 / 94 | 10 (10) | 85,1 | (76,3-91,6) | 78 / 98 | 79,6 | 90,4 |
| **Sjælland** | | 142 / 162 | 9 (5) | 87,7 | (81,6-92,3) | 189 / 214 | 88,3 | 91,6 |
| **Syddanmark** | | 148 / 193 | 0 (0) | 76,7 | (70,1-82,5) | 27 / 33 | 81,8 | 80,0 |
| **Midtjylland** | | 230 / 270 | 26 (9) | 85,2 | (80,4-89,2) | 239 / 271 | 88,2 | 85,5 |
| **Nordjylland** | | 127 / 141 | 5 (3) | 90,1 | (83,9-94,5) | 140 / 148 | 94,6 | 90,9 |
| **Hovedstaden** | | 80 / 94 | 10 (10) | 85,1 | (76,3-91,6) | 78 / 98 | 79,6 | 90,4 |
| Amager og Hvidovre Hospital | | 10 / 11 | 0 (0) | 90,9 | (58,7-99,8) | 9 / 11 | 81,8 | 100,0 |
| Bispebjerg og Frederiksberg Hospital | | 18 / 19 | 3 (14) | 94,7 | (74,0-99,9) | 26 / 28 | 92,9 | 88,9 |
| Bornholms Hospital | | #/# | 0 (0) | 0,0 | (0,0-97,5) | | | 100,0 |
| Herlev og Gentofte Hospital | | #/# | 0 (0) | 100,0 | (15,8-100,0) | 3 / 5 | 60,0 | 100,0 |
| Nordsjællands Hospital | | 9 / 12 | 1 (8) | 75,0 | (42,8-94,5) | 15 / 21 | 71,4 | 88,6 |
| Rigshospitalet, Blegdamsvej | | 41 / 49 | 6 (11) | 83,7 | (70,3-92,7) | 25 / 33 | 75,8 | 85,7 |
| **Sjælland** | | 142 / 162 | 9 (5) | 87,7 | (81,6-92,3) | 189 / 214 | 88,3 | 91,6 |
| Holbæk Sygehus | | 40 / 45 | 3 (6) | 88,9 | (75,9-96,3) | 57 / 62 | 91,9 | 95,7 |
| Midt- og Vestsjællands Hospital, Somatik | | 7 / 9 | 0 (0) | 77,8 | (40,0-97,2) | 7 / 7 | 100,0 | 100,0 |
| Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F | | 31 / 35 | 5 (13) | 88,6 | (73,3-96,8) | 47 / 54 | 87,0 | 91,7 |
| Sjællands Universitetshospital, Roskilde | | 64 / 73 | 1 (1) | 87,7 | (77,9-94,2) | 78 / 91 | 85,7 | 88,0 |
| **Syddanmark** | | 148 / 193 | 0 (0) | 76,7 | (70,1-82,5) | 27 / 33 | 81,8 | 80,0 |
| Odense Universitetshospital, Odense | | 52 / 66 | 0 (0) | 78,8 | (67,0-87,9) | 11 / 12 | 91,7 | |

| | Udviklingsmål opnået | Tæller/ nævner | Uoplyst antal (%) | Aktuelle år 01.07.2025 - 30.06.2026 Andel | 95% CI | Tidligere år 2024/25 Antal | Andel | 2023/24 Andel |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Odense Universitetshospital, Svendborg | | 17 / 26 | 0 (0) | 65,4 | (44,3-82,8) | 15 / 19 | 78,9 | 80,0 |
| Sydvestjysk Sygehus | | 20 / 23 | 0 (0) | 87,0 | (66,4-97,2) | #/# | 50,0 | |
| Sygehus Lillebælt | | 31 / 38 | 0 (0) | 81,6 | (65,7-92,3) | | | |
| Sygehus Sønderjylland | | 28 / 40 | 0 (0) | 70,0 | (53,5-83,4) | | | |
| **Midtjylland** | | 230 / 270 | 26 (9) | 85,2 | (80,4-89,2) | 239 / 271 | 88,2 | 85,5 |
| Aarhus Universitetshospital | | 58 / 65 | 6 (8) | 89,2 | (79,1-95,6) | 73 / 82 | 89,0 | 88,3 |
| Hospitalsenhed Midt | | 39 / 40 | 0 (0) | 97,5 | (86,8-99,9) | 45 / 48 | 93,8 | 91,8 |
| Regionshospitalet Gødstrup | | 56 / 75 | 7 (9) | 74,7 | (63,3-84,0) | 44 / 56 | 78,6 | 71,0 |
| Regionshospitalet Horsens | | 34 / 44 | 7 (14) | 77,3 | (62,2-88,5) | 31 / 33 | 93,9 | 85,7 |
| Regionshospitalet Randers | | 43 / 46 | 6 (12) | 93,5 | (82,1-98,6) | 46 / 52 | 88,5 | 92,9 |
| **Nordjylland** | | 127 / 141 | 5 (3) | 90,1 | (83,9-94,5) | 140 / 148 | 94,6 | 90,9 |
| Aalborg Universitetshospital | | 112 / 121 | 1 (1) | 92,6 | (86,3-96,5) | 107 / 112 | 95,5 | 90,7 |
| Regionshospital Nordjylland | | 15 / 20 | 4 (17) | 75,0 | (50,9-91,3) | 33 / 36 | 91,7 | 92,0 |

# 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** | 4.662 | 3.951 | 84,7 | 146 | 3,1 | 565 | 12,1 |
| **Hovedstaden** | 799 | 750 | 93,9 | 2 | 0,3 | 47 | 5,9 |
| **Sjælland** | 809 | 745 | 92,1 | 9 | 1,1 | 55 | 6,8 |
| **Syddanmark** | 964 | 796 | 82,6 | 42 | 4,4 | 126 | 13,1 |
| **Midtjylland** | 1.388 | 1.138 | 82,0 | 44 | 3,2 | 206 | 14,8 |
| **Nordjylland** | 702 | 522 | 74,4 | 49 | 7,0 | 131 | 18,7 |
| **Hovedstaden** | 799 | 750 | 93,9 | # | 0,3 | 47 | 5,9 |
| Amager og Hvidovre Hospital | 25 | 23 | 92,0 | | | # | 8,0 |
| Bispebjerg og Frederiksberg Hospital | 78 | 70 | 89,7 | | | 8 | 10,3 |
| Bornholms Hospital | # | # | 100,0 | | | | |
| Herlev og Gentofte Hospital | 28 | 26 | 92,9 | # | 3,6 | # | 3,6 |
| Nordsjællands Hospital | 32 | 27 | 84,4 | # | 3,1 | 4 | 12,5 |
| Rigshospitalet, Blegdamsvej | 635 | 603 | 95,0 | | | 32 | 5,0 |
| **Sjælland** | 809 | 745 | 92,1 | 9 | 1,1 | 55 | 6,8 |
| Holbæk Sygehus | 146 | 127 | 87,0 | # | 0,7 | 18 | 12,3 |
| Midt- og Vestsjællands Hospital, Somatik | 34 | 33 | 97,1 | | | # | 2,9 |
| Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F | 137 | 115 | 83,9 | 5 | 3,6 | 17 | 12,4 |
| Sjællands Universitetshospital, Roskilde | 492 | 470 | 95,5 | 3 | 0,6 | 19 | 3,9 |
| **Syddanmark** | 964 | 796 | 82,6 | 42 | 4,4 | 126 | 13,1 |
| Odense Universitetshospital, Odense | 370 | 276 | 74,6 | 16 | 4,3 | 78 | 21,1 |

| | I alt | Ja, patienten accepterer | | Ja, patienten afslår | | Nej, ikke relevant | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Antal | Antal | % | Antal | % | Antal | % |
| Odense Universitetshospital, Svendborg | 134 | 109 | 81,3 | 10 | 7,5 | 15 | 11,2 |
| Sydvestjysk Sygehus | 109 | 97 | 89,0 | 3 | 2,8 | 9 | 8,3 |
| Sygehus Lillebælt | 198 | 181 | 91,4 | 5 | 2,5 | 12 | 6,1 |
| Sygehus Sønderjylland | 153 | 133 | 86,9 | 8 | 5,2 | 12 | 7,8 |
| **Midtjylland** | 1.388 | 1.138 | 82,0 | 44 | 3,2 | 206 | 14,8 |
| Aarhus Universitetshospital | 364 | 277 | 76,1 | 10 | 2,7 | 77 | 21,2 |
| Hospitalsenhed Midt | 231 | 206 | 89,2 | 6 | 2,6 | 19 | 8,2 |
| Regionshospitalet Gødstrup | 331 | 260 | 78,5 | 16 | 4,8 | 55 | 16,6 |
| Regionshospitalet Horsens | 196 | 166 | 84,7 | # | 1,0 | 28 | 14,3 |
| Regionshospitalet Randers | 266 | 229 | 86,1 | 10 | 3,8 | 27 | 10,2 |
| **Nordjylland** | 702 | 522 | 74,4 | 49 | 7,0 | 131 | 18,7 |
| Aalborg Universitetshospital | 594 | 444 | 74,7 | 43 | 7,2 | 107 | 18,0 |
| Regionshospital Nordjylland | 108 | 78 | 72,2 | 6 | 5,6 | 24 | 22,2 |

# 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** | 2.791 | 28 | 18 | 60 | 29 | 12 |
| **Hovedstaden** | 676 | 27 | 17 | 60 | 29 | 12 |
| **Sjælland** | 468 | 26 | 17 | 60 | 29 | 11 |
| **Syddanmark** | 650 | 28 | 20 | 54 | 32 | 14 |
| **Midtjylland** | 662 | 29 | 19 | 64 | 26 | 10 |
| **Nordjylland** | 335 | 28 | 19 | 61 | 26 | 13 |

CCI: Charlson Comorbidity Index

## NSTEMI

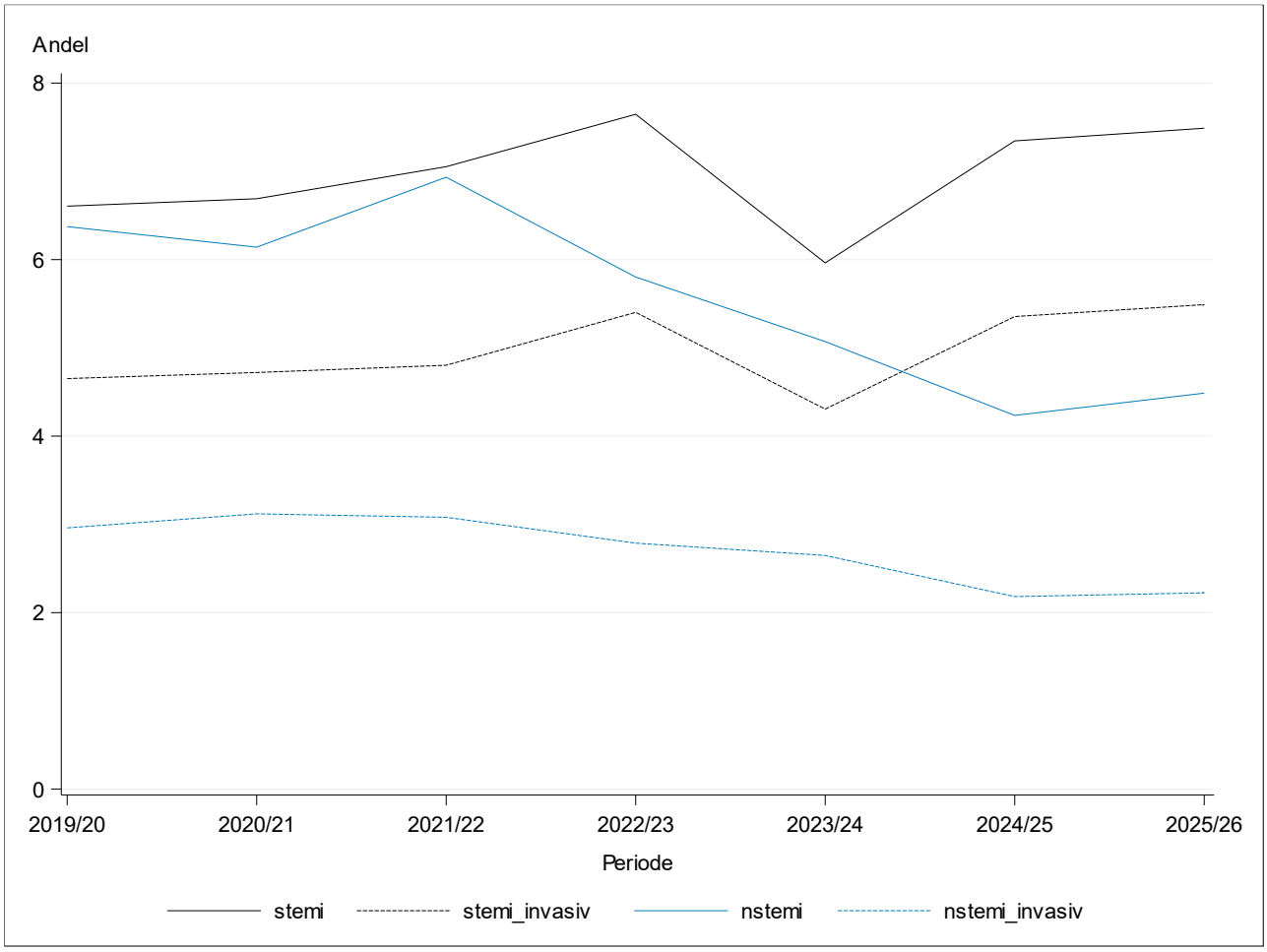
| | I alt | Andel kvinder (%) | Andel 80+ år (%) | Andel CCI 0 (%) | Andel CCI 1-2 (%) | Andel CCI 3+ (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Danmark** | 3.811 | 35 | 26 | 45 | 35 | 21 |
| **Hovedstaden** | 1.150 | 36 | 27 | 44 | 34 | 22 |
| **Sjælland** | 657 | 32 | 24 | 44 | 33 | 23 |
| **Syddanmark** | 852 | 33 | 24 | 45 | 37 | 18 |
| **Midtjylland** | 720 | 37 | 28 | 45 | 36 | 19 |
| **Nordjylland** | 432 | 34 | 27 | 46 | 34 | 20 |

CCI: Charlson Comorbidity Index

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

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

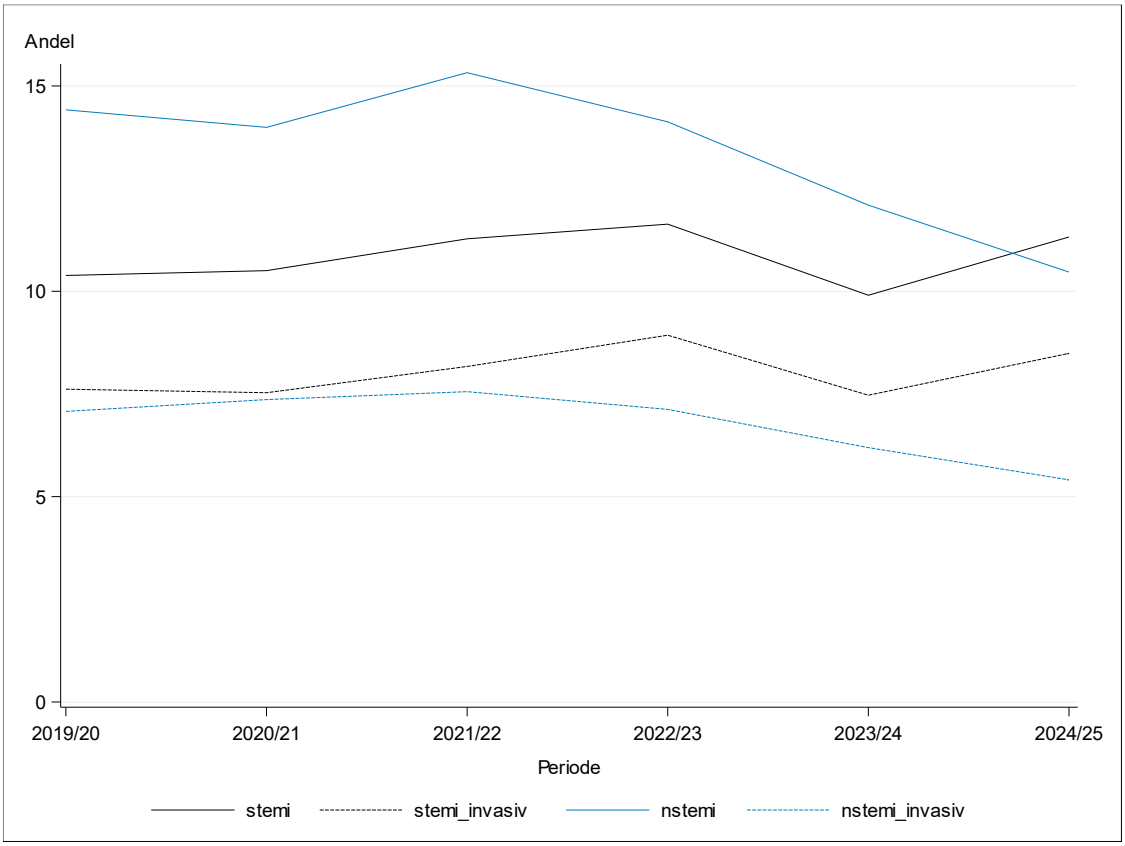
**Indikator 18: Andel af patienter som er døde <= 30 dage efter First Medical Contact (FMC). Hele landet.**



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

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

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



# Dækningsgrad for akut myokardieinfarkt (AMI)

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

**Dækningsgrad for AMI**

| | Udviklingsmål opnået | Tæller/ nævner | Uoplyst antal (%) | Aktuelle år 01.07.2025 - 30.06.2026 Andel | 95% CI | Tidligere år 2024/25 Antal | Andel | 2023/24 Andel |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Danmark** | | 4.257 / 6.839 | 47 (1) | 62,2 | (61,1-63,4) | 3.482 / 6.861 | 50,8 | 46,3 |
| **Hovedstaden** | | 699 / 1.991 | 24 (1) | 35,1 | (33,0-37,3) | 509 / 2.034 | 25,0 | 19,6 |
| **Sjælland** | | 726 / 1.073 | 1 (0) | 67,7 | (64,8-70,5) | 773 / 1.084 | 71,3 | 64,9 |
| **Syddanmark** | | 916 / 1.563 | 6 (0) | 58,6 | (56,1-61,1) | 229 / 1.529 | 15,0 | 6,6 |
| **Midtjylland** | | 1.281 / 1.408 | 10 (1) | 91,0 | (89,4-92,4) | 1.392 / 1.446 | 96,3 | 92,8 |
| **Nordjylland** | | 635 / 804 | 6 (1) | 79,0 | (76,0-81,7) | 579 / 768 | 75,4 | 75,4 |
| **Hovedstaden** | | 699 / 1.991 | 24 (1) | 35,1 | (33,0-37,3) | 509 / 2.034 | 25,0 | 19,6 |
| Amager og Hvidovre Hospital | | 21 / 373 | 0 (0) | 5,6 | (3,5-8,5) | 32 / 346 | 9,2 | 13,5 |
| Bispebjerg og Frederiksberg Hospital | | 75 / 220 | 0 (0) | 34,1 | (27,9-40,8) | 88 / 233 | 37,8 | 36,6 |
| Bornholms Hospital | | #/# | 0 (0) | 2,0 | (0,1-10,6) | 0 / 62 | 0,0 | 4,5 |
| Herlev og Gentofte Hospital | | 26 / 343 | 0 (0) | 7,6 | (5,0-10,9) | 12 / 432 | 2,8 | 1,6 |
| Nordsjællands Hospital | | 32 / 269 | 0 (0) | 11,9 | (8,3-16,4) | 57 / 310 | 18,4 | 34,4 |
| Rigshospitalet, Blegdamsvej | | 544 / 736 | 24 (3) | 73,9 | (70,6-77,1) | 320 / 651 | 49,2 | 32,2 |
| **Sjælland** | | 726 / 1.073 | 1 (0) | 67,7 | (64,8-70,5) | 773 / 1.084 | 71,3 | 64,9 |
| Holbæk Sygehus | | 134 / 173 | 1 (1) | 77,5 | (70,5-83,5) | 159 / 173 | 91,9 | 79,8 |
| Midt- og Vestsjællands Hospital, Somatik | | 30 / 246 | 0 (0) | 12,2 | (8,4-16,9) | 26 / 263 | 9,9 | 20,7 |
| Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F | | 124 / 194 | 0 (0) | 63,9 | (56,7-70,7) | 183 / 214 | 85,5 | 74,5 |
| Sjællands Universitetshospital, Roskilde | | 438 / 460 | 0 (0) | 95,2 | (92,8-97,0) | 405 / 434 | 93,3 | 82,0 |
| **Syddanmark** | | 916 / 1.563 | 6 (0) | 58,6 | (56,1-61,1) | 229 / 1.529 | 15,0 | 6,6 |

| | Udviklingsmål opnået | Tæller/ nævner | Uoplyst antal (%) | Aktuelle år 01.07.2025 - 30.06.2026 Andel | 95% CI | Tidligere år 2024/25 Antal | Andel | 2023/24 Andel |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Odense Universitetshospital, Odense | | 343 / 385 | 4 (1) | 89,1 | (85,5-92,0) | 98 / 385 | 25,5 | 0,0 |
| Odense Universitetshospital, Svendborg | | 134 / 221 | 1 (0) | 60,6 | (53,9-67,1) | 126 / 258 | 48,8 | 37,0 |
| Sydvestjysk Sygehus | | 104 / 251 | 0 (0) | 41,4 | (35,3-47,8) | 3 / 238 | 1,3 | 0,8 |
| Sygehus Lillebælt | | 188 / 416 | 0 (0) | 45,2 | (40,3-50,1) | #/# | 0,3 | 0,5 |
| Sygehus Sønderjylland | | 147 / 290 | 1 (0) | 50,7 | (44,8-56,6) | #/# | 0,4 | 0,0 |
| **Midtjylland** | | 1.281 / 1.408 | 10 (1) | 91,0 | (89,4-92,4) | 1.392 / 1.446 | 96,3 | 92,8 |
| Aarhus Universitetshospital | | 340 / 431 | 1 (0) | 78,9 | (74,7-82,6) | 452 / 475 | 95,2 | 93,0 |
| Hospitalsenhed Midt | | 217 / 219 | 0 (0) | 99,1 | (96,7-99,9) | 243 / 243 | 100,0 | 94,7 |
| Regionshospitalet Gødstrup | | 307 / 317 | 8 (2) | 96,8 | (94,3-98,5) | 274 / 281 | 97,5 | 90,4 |
| Regionshospitalet Horsens | | 178 / 202 | 1 (0) | 88,1 | (82,8-92,2) | 181 / 205 | 88,3 | 87,1 |
| Regionshospitalet Randers | | 239 / 239 | 0 (0) | 100,0 | (98,5-100,0) | 242 / 242 | 100,0 | 97,5 |
| **Nordjylland** | | 635 / 804 | 6 (1) | 79,0 | (76,0-81,7) | 579 / 768 | 75,4 | 75,4 |
| Aalborg Universitetshospital | | 535 / 704 | 6 (1) | 76,0 | (72,7-79,1) | 494 / 683 | 72,3 | 72,9 |
| Regionshospital Nordjylland | | 100 / 100 | 0 (0) | 100,0 | (96,4-100,0) | 85 / 85 | 100,0 | 98,7 |

# Dækningsgrad for ustabil angina pectoris (UAP)

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

**Dækningsgrad for UAP**

| | Udviklingsmål opnået | Tæller/ nævner | Uoplyst antal (%) | Aktuelle år 01.07.2025 - 30.06.2026 Andel | 95% CI | Tidligere år 2024/25 Antal | Andel | 2023/24 Andel |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Danmark** | | 405 / 944 | 2 (0) | 42,9 | (39,7-46,1) | 376 / 1.083 | 34,7 | 28,7 |
| **Hovedstaden** | | 100 / 388 | 1 (0) | 25,8 | (21,5-30,4) | 62 / 488 | 12,7 | 11,3 |
| **Sjælland** | | 83 / 143 | 0 (0) | 58,0 | (49,5-66,2) | 115 / 186 | 61,8 | 45,3 |
| **Syddanmark** | | 48 / 161 | 1 (1) | 29,8 | (22,9-37,5) | 16 / 163 | 9,8 | 0,7 |
| **Midtjylland** | | 107 / 138 | 0 (0) | 77,5 | (69,7-84,2) | 110 / 127 | 86,6 | 73,3 |
| **Nordjylland** | | 67 / 114 | 0 (0) | 58,8 | (49,2-67,9) | 73 / 119 | 61,3 | 68,0 |
| **Hovedstaden** | | 100 / 388 | 1 (0) | 25,8 | (21,5-30,4) | 62 / 488 | 12,7 | 11,3 |
| Amager og Hvidovre Hospital | | 4 / 131 | 0 (0) | 3,1 | (0,8-7,6) | #/# | 1,4 | 13,3 |
| Bispebjerg og Frederiksberg Hospital | | 3 / 19 | 0 (0) | 15,8 | (3,4-39,6) | 5 / 30 | 16,7 | 13,8 |
| Bornholms Hospital | | 0 / 20 | 0 (0) | 0,0 | (0,0-16,8) | #/# | 7,7 | 0,0 |
| Herlev og Gentofte Hospital | | #/# | 0 (0) | 2,7 | (0,3-9,3) | #/# | 1,8 | 0,0 |
| Nordsjællands Hospital | | 0 / 34 | 0 (0) | 0,0 | (0,0-10,3) | #/# | 2,2 | 13,2 |
| Rigshospitalet, Blegdamsvej | | 91 / 109 | 1 (1) | 83,5 | (75,2-89,9) | 50 / 130 | 38,5 | 39,4 |
| **Sjælland** | | 83 / 143 | 0 (0) | 58,0 | (49,5-66,2) | 115 / 186 | 61,8 | 45,3 |
| Holbæk Sygehus | | 12 / 22 | 0 (0) | 54,5 | (32,2-75,6) | 19 / 24 | 79,2 | 72,7 |
| Midt- og Vestsjællands Hospital, Somatik | | 4 / 21 | 0 (0) | 19,0 | (5,4-41,9) | 6 / 58 | 10,3 | 14,8 |
| Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F | | 13 / 41 | 0 (0) | 31,7 | (18,1-48,1) | 13 / 14 | 92,9 | 37,5 |
| Sjællands Universitetshospital, Roskilde | | 54 / 59 | 0 (0) | 91,5 | (81,3-97,2) | 77 / 90 | 85,6 | 69,3 |
| **Syddanmark** | | 48 / 161 | 1 (1) | 29,8 | (22,9-37,5) | 16 / 163 | 9,8 | 0,7 |

| | Udviklingsmål opnået | Tæller/ nævner | Uoplyst antal (%) | Aktuelle år 01.07.2025 - 30.06.2026 Andel | 95% CI | Tidligere år 2024/25 Antal | Andel | 2023/24 Andel |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Odense Universitetshospital, Odense | | 27 / 34 | 0 (0) | 79,4 | (62,1-91,3) | 14 / 47 | 29,8 | 0,0 |
| Odense Universitetshospital, Svendborg | | 0 / 39 | 0 (0) | 0,0 | (0,0-9,0) | #/# | 5,0 | 3,0 |
| Sydvestjysk Sygehus | | 5 / 20 | 1 (5) | 25,0 | (8,7-49,1) | 0 / 17 | 0,0 | 0,0 |
| Sygehus Lillebælt | | 10 / 46 | 0 (0) | 21,7 | (10,9-36,4) | 0 / 37 | 0,0 | 0,0 |
| Sygehus Sønderjylland | | 6 / 22 | 0 (0) | 27,3 | (10,7-50,2) | 0 / 22 | 0,0 | 0,0 |
| **Midtjylland** | | 107 / 138 | 0 (0) | 77,5 | (69,7-84,2) | 110 / 127 | 86,6 | 73,3 |
| Aarhus Universitetshospital | | 24 / 38 | 0 (0) | 63,2 | (46,0-78,2) | 40 / 41 | 97,6 | 97,1 |
| Hospitalsenhed Midt | | 14 / 14 | 0 (0) | 100,0 | (76,8-100,0) | 19 / 19 | 100,0 | 90,9 |
| Regionshospitalet Gødstrup | | 24 / 27 | 0 (0) | 88,9 | (70,8-97,6) | 17 / 18 | 94,4 | 59,3 |
| Regionshospitalet Horsens | | 18 / 32 | 0 (0) | 56,3 | (37,7-73,6) | 13 / 28 | 46,4 | 45,8 |
| Regionshospitalet Randers | | 27 / 27 | 0 (0) | 100,0 | (87,2-100,0) | 21 / 21 | 100,0 | 73,9 |
| **Nordjylland** | | 67 / 114 | 0 (0) | 58,8 | (49,2-67,9) | 73 / 119 | 61,3 | 68,0 |
| Aalborg Universitetshospital | | 59 / 106 | 0 (0) | 55,7 | (45,7-65,3) | 69 / 115 | 60,0 | 66,0 |
| Regionshospital Nordjylland | | 8 / 8 | 0 (0) | 100,0 | (63,1-100,0) | 4 / 4 | 100,0 | 100,0 |

# Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

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

Patienter med brystsmerter 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):

- DI200* Ustabil angina pectoris

- DI21* Akut myokardieinfarkt

- DI249* Akut iskæmisk hjertesygdom UNS

* Inkl. alle underkoder

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

Der henvises til Appendiks (se side 106) for en oversigt over klassifikationen af diagnosekoder i STEMI, BBMI, NSTEMI og UAP.

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

# Datagrundlag

**Indberetning til databasen**
Indberetning til DanAKS foregår via databasens webservice direkte fra regionernes EPJ-systemer. For Region Hovedstaden og Region Sjælland sker indberetning til databasen via webservice direkte fra Sundhedsplatformen. For Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland foregår indberetningen i SFI'er i henholdsvis EPJ Syd, MidtEPJ og NordEPJ til databasens webservice.

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

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

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

**Data i den aktuelle rapport**
Årsrapport 2026 indeholder data for det aktuelle opgørelsesår 1. juli 2025 – 30. juni 2026 samt de to foregående år. Rapportens analyser er baseret på dataudtræk foretaget i august 2026.

# Styregruppens medlemmer

| Titel/navn | Arbejdssted | Fagligt selskab/region |
|---|---|---|
| **Formand** | | |
| Cheflæge<br>Carsten Stengaard | Regionshospitalet Horsens | DCS<br>Region Midtjylland |
| **Medlemmer** | | |
| Overlæge<br>Lia E. Bang | Rigshospitalet | DCS<br>Region Hovedstaden |
| Overlæge<br>Frants Pedersen | Rigshospitalet | DCS<br>Region Hovedstaden |
| Klinisk sygeplejespecialist<br>Camilla Rotvig | Rigshospitalet | FS K&T / DASYS<br>Region Hovedstaden |
| Overlæge<br>Michael Mundt Ottesen | Sjællands Universitetshospital, Roskilde | DCS<br>Region Sjælland |
| Afdelingslæge<br>Yama Fakhri | Sjællands Universitetshospital, Nykøbing Falster | DCS<br>Region Sjælland |
| Overlæge<br>Jess Lambrechtsen | Odense Universitetshospital | DCS<br>Region Syddanmark |
| Afdelingslæge<br>Ida Ransby Schneider | Odense Universitetshospital | DCS<br>Region Syddanmark |
| Sygeplejerske<br>Mette Jönsson | Aarhus Universitetshospital | FS K&T / DASYS<br>Region Midtjylland |
| Overlæge<br>Hanne Maare Søndergaard | Regionshospitalet Viborg | DCS<br>Region Midtjylland |
| Overlæge<br>Jeppe Grøndahl | Aalborg Universitetshospital | DCS<br>Region Nordjylland |
| Vicedirektør<br>Marlene Fleischer | Holbæk Sygehus | Regionssundhedsdirektør kredsen<br>Region Sjælland |
| Overlæge<br>Frederik Folke | Akutberedskabet | Akutberedskabet<br>Region Hovedstaden |
| Afdelingslæge<br>Claus Kjær Pedersen<br>(Evidensspecialist) | Regionshospitalet Horsens | DCS<br>Region Midtjylland |
| Lene Birgit Svanberg Skov | | Patientrepræsentant |
| Christian Joshua Korsgaard | | Patientrepræsentant |
| Seniorepidemiolog<br>Camilla Plambeck Hansen | Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) | |
| Kvalitetskonsulent<br>Anne Nakano | Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) | Repræsentant for den dataansvarlige myndighed |
| Datamanager<br>Carsten Agger | Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) | |

DCS: Dansk Cardiologisk Selskab
DASYS: Dansk Sygeplejeselskab
FS K&T: Fagligt Selskab for Kardiovaskulære og Thoraxkirurgiske Sygeplejersker

# Appendiks

## Klassifikation af diagnosekoder

Databases 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 81).

**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 | Insufficientia coronaria | | | | | | |
| DI249 | Akut iskæmisk hjertesygdom UNS | | | | | | |

# Oversigt over hjertecentre i Danmark

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

- Rigshospitalet: 8031000016007
- Odense Universitetshospital: 237891000016001 [eksklusiv 486481000016009 (OUH Medicinsk Afdeling M (Svendborg)) og 486331000016000 (OUH Fælles Akut Modtagelse (Svendborg))]
- Aarhus Universitetshospital: 404261000016009
- Aalborg Universitetshospital: 275421000016009

# Oversigt over akutte hjertemodtagelser i de fem regioner

De fem regioner har oplyst, at nedenstående afdelinger kan klassificeres som akutte hjertemodtagelser.

Region Hovedstaden

| SOR-kode | Enhed |
|---|---|
| 1389171000016001 | Amager og Hvidovre Hospital, Akutmodtagelse, senge, HVH |
| 1390551000016006 | Amager og Hvidovre Hospital, Akutmodtagelse, sengeafs. 1, HVH |
| 258051000016004 | Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Akutafdeling |
| 257881000016000 | Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Kardiologisk afdeling Y |
| 265321000016009 | Herlev og Gentofte Hospital, Akutmodtagelsen overafd. A |
| 265161000016000 | Herlev og Gentofte Hospital, Hjertemedicinsk overafd. S |
| 218331000016002 | Hospitalerne i Nordsjælland, HI Akut Overafd. |
| 219121000016008 | Hospitalerne i Nordsjælland, HI Kardiologisk Overafdeling |
| 251481000016005 | Rigshospitalet, Hjerte-medicinsk Klinik B |
| 397171000016005 | Rigshospitalet, Traumecenter og Akut Modtagelse, TC |

Region Sjælland

| SOR-kode | Enhed |
|---|---|
| 322641000016003 | Holbæk Sygehus, HOL Akut Afd. |
| 322611000016004 | Holbæk Sygehus, HOL Akut Afd., Skadestue |
| 391951000016006 | Holbæk Sygehus, HOL Kardiologisk Afd. |
| 1347371000016000 | Holbæk Sygehus, HOL Kardiologisk Afd. |
| 666691000016009 | Holbæk Sygehus, Hjertemedicinsk Modt.44.4, HOL |
| 227041000016002 | Holbæk Sygehus, Kardiolog. Sengeafs. 04.4, Hol |
| 227141000016001 | Holbæk Sygehus, Kardiologisk Sengeafs. 43.4, HOL |
| 322661000016002 | Midt- og Vestsjællands Hospital, Somatik, SLA Akutafdeling- Overafdeling |
| 968171000016000 | Midt- og Vestsjællands Hospital, Somatik, SLA Kardiologi - Overafdeling |
| 322601000016001 | Sjællands Universitetshospital, KOE Akut Afd. |
| 322571000016006 | Sjællands Universitetshospital, KOE Akut Afd., Skadestue |
| 441751000016006 | Sjællands Universitetshospital, KOE Skade, Roskilde |
| 223491000016007 | Sjællands Universitetshospital, Kardiologisk Sengeafs. 71, Ros |
| 605181000016005 | Sjællands Universitetshospital, Kardiologisk Sengeafs. 75, ROS |
| 322691000016006 | Sjællands Universitetshospital, NFS Akut Afd., Skadestue |
| 230741000016003 | Sjællands Universitetshospital, NFS Medicinsk Afd. |
| 223481000016005 | Sjællands Universitetshospital, ROS Kardiologisk Afd. |
| 223511000016001 | Sjællands Universitetshospital, ROS Kardiologisk Amb. |
| 431761000016008 | Sjællands Universitetshospital, ROS Kardiologisk Lab. |

Region Syddanmark

| SOR-kode | Enhed |
|---|---|
| 648101000016003 | Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus, SVS FAM Hjertesygdomme Afsnit (Esbjerg) IKKE AKTIV |
| 244781000016001 | Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus, SVS Hjertesygdomme Afsnit (Esbjerg) |
| 447171000016007 | Odense Universitetshospital, OUH Fælles AkutModtagelse (Odense) |
| 238891000016003 | Odense Universitetshospital, OUH Hjertemedicinsk Afsnit B (Odense) |
| 486501000016002 | Odense Universitetshospital, OUH Medicinsk Afsnit M (Svendborg) |
| 247521000016000 | Sygehus Lillebælt, SLB Hjertesygdomme Senge (Kolding) |
| 384831000016007 | Sygehus Lillebælt, SLB Hjertesygdomme Senge (Vejle) |
| 1449941000016009 | Sygehus Sønderjylland, SHS FAM Akutmodtagelse |
| 1449951000016007 | Sygehus Sønderjylland, SHS FAM Akutmodtagelse (Aabenraa) |
| 547801000016004 | Sygehus Sønderjylland, SHS FAM Hjertesygdomme Sengeafs. (Aabenraa) |
| 501281000016008 | Sygehus Sønderjylland, SHS FAM Sengeafsnit (Aabenraa) |
| 503201000016001 | Sygehus Sønderjylland, SHS Hjertesygdomme Sengeafsnit (Aabenraa) |

Region Midtjylland

| SOR-kode | enhed |
|---|---|
| 452661000016009 | Aarhus Universitetshospital, Hjertesygdomme Overafdeling |
| 484991000016006 | Hospitalsenhed Midt, (Lukket) Medicinsk Afsnit Silkeborg (Lukket) |
| 527941000016006 | Hospitalsenhed Midt, Akutafdeling HE Midt |
| 528611000016000 | Hospitalsenhed Midt, Hjerteklinik HEM |
| 528591000016006 | Hospitalsenhed Midt, Hjertesygdomme |
| 940341000016004 | Hospitalsenhed Midt, Hjertesygdomme Dagklinik |
| 528601000016002 | Hospitalsenhed Midt, Hjertesygdomme Viborg |
| 381781000016001 | Hospitalsenheden Vest, Akutafdeling |
| 642801000016009 | Hospitalsenheden Vest, Hjerteafsnit |
| 897551000016007 | Regionshospitalet Gødstrup, Akutafdelingen - RHG |
| 899301000016005 | Regionshospitalet Gødstrup, Hjerteafsnit Gødstrup - RHG |
| 266021000016003 | Regionshospitalet Horsens, Medicinsk Afdeling, overafdeling |
| 281501000016008 | Regionshospitalet Horsens, Medicinsk sengeafdeling |
| 907001000016005 | Regionshospitalet Randers, Akut Hjerteklinik - Randers |
| 445851000016002 | Regionshospitalet Randers, Akutafdelingen - Randers |

Region Nordjylland

| SOR-kode | enhed |
|---|---|
| 275461000016003 | Aalborg Universitetshospital, Alb Dagområde for Hjertemedicin |
| 1588181000016005 | Aalborg Universitetshospital, Alb Hjertemedicinsk Fast Track |
| 278711000016004 | Aalborg Universitetshospital, Alb Område for Akut- og Traumemodtagelse |
| 275451000016001 | Aalborg Universitetshospital, Alb Sengeområde for Hjertemedicin |
| 483191000016006 | Regionshospital Nordjylland, Hjr Akutmodtagelse |
| 1065551000016002 | Regionshospital Nordjylland, Hjr Hjertemedicin Akut Ambulatorium |
| 1065531000016007 | Regionshospital Nordjylland, Hjr Hjertemedicin Sengeafdeling |

# Regionale kommentarer

## Region Østdanmark

[Ingen kommentarer til årsrapporten]

## Region Hovedstaden

[Ingen kommentarer til årsrapporten]

## Region Sjælland

[Ingen kommentarer til indsættelse i årsrapporten]

## Region Syddanmark

[Ingen kommentarer til indsættelse i årsrapporten]

## Region Midtjylland

**Regionshospitalet Horsens**

Hjertesygdomme ved Regionshospitalet Horsens har i overensstemmelse med anbefalingerne i årsrapporten gennemført lokal auditering. Der tegner sig det samme billede i forhold til manglende målopfyldelse for DAPT, hjertesvigts- og lipidsænkende behandling samt henvisning til hjerterehabilitering. De patienter, der fremstår som ikke-målopfyldte, er overvejende patienter uden AKS, patienter med Type 2 infarkt eller ældre patienter med betydelige komorbiditeter. I disse tilfælde er den valgte behandlingsstrategi baseret på en tidlig klinisk vurdering, hvor fravalg af behandling eller henvisning har været fagligt begrundet og relevant på det pågældende tidspunkt.

På baggrund af den lokale audit har vi på afdelingen følgende resultater i korrigerede procenter:

<u>DAPT-behandling</u>

- I årsrapporten fremgår en opfyldelsesgrad på 155/188 patienter (82,4 %).
- De 33 patienter, der fremstår uden DAPT-behandling, er gennemgået, og i samtlige tilfælde er årsagen dokumenteret og klinisk velbegrundet.
- Den korrigerede målopfyldelse vurderes derfor til **188/188 patienter (100 %)**.

<u>Lipidsænkende behandling</u>

- I årsrapporten fremgår en opfyldelsesgrad på 177/188 patienter (94,1 %).
- Blandt de 11 patienter uden registreret behandling, var der i syv tilfælde en dokumenteret og relevant årsag til fravalg af behandling.

- Den korrigerede målopfyldelse vurderes derfor til **184/188 patienter (98 %)**.

LVEF < 40% + opstart ACE/BB

- I årsrapporten fremgår en opfyldelsesgrad på 33/44 patienter (79,5 %).
- Blandt de 9 patienter, der ej var opstartet i svigtmedicin ved udskrivelse, var der i syv tilfælde en dokumenteret og relevant årsag til fravalg af behandling.
- Den korrigerede målopfyldelse vurderes derfor til **42/44 patienter (94 %)**.

Henvisning til hjerterehabilitering

- I årsrapporten fremgår en opfyldelsesgrad på 154/178 patienter (86,5 %).
- Blandt de 24 patienter, der ikke var henvist til rehabilitering, havde 22 patienter en dokumenteret og klinisk relevant årsag til manglende henvisning.
- Den korrigerede målopfyldelse vurderes derfor til **176/178 patienter (99 %)**.

På afdelingen vil vi fremadrettet have et særligt fokus på korrekt indberetning af "Ikke AKS" samt opmærksomhed på korrekt kodning af Type 2 infarkt.

# Region Nordjylland

**Regionshospitalet Nordjylland**

S12-EKKO inden udskrivelse

Her er datakomplethed på 55%. Der er en stor andel uoplyste, og der lavet en stikprøve, som viser at der i SFI'en er registeret oplysninger om ekkokardiografi og EF ifm. afslutning. Regionens IT afdeling der understøtter datafangst, er blevet orienteret herom og fejlen er ved at blive undersøgt.

Sundhedsvæsenets
Kvalitetsinstitut