

Dansk Register for Akut Koronart Syndrom

Årsrapport 2022

1. juli 2021 – 30. juni 2022

Offentliggjort version, d. 20. december 2022

Dansk Register for Akut Koronart Syndrom

© RKKP 2022

Udarbejdet af:

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

Formand for databasen:

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

Henvendelse vedr. rapporten til:

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

www.rkkp.dk

Versionsdato: 20.12.2022

Indhold

Konklusioner og anbefalinger	5
Oversigt over databasens indikatorer	7
Oversigt over de samlede indikatorresultater	9
Dækningsgrad	12
Indikatorresultater på lands-, regions- og enhedsniveau	17
Indikator 1: Konsultation i primærsektoren	17
Indikator 2: Transport med ambulance/helikopter	17
Indikator 3: Præhospital EKG	17
Indikator 4: Visitation direkte til hjertecenter ved STEMI	18
Indikator 5: Indlæggelse på akut hjertemodtagelse ved NSTE-AKS	21
Indikator 6: Magnyl inden ankomst til kard lab	23
Indikator 7: PCI eller CAGB inden for 12 timer fra First Medical Contact	23
Indikator 8: KAG/PCI inden for 90 min. fra diagnose	23
Indikator 9: KAG/PCI inden for 120 min fra alarmering eller ankomst til sygehus	24
Indikator 10: EKG inden for 10 min. fra First Medical Contact	24
Indikator 11: Risikoestimering inden for 12 timer	25
Indikator 12: EKKO inden udskrivelse	31
Indikator 13: Dual antiplatelet therapy	36
Indikator 14: Lipidsænkende præparat	41
Indikator 15: Betablokker	46
Indikator 16: ACE-hæmmer	52
Indikator 17: Henvisning til rehabilitering	58
Indikator 18a: 30-dages dødelighed efter STEMI (alle)	63
Indikator 18ai: 30-dages dødelighed efter STEMI (invasivt behandlede)	65
Indikator 18b: 30-dages dødelighed efter NSTE-AKS (alle)	67
Indikator 18bi: 30-dages dødelighed efter NSTE-AKS (invasivt behandlede)	69
Indikator 19a: 1-års dødelighed efter STEMI (alle)	71
Indikator 19ai: 1-års dødelighed efter STEMI (invasivt behandlede)	73
Indikator 19b: 1-års dødelighed efter NSTE-AKS (alle)	75
Indikator 19bi: 1-års dødelighed efter NSTE-AKS (invasivt behandlede)	77
Supplerende opgørelser	79
Incidens	79
Diagnosekoder for forløb fra Landspatientregisteret	79
Verificerede AKS-diagnoser for forløb indberettet til DanAKS	81
Køn og alder	82
Risikoestimering	83
Magnyl	84

P2Y12 inhibitor	86
Lipidsænkende præparat blandt patienter med AMI	88
Betablokkere og ACE-hæmmere	90
Henvisning til hjerterehabilitering	91
30-dages dødelighed blandt patienter med NSTEMI	93
1-års dødelighed blandt patienter med NSTEMI	94
Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	95
Datagrundlag	96
Styregruppens medlemmer	97
Appendiks	98
Dækningsgrad for akut myokardieinfarkt (AMI)	98
Dækningsgrad for ustabil angina pectoris (UAP)	100
Klassifikation af diagnosekoder	102
Oversigt over hjertecentre i Danmark	104
Oversigt over akutte hjertemodtagelser i de fem regioner	104
Regionale kommentarer	106
Region Sjælland	106
Region Nordjylland	106

Konklusioner og anbefalinger

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

Styregruppen havde fået som opgave, at basere registeret på datafangst i videst muligt omfang. Af 89 variable i registeret, er antallet af variable som kræver indtastning reduceret til 18. Disse variable skulle indtastes enten i KMS, eller via eksisterende elektroniske patientjournaler. Ingen regioner ønskede indtastning via KMS. Fra 2000 var det muligt at registrere patienter fra Region Hovedstaden og Region Sjælland i DanAKS via Sundhedsplatformen (SP) og fra 2021 var tilsvarende registrering mulig i Region Midtjylland via MidtEPJ. Siden marts 2022 har Region Nord og siden maj 2022 har Region Syd haft mulighed for at indtaste patientforløb i EPJ.

Fra SP og MidtEPJ fordres der indrapportering til RKKP via en Webservice. Denne indrapportering fordrer at de enkelte journalsystemer bygger et modul til indlevering af data, og denne proces har været forsinket for alle regioner. Der er således endnu ikke adgang til de data som registreres i Region Syd og Nord.

Ved etablering af registeret var der fokus på at diagnoserne AMI og UAP ikke er valide i LPR. Der blev således etableret en såkaldt dækningsgradsopgørelse. Denne afspejler i tæller antal patienter indrapporteret i DanAKS, og i nævneren tilsvarende antal patienter indrapporteret i LPR med diagnosen AMI eller UAP. Dog fratrækkes i nævneren de patienter som man i DanAKS har registreret som "Ikke havende AKS". Dvs. for de enkelte sygehuse er tanken, at man med årene får kvalificeret diagnoserne AMI og UAP.

En lav dækningsgrad for et sygehus kan således skyldes:

1. At der endnu ikke sker dataindlevering fra EPJ til RKKP – som det er gældende for Region Syd og Nord.
2. At man glemmer at indrapportere – hvilket forventes at blive bedre når man har værktøj til at monitorere det.
3. At man konsekvent sætter diagnoserne AMI og UAP på patienter som ikke har AMI eller UAP, og at man glemmer at registrere i DanAKS at de ikke havde AMI eller UAP. Også dette forventes at blive optimeret når man har værktøj tilgængeligt til at monitorere indrapportering.

Ovennævnte forhold afspejles i aktuelle rapport, således at der generelt er manglende indrapportering fra Region Syd og Nord, og en lav dækningsgrad for alle sygehuse, da kun få sygehuse aktuelt har haft adgang til brugbart monitoreringsværktøj mhp. optimering af dækningsgrad.

Aktuelle rapport skal tolkes med store forbehold, grundet manglerne fremhævet ovenfor.

Indsatsen bliver det kommende år at få samtlige sygehuse til at fokusere på indrapporteringen til DanAKS og optimere diagnoseregistreringen.

En aktuel dækningsgrad på 16% (1399+132)/9515% er selvfølgelig utilfredsstillende, men det er styregruppens vurdering, at det i høj grad skyldes at man ikke har haft nødvendige værktøjer til at monitorere indrapporteringen på de enkelte sygehuse, og at dækningsgraden reel er misvisende for 2 af 5 regioner, hvor indrapporteringer i EPJ aktuelt ikke formidles videre til RKKP grundet manglende udvikling af modulet der skal sikre videregivelse af data.

Rapporten bærer også præg af, at en række indikatorer (1-4, 6-10, 13-16) endnu ikke kan opgøres, grundet manglende data, og at flere af de øvrige indikatorer er præsenteret i modificeret form, ligeledes grundet manglende data.

Styregruppen har noteret sig, at diagnosen UAP sjældent er valid, og indstiller til at alle indikatorer som opgøres for hele AKS-kohorten (STEMI+NSTEMI+UAP) eller for NSTE-AKS kohorten (NSTEMI+UAP) fremadrettet primært præsenteres for AMI-kohorten (STEMI+NSTEMI) henholdsvis for NSTEMI, UAP foreslås alene at inddrages i supplerende analyser (appendiks).

Aktuelle rapport skal således tolkes som præliminær, og styregruppen vil det kommende år tage initiativ til dels at få implementeret flest mulige af de øvrige indikatorer, men også at sikre at de indrapporterende enheder får et værktøj til at monitorere deres indrapportering, således at man løbende kan optimere dækningsgraden.

Styregruppen vurderer grundet ovennævnte forhold omkring manglende data og adgang til data, at det er for præliminært at tolke på de enkelte indikatorer.

Oversigt over databasens indikatorer

Nedenfor ses en oversigt over de af databasens indikatorer, som er opsat og indgår i Årsrapporten 2022.

Indikatoroversigt

Indikator	Type	Format	Standard	ID
Indikator 5: Andel af patienter med NSTE-AKS indlagt direkte på akut hjertemodtagelse.	Proces	Andel	≥ 80 %	DANAKS_05_001
Indikator 11: Andel af patienter med verificeret NSTE-AKS hvor der er foretaget risikoestimering ≤ 12 timer fra ankomst til sygehus	Proces	Andel	≥ 90 %	DANAKS_11_001
Indikator 12: Andel af patienter med verificeret AKS med gennemført ekkokardiografi før udskrivelse	Proces	Andel	≥ 95 %	DANAKS_12_002
Indikator 17: Andel af patienter med verificeret AKS der er henvist til hjerterehabilitering eller hjertesvigtsklinik ved udskrivelse	Proces	Andel	≥ 80 %	DANAKS_17_002
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 NSTE-AKS som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC).	Resultat	Andel	≤ 7,5 %	DANAKS_19_001
Indikator 18bi: Andel af patienter med NSTE-AKS, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC).	Resultat	Andel	≤ 4,5 %	DANAKS_23_001
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 NSTE-AKS som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC).	Resultat	Andel	≤ 13,5 %	DANAKS_21_001
Indikator 19bi: Andel af patienter med NSTE-AKS, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC).	Resultat	Andel	≤ 7,5 %	DANAKS_25_001

Nedenfor ses en oversigt over supplerende indikatorer i Årsrapporten 2022.

Supplerende indikatoroversigt

Indikator	Type	Format	Standard	ID
Indikator S4: Andel af patienter med STEMI, der visiteres direkte til hjerteafdeling på hjertecenter (alle)	Proces	Andel		DANAKS_41_001
Indikator S13: Andel af patienter med AKS, som har indløst recept på DAPT (både magnyl og P2Y12-inhibitor) senest 30 dage efter udskrivelse.	Proces	Andel	≥ 90 %	DANAKS_38_001
Indikator S14: Andel af patienter med AKS, som har indløst recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse.	Proces	Andel	≥ 90 %	DANAKS_26_001
Indikator S15: Andel af patienter med verificeret AKS og LVEF ≤ 40, som har indløst recept på beta-blokker senest 30 dage efter udskrivelse.	Proces	Andel	≥ 80 %	DANAKS_27_001
Indikator S16: Andel af patienter med verificeret AKS og LVEF ≤ 40, som har indløst recept på ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse.	Proces	Andel	≥ 90 %	DANAKS_28_001

Oversigt over de samlede indikatorresultater

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

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

Oversigt over de samlede indikatorresultater

Indikator	Standard	Indikatoropfyldelse			
		Uoplyst	01.07.2021 - 30.06.2022	2020/21	2019/20
		%	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Indikator 5: Andel af patienter med NSTE-AKS indlagt direkte på akut hjertemodtagelse.	≥ 80	0	66,7 (65,6-67,9)	64,5	67,4
Indikator 11: Andel af patienter med verificeret NSTE-AKS hvor der er foretaget risikoestimering ≤ 12 timer fra ankomst til sygehus	≥ 90	2	22,4 (19,5-25,5)	18,4	20,0
Indikator 12: Andel af patienter med verificeret AKS med gennemført ekkokardiografi før udskrivelse	≥ 95	0	97,4 (96,5-98,2)	97,2	91,7
Indikator 17: Andel af patienter med verificeret AKS der er henvist til hjerterehabilitering eller hjertesvigtssklinik ved udskrivelse	≥ 80	0	85,8 (83,8-87,6)	81,6	81,2
Indikator 18a: Andel af patienter med STEMI som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC).	≤ 6,5	0	7,1 (6,2-8,1)	6,7	6,6
Indikator 18ai: Andel af patienter med STEMI, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC).	≤ 2	0	4,8 (4,0-5,7)	4,7	4,7
Indikator 18b: Andel af patienter med NSTE-AKS som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC).	≤ 7,5	0	6,0 (5,4-6,6)	5,2	5,2

Indikator	Standard	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse		
			01.07.2021 - 30.06.2022	2020/21	2019/20
			Andel (95% CI)	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Indikator 18bi: Andel af patienter med NSTEMI-AKS, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC).	≤ 4,5	0	2,8 (2,2-3,5)	2,7	2,8
Indikator 19a: Andel af patienter med STEMI som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC).	≤ 12,5	0		10,5 (9,4-11,7)	10,5
Indikator 19ai: Andel af patienter med STEMI, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC).	≤ 4,5	0		7,6 (6,6-8,7)	7,8
Indikator 19b: Andel af patienter med NSTEMI-AKS som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC).	≤ 13,5	0		12,4 (11,6-13,2)	12,1
Indikator 19bi: Andel af patienter med NSTEMI-AKS, der er behandlet invasivt, som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC).	≤ 7,5	0		6,7 (5,9-7,7)	6,4

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

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

Oversigt over de supplerende indikatorer

Oversigt over de supplerende indikatorer

Indikator	Standard	%	Indikatoropfyldelse		
			Uoplyst	01.07.2021 - 30.06.2022	2020/2021 2019/2020
				Andel (95% CI)	Andel (95% CI) Andel (95% CI)
Indikator S4: Andel af patienter med STEMI, der visiteres direkte til hjerteafdeling på hjertecenter (alle)		0		73,7 (72,1-75,3)	73,8 72,8
Indikator S13: Andel af patienter med AKS, som har indløst recept på DAPT (både magnyl og P2Y12-inhibitor) senest 30 dage efter udskrivelse.	≥ 90	0		64,9 (63,9-65,9)	65,9 67,1
Indikator S14: Andel af patienter med AKS, som har indløst recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse.	≥ 90	0		87,1 (86,3-87,8)	86,6 85,7
Indikator S15: Andel af patienter med verificeret AKS og LVEF ≤ 40, som har indløst recept på beta-blokker senest 30 dage efter udskrivelse.	≥ 80	12		76,1 (70,7-80,9)	76,3 79,0
Indikator S16: Andel af patienter med verificeret AKS og LVEF ≤ 40, som har indløst recept på ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse.	≥ 90	12		88,7 (84,5-92,2)	81,7 86,3

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:

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

* 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 15,4% med stor inter- og intraregional variation.
- Region Syddanmark og Region Nordjylland har siden henholdsvis maj og marts 2022 indberettet forløb i deres EPJ systemer til databasen, men der er endnu ikke bygget integration fra EPJ i de to regioner til at overføre data til RKKP, og man kan således reelt ikke opgøre dækningsgraden for Region Syddanmark og Region Nordjylland.
- De få forløb som forekommer for Region Syddanmark og Region Nordjylland er blevet indberettet af hospitaler i en af de øvrige tre regioner, og efterfølgende tilskrevet den sidste hjerteafdeling i det sammenhængende indlæggelsesforløb for patienten.
- Dækningsgraden er 21,3% for Region Hovedstaden, 12,5% for Region Sjælland og 30,8% for Region Midtjylland. Dækningsgraden for alle tre regioner ligger således markant under 90%.
- Ingen hospitaler har en dækningsgrad over 90%. Blandt hospitalerne i Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Midtjylland varierer dækningsgraden fra 0,9% (Bornholms Hospital) til 74,0% (Regionshospitalet Horsens).
- Som supplement til opgørelsen af databasens samlede dækningsgrad for AKS er der i Appendiks på side 98ff opgørelser af dækningsgraden for henholdsvis akut myokardieinfarkt (AMI) og ustabil angina pectoris (UAP). Dækningsgraden for AMI (17,0% på landsplan) er højere end dækningsgraden for UAP (9,9% på landsplan).
- Den meget lave dækningsgrad for databasen medfører risiko for, at resultaterne for de indberettede forløb ikke er repræsentative for kvaliteten af behandlingen af patienter med AKS i Danmark. Dette gælder følgende indikatorer, hvor kun forløb, som er blevet indberettet til databasen via webservice eller KMS, indgår: Indikator 11 (risikoestimering), indikator 12 (EKKO), indikator 15 (betablokkere), indikator 16 (ACE-hæmmere) og indikator 17 (hjerterehabilitering).

Kommentar

Der bør på de enkelte sygehuse være fokus på dækningsgraden. En lav dækningsgrad skyldes manglende indrapportering, hvilket i givet fald skal optimeres. Det er da også tydeligt, at enkelte sygehuse, som allerede har fokus på indrapportering, opnår dækningsgrader over 70%. En lav dækningsgrad kan dog også skyldes, at patienter tildeles en AKS-diagnose som ikke er relevant, i hvilket tilfælde man stadig skal indrapportere til DanAKS, men blot anføre at patienten "Ikke har AKS". Den letteste måde at undgå at skulle indrapportere til DanAKS at patienten "Ikke har AKS", er i højere grad at sikre, at patienterne kun bliver givet AKS-diagnoserne, når diagnoserne er bekræftet.

Dækningsgrad

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		1.458 / 9.442	0 (0)	15,4	(14,7-16,2)	1.425 / 10.196	14,0	6,9
Hovedstaden		577 / 2.705	0 (0)	21,3	(19,8-22,9)	465 / 3.072	15,1	4,1
Sjælland		235 / 1.882	0 (0)	12,5	(11,0-14,1)	588 / 1.888	31,1	12,3
Syddanmark		12 / 1.926	0 (0)	0,6	(0,3-1,1)	25 / 2.065	1,2	6,6
Midtjylland		629 / 2.039	0 (0)	30,8	(28,8-32,9)	345 / 2.210	15,6	9,2
Nordjylland		5 / 890	0 (0)	0,6	(0,2-1,3)	##	0,2	0,2
Hovedstaden		577 / 2.705	0 (0)	21,3	(19,8-22,9)	465 / 3.072	15,1	4,1
Amager og Hvidovre Hospital		144 / 470	0 (0)	30,6	(26,5-35,0)	71 / 567	12,5	4,4
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler		199 / 296	0 (0)	67,2	(61,6-72,5)	113 / 381	29,7	7,7
Bornholms Hospital		##	0 (0)	0,9	(0,0-5,0)	5 / 105	4,8	0,0
Herlev og Gentofte Hospital		55 / 910	0 (0)	6,0	(4,6-7,8)	74 / 1.000	7,4	5,0
Nordsjællands Hospital		123 / 409	0 (0)	30,1	(25,7-34,8)	141 / 488	28,9	3,2
Rigshospitalet, Blegdamsvej		29 / 341	0 (0)	8,5	(5,8-12,0)	40 / 346	11,6	2,0
Rigshospitalet, Glostrup		26 / 169	0 (0)	15,4	(10,3-21,7)	21 / 185	11,4	0,5
Sjælland		235 / 1.882	0 (0)	12,5	(11,0-14,1)	588 / 1.888	31,1	12,3
Holbæk Sygehus		22 / 378	0 (0)	5,8	(3,7-8,7)	96 / 393	24,4	9,4
Nykøbing F. Sygehus		19 / 389	0 (0)	4,9	(3,0-7,5)	120 / 411	29,2	8,9
Sjællands Universitetshospital		77 / 665	0 (0)	11,6	(9,2-14,3)	168 / 622	27,0	13,2
Slagelse Sygehus		117 / 450	0 (0)	26,0	(22,0-30,3)	204 / 462	44,2	15,8
Syddanmark		12 / 1.926	0 (0)	0,6	(0,3-1,1)	25 / 2.065	1,2	6,6
Odense Universitetshospital, Odense		3 / 465	0 (0)	0,6	(0,1-1,9)	##	0,4	0,7
Odense Universitetshospital, Svendborg		0 / 333	0 (0)	0,0	(0,0-1,1)	##	0,3	0,0
Sydvestjysk Sygehus		##	0 (0)	0,4	(0,0-2,0)	22 / 301	7,3	35,1

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Sygehus Lillebælt		6 / 510	0 (0)	1,2	(0,4-2,5)	0 / 561	0,0	0,2
Sygehus Sønderjylland		#/#	0 (0)	0,6	(0,1-2,1)	0 / 372	0,0	0,3
Midtjylland		629 / 2.039	0 (0)	30,8	(28,8-32,9)	345 / 2.210	15,6	9,2
Aarhus Universitetshospital		308 / 540	0 (0)	57,0	(52,7-61,3)	180 / 568	31,7	32,1
Hospitalsenhed Midt		62 / 385	0 (0)	16,1	(12,6-20,2)	36 / 432	8,3	1,8
Hospitalsenheden Vest		16 / 339	0 (0)	4,7	(2,7-7,6)	6 / 486	1,2	0,9
Regionshospitalet Gødstrup		9 / 130	0 (0)	6,9	(3,2-12,7)			0,0
Regionshospitalet Horsens		213 / 288	0 (0)	74,0	(68,5-78,9)	110 / 318	34,6	2,3
Regionshospitalet Randers		21 / 357	0 (0)	5,9	(3,7-8,9)	13 / 406	3,2	2,9
Nordjylland		5 / 890	0 (0)	0,6	(0,2-1,3)	#/#	0,2	0,2
Aalborg Universitetshospital		3 / 749	0 (0)	0,4	(0,1-1,2)	#/#	0,2	0,2
Regionshospital Nordjylland		#/#	0 (0)	1,4	(0,2-5,0)	0 / 87	0,0	

Overensstemmelsesgrad

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

Som det fremgår er overensstemmelsesgraden for Region Hovedstaden og Region Sjælland henholdsvis 9% og 100%, mens den for Region Midtjylland er 91% med noget variation mellem de enkelte dataindberettende enheder i Region Midtjylland (83,9% - 100%).

Kommentar

Man kan reelt kun have en overensstemmelsesgrad under 100%, hvis man har foretaget en indberetning i DanAKS, men indberetningen er tidsstemplet uden for et forløb i LPR. Dette sker typisk når man efterregistrerer manglende indrapporteringer, med henblik på at optimere dækningsgraden. Ved alle efterregistreringer er det vigtigt at sikre, at de tidsstempleres korrekt.

Overensstemmelsesgrad (andel indberettede forløb der også findes i LPR)

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		1.399 / 1.458	0 (0)	96,0	(94,8-96,9)	1.389 / 1.425	97,5	93,4
Hovedstaden		572 / 577	0 (0)	99,1	(98,0-99,7)	464 / 465	99,8	98,5
Sjælland		235 / 235	0 (0)	100,0	(98,4-100,0)	588 / 588	100,0	100,0
Syddanmark		12 / 12	0 (0)	100,0	(73,5-100,0)	17 / 25	68,0	78,0
Midtjylland		575 / 629	0 (0)	91,4	(88,9-93,5)	318 / 345	92,2	92,0
Nordjylland		5 / 5	0 (0)	100,0	(47,8-100,0)	##	100,0	100,0
Hovedstaden		572 / 577	0 (0)	99,1	(98,0-99,7)	464 / 465	99,8	98,5
Amager og Hvidovre Hospital		142 / 144	0 (0)	98,6	(95,1-99,8)	71 / 71	100,0	100,0
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler		196 / 199	0 (0)	98,5	(95,7-99,7)	113 / 113	100,0	100,0
Bornholms Hospital		##	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	5 / 5	100,0	
Herlev og Gentofte Hospital		55 / 55	0 (0)	100,0	(93,5-100,0)	74 / 74	100,0	100,0
Nordsjællands Hospital		123 / 123	0 (0)	100,0	(97,0-100,0)	140 / 141	99,3	100,0
Rigshospitalet, Blegdamsvej		29 / 29	0 (0)	100,0	(88,1-100,0)	40 / 40	100,0	66,7
Rigshospitalet, Glostrup		26 / 26	0 (0)	100,0	(86,8-100,0)	21 / 21	100,0	100,0
Sjælland		235 / 235	0 (0)	100,0	(98,4-100,0)	588 / 588	100,0	100,0
Holbæk Sygehus		22 / 22	0 (0)	100,0	(84,6-100,0)	96 / 96	100,0	100,0
Nykøbing F. Sygehus		19 / 19	0 (0)	100,0	(82,4-100,0)	120 / 120	100,0	100,0
Sjællands Universitetshospital		77 / 77	0 (0)	100,0	(95,3-100,0)	168 / 168	100,0	100,0
Slagelse Sygehus		117 / 117	0 (0)	100,0	(96,9-100,0)	204 / 204	100,0	100,0
Syddanmark		12 / 12	0 (0)	100,0	(73,5-100,0)	17 / 25	68,0	78,0
Odense Universitetshospital, Odense		3 / 3	0 (0)	100,0	(29,2-100,0)	##	100,0	100,0
Odense Universitetshospital, Svendborg		0 / 0				##	100,0	

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Sydvestjysk Sygehus		#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	14 / 22	63,6	77,2
Sygehus Lillebælt		6 / 6	0 (0)	100,0	(54,1-100,0)	0 / 0		100,0
Sygehus Sønderjylland		#/#	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	0 / 0		100,0
Midtjylland		575 / 629	0 (0)	91,4	(88,9-93,5)	318 / 345	92,2	92,0
Aarhus Universitetshospital		272 / 308	0 (0)	88,3	(84,2-91,7)	159 / 180	88,3	91,1
Hospitalsenhed Midt		52 / 62	0 (0)	83,9	(72,3-92,0)	31 / 36	86,1	87,5
Hospitalsenheden Vest		16 / 16	0 (0)	100,0	(79,4-100,0)	6 / 6	100,0	100,0
Regionshospitalet Gødstrup		9 / 9	0 (0)	100,0	(66,4-100,0)			
Regionshospitalet Horsens		205 / 213	0 (0)	96,2	(92,7-98,4)	109 / 110	99,1	100,0
Regionshospitalet Randers		21 / 21	0 (0)	100,0	(83,9-100,0)	13 / 13	100,0	100,0
Nordjylland		5 / 5	0 (0)	100,0	(47,8-100,0)	#/#	100,0	100,0
Aalborg Universitetshospital		3 / 3	0 (0)	100,0	(29,2-100,0)	#/#	100,0	100,0
Regionshospital Nordjylland		#/#	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	0 / 0		

Indikatorresultater på lands-, regions- og enhedsniveau

Indikator 1: Konsultation i primærsektoren

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

Kommentar

Det har ikke været muligt at opgøre denne indikator, da data vedr. tidspunkt (klokkeslæt) for kontakter i primærsektoren er ikke tilgængelige på nuværende tidspunkt.

Indikator 2: Transport med ambulance/helikopter

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

Kommentar

På landsplan blev patienter med STEMI i 55% af forløbene transporteret med ambulance eller helikopter til sygehuset ifølge oplysningerne fra Præhospitalsdatabasen (PHDB). Der ses en del variation i andelen på tværs af regionerne fra 43% til 78%. Dette er dog betinget af, at PHDB kun har medtaget patienter som selv har ringet 112, og ikke patienter hvor 1813, vagtlæge eller hospitalslæge har tilkaldt ambulancen. Dette betyder, at en stor del af STEMI-patienter, indlagt med ambulance, ikke registreres i PHDB.

Styregruppen for DanAKS vurderer derfor, at data vedr. transport med ambulance eller helikopter ikke er valide. Indikatoren offentliggøres derfor ikke i denne årsrapport. Det anbefales, at DanAKS baseres på træk direkte fra PPJ (præhospital patientjournal) fremfor PHDB.

Indikator 3: Præhospital EKG

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

Kommentar

Ifølge oplysningerne fra Præhospitalsdatabasen (PHDB) blev der på landsplan foretaget præhospital EKG-optagelse i 6% af forløbene for patienter med STEMI, mens andelen på regionsniveau varierede mellem 3% - 8%. Registreringen i PHDB er således mangelfuld, og ydermere kun baseret på dem som selv har ringet 112. Se Indikator 2 ovenfor.

Styregruppen for DanAKS vurderer, at data vedr. præhospital EKG ikke er valide, da langt hovedparten af patienter med STEMI, som er transporteret med ambulance til sygehus, har fået foretaget præhospital EKG. Indikatoren offentliggøres derfor ikke i denne årsrapport. Det anbefales, at DanAKS baseres på træk direkte fra PPJ fremfor PHDB.

Indikator 4: Visitation direkte til hjertecenter ved STEMI

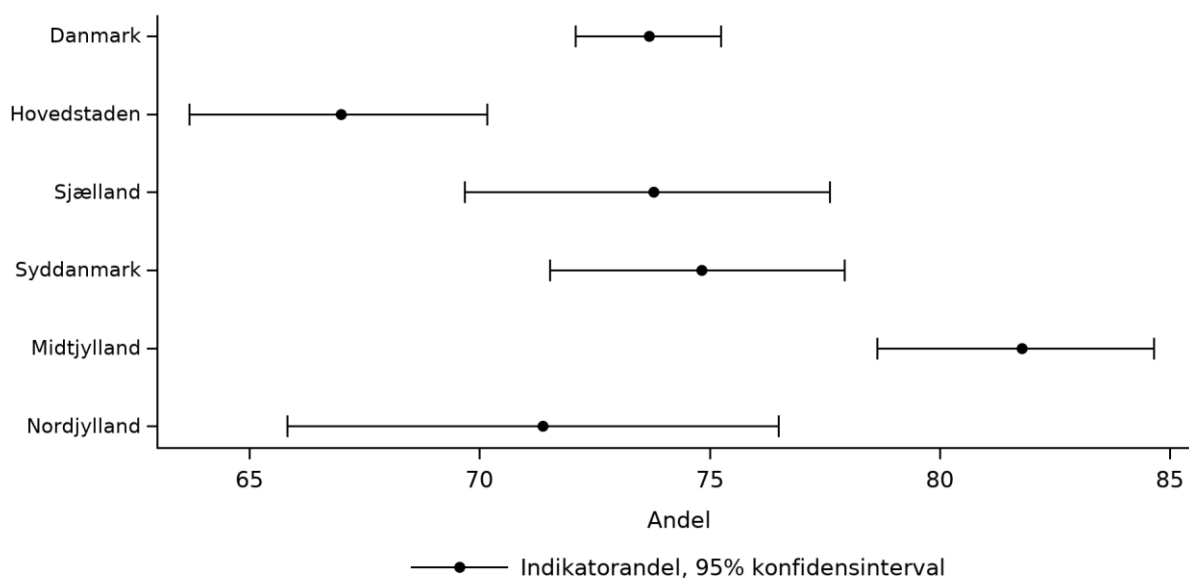
Andel af patienter med STEMI der visiteres direkte til hjerteafdeling på hjertecenter hvis de transporteres i ambulance eller helikopter. Standard $\geq 80\%$

Bemærk: Da styrgruppen for DanAKS vurderer, at data vedr. præhospital transport ikke er valide jf. kommentaren under indikator 2, vises indikator 4 opgjort for alle STEMI-patienter, og ikke kun for patienter transporteret med ambulance eller helikopter.

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

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2021 - 30.06.2022		Tidligere år		
				Andel	95% CI	2020/21 Antal	2020/21 Andel	2019/20 Andel
Danmark		2.209 / 2.998	0 (0)	73,7	(72,1-75,3)	2.177 / 2.950	73,8	72,8
Hovedstaden		556 / 830	0 (0)	67,0	(63,7-70,2)	545 / 771	70,7	65,3
Sjælland		363 / 492	0 (0)	73,8	(69,7-77,6)	345 / 527	65,5	69,2
Syddanmark		544 / 727	0 (0)	74,8	(71,5-77,9)	503 / 665	75,6	76,1
Midtjylland		539 / 659	0 (0)	81,8	(78,6-84,7)	557 / 682	81,7	79,8
Nordjylland		207 / 290	0 (0)	71,4	(65,8-76,5)	227 / 305	74,4	77,5

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



Datagrundlag og beregningsregler

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er STEMI eller BBMI

Tæller

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

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

Eksklusion:

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

Uoplyst:

- Ikke muligt

	Antal	Årsag
Eksklusion:	84	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	18	Ikke bopæl i Danmark
	112	Dobbeltindberetning
	6.517	Ikke STEMI eller BBBMI

Indikatorresultater

På landsplan blev 73,7% af patienterne med STEMI indlagt direkte på en hjerteafdeling på et hjertecenter i det aktuelle opgørelsesår. På regionsniveau varierede andelen fra 67,0% i Region Hovedstaden til 81,8% i Region Midtjylland, som er den eneste region hvor andelen er $\geq 80\%$.

Indikator 4 er i denne årsrapport opgjort for alle STEMI-patienter, og ikke kun for patienter transporteret med ambulance eller helikopter til sygehus.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Da indikatoren er baseret på LPR-data afspejler den patienter med STEMI, hvor første ankomne afdeling er et hjertecenter. Dem som ikke indlægges direkte på hjertecenter kan være selvhenvendere på lokalt sygehus, eller patienter som er transporteret med ambulance, men har været omkring lokalsygehus. Vi imødeser at der fremskaffes data for alle STEMI-patienter som transporteres med ambulance. Styregruppen anbefaler som for indikator 2 og 3, at man baserer data på træk direkte fra PPJ fremfor PHDB, som jo kun indeholder patienter som har ringet 112, og selv for disse har mangelfuld registrering (se indikator 2 og 3).

Vurdering af indikatoren

Aktuelt opfyldes indikatoren kun af en region, men det kan skyldes, at den i den aktuelle form afspejler hvor stor en andel af patienter med STEMI som indlægges direkte på hjertecenter. Det betyder, at selvhenvendere også indgår i opgørelsen, hvilket kan forklare forskellene regionerne imellem. Man må formode at der i Hovedstaden er flere

selvhenvendere på lokale sygehuse, grundet de kortere afstande. Vi imødeser at der fremskaffes data for patienter som er transporteret med ambulance. For STEMI-patienter transporteret med ambulance forventes det stadig, at over 80% diagnosticeres i ambulancen på baggrund af det præhospitalt EKG, og herefter visiteres direkte til hjertecenter, og at denne fraktion skulle helst være nogenlunde ens regionerne imellem.

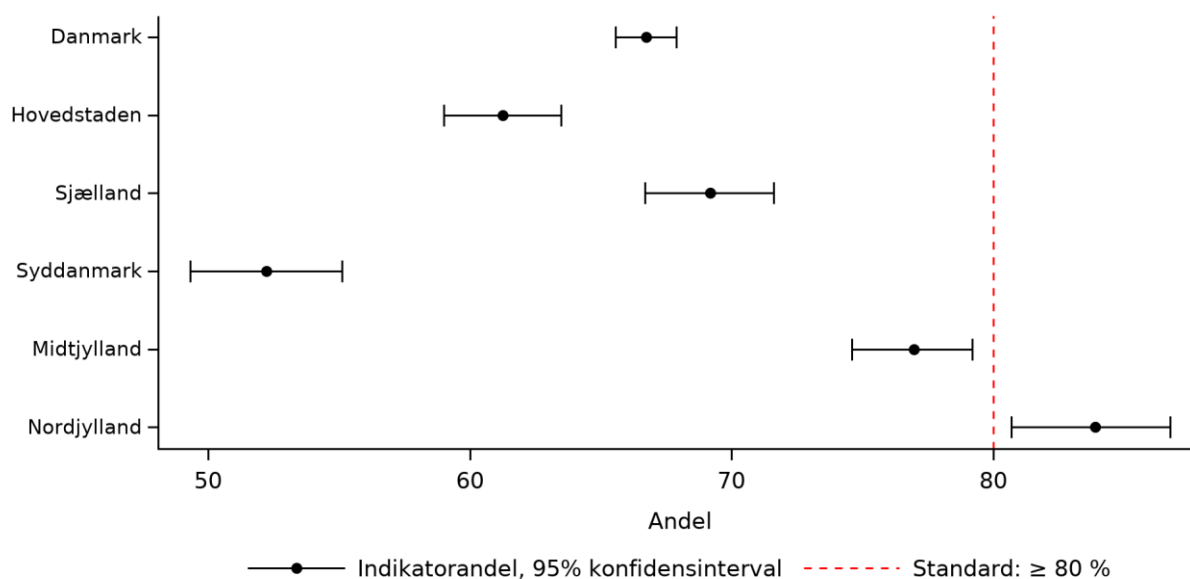
Indikator 5: Indlæggelse på akut hjertemodtagelse ved NSTE-AKS

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

Indikator 5: Andel af patienter med NSTE-AKS indlagt direkte på akut hjertemodtagelse

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 80\%$			01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	4.155 / 6.226	0 (0)	66,7	(65,6-67,9)	4.512 / 6.993	64,5	67,4
Hovedstaden	Nej	1.118 / 1.825	0 (0)	61,3	(59,0-63,5)	1.181 / 2.231	52,9	58,7
Sjælland	Nej	948 / 1.370	0 (0)	69,2	(66,7-71,6)	1.030 / 1.348	76,4	75,9
Syddanmark	Nej	600 / 1.149	0 (0)	52,2	(49,3-55,1)	689 / 1.340	51,4	54,2
Midtjylland	Nej	999 / 1.298	0 (0)	77,0	(74,6-79,2)	1.117 / 1.454	76,8	79,5
Nordjylland	Ja	490 / 584	0 (0)	83,9	(80,7-86,8)	495 / 620	79,8	78,6

Indikator 5: Andel af patienter med NSTE-AKS indlagt direkte på akut hjertemodtagelse. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Datagrundlag og beregningsregler

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er NSTEMI eller UAP

Tæller

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

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

Eksklusion:

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

Uoplyst:

- Ikke muligt

	Antal	Årsag
Eksklusion:	84	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	3.289	Ikke NSTEMI eller UAP
	18	Ikke bopæl i Danmark
	112	Dobbeltindberetning

Indikatorresultater

På landsplan blev 66,7% af patienterne med NSTE-AKS indlagt direkte på en akut hjertemodtagelse i det aktuelle opgørelsesår. Andelen varierede fra 52,2% i Region Syddanmark til 83,9% i Region Nordjylland, der som den eneste region opfylder standarden på $\geq 80\%$.

Der observeres en stigning i andelen af patienter med NSTE-AKS, som er indlagt direkte på en akut hjertemodtagelse, i Region Hovedstaden og Region Nordjylland sammenlignet de to tidligere år. Omvendt er der i Region Sjælland sket et fald i andelen af patienter med NSTE-AKS, som er indlagt direkte på en akut hjertemodtagelse. I Region Syddanmark og Region Midtjylland er andelen af patienter med NSTE-AKS indlagt direkte på en akut hjertemodtagelse på niveau med de foregåede år.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Det er anbefalingen at patienter med NSTE-AKS indlægges direkte på en akut hjertemodtagelse. I forbindelse med opgørelse af aktuelle indikator er de enkelte regioner blevet bedt om at anføre koder for de modtagende afdelinger som opfylder kriterierne for at have status af "akutte hjertemodtagelser".

Vurdering af indikatoren

Der er forskel i andelen af NSTE-AKS indlagt direkte på hjertemodtagelse, regionerne imellem. Kun én region opfylder indikatoren. Styregruppen anbefaler at man fremadrettet præsenterer indikatoren for patienter med NSTEMI og kun i separate analyser (Appendiks) inkluderer patienter med UAP da sidstnævnte diagnose er mindre valid og grundet lav dækningsgrad betyder at mange som reelt ikke har AKS inkluderes i opgørelsen.

Indikator 6: Magnyl inden ankomst til kard lab

Andel af patienter med verificeret STEMI behandlet med Magnyl inden ankomst til kardiologisk laboratorium.

Standard $\geq 95\%$

Kommentar

Det har ikke været muligt at opgøre denne indikator. Indikatoren afventer data vedr. behandling med magnyl fra Sygehusmedicinregisteret samt data vedr. præhospital behandling med magnyl fra de præhospitale patientjournaler (PPJ) / Præhospitalsdatabasen (PHDB).

Desuden afventer indikatoren, at oplysning om tidspunkt for ankomst til kardiologisk laboratorium bliver tilgængelig fra Dansk Hjerteregister, som er under reetablering.

Styregruppen anbefaler, at DanAKS fremadrettet får datatræk direkte fra PPJ i stedet for PHDB, da PHDB ikke inkluderer alle AKS-patienter transporteret med ambulance. Dette er nødvendigt for at sikre oplysning om magnyl behandling for alle transporteret med ambulance.

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

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

Kommentar

Det har ikke været muligt at opgøre denne indikator. Indikatoren afventer data fra Dansk Hjerteregister vedr. tidspunkt for PCI og CAGB. Aktuelt indeholder Dansk Hjerteregister kun proceduredatoer – klokkeslæt bliver først tilgængelig efter reetableringen af Dansk Hjerteregister.

Styregruppen anbefaler, at DanAKS fremadrettet får datatræk direkte fra PPJ i stedet for PHDB, da PHDB ikke inkluderer alle AKS-patienter transporteret med ambulance. Dette er nødvendigt for at sikre tid for FMC.

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

Andel af patienter med verificeret STEMI hvor der er foretaget KAG/PCI ≤ 90 min. fra diagnosen er stillet.

Standard $\geq 80\%$

Kommentar

Det har ikke været muligt at opgøre denne indikator. Indikatoren afventer data fra Dansk Hjerteregister vedr. tidspunkt for KAG og PCI. Aktuelt indeholder Dansk Hjerteregister kun proceduredatoer – klokkeslæt bliver først tilgængelig efter reetableringen af Dansk Hjerteregister. Tidspunkt for diagnose (=EKG) er kun tilgængeligt for de patienter, som har fået foretage præhospital EKG-optagelse. Som det fremgår af opgørelsen af indikator 3 er data vedr. præhospital EKG-optagelse ikke valide på nuværende tidspunkt.

Styregruppen anbefaler man undersøger muligheden for at indhente tidspunkt fra EKG fra de eksisterende regionale inhospitale EKG-databaser. Styregruppen anbefaler også, at DanAKS fremadrettet får datatræk direkte fra PPJ i stedet for PHDB, da PHDB ikke inkluderer alle AKS-patienter transporteret med ambulance. Dette er nødvendigt for at sikre tid for første EKG præhospitalt.

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

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

Kommentar

Det har ikke været muligt at opgøre denne indikator. Indikatoren afventer data fra Dansk Hjerteregister vedr. tidspunkt for KAG og PCI. Aktuelt indeholder Dansk Hjerteregister kun proceduredatoer – klokkeslæt bliver først tilgængelig efter reetableringen af Dansk Hjerteregister.

Styregruppen anbefaler, at DanAKS fremadrettet får datatræk direkte fra PPJ i stedet for PHDB, da PHDB ikke inkluderer alle AKS-patienter transporteret med ambulance. Dette er nødvendigt for at sikre tid for alarmering.

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

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

Kommentar

Det har ikke været muligt at opgøre denne indikator. Tidspunkt for EKG er kun tilgængeligt for de patienter, som har fået foretage præhospital EKG-optagelse. Som det fremgår af opgørelsen af indikator 3 er data vedr. præhospital EKG-optagelse ikke valide på nuværende tidspunkt.

Styregruppen anbefaler, at DanAKS fremadrettet får datatræk direkte fra PPJ i stedet for PHDB, da PHDB ikke inkluderer alle AKS-patienter transporteret med ambulance. Dette er nødvendigt for at sikre tid for EKG og tid for FMC.

Indikator 11: Risikoestimering inden for 12 timer

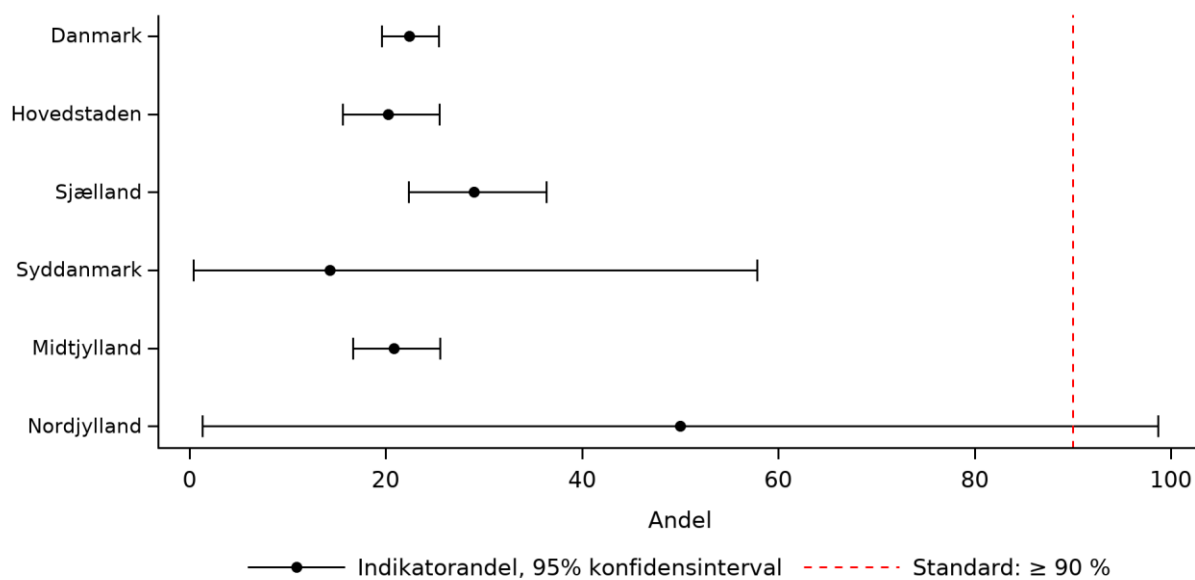
Andel af patienter med verificeret NSTE-AKS hvor der er foretaget risikoestimering ≤ 12 timer fra ankomst til sygehus.
Standard $\geq 90\%$

Indikator 11: Andel af patienter med verificeret NSTE-AKS hvor der er foretaget risikoestimering ≤ 12 timer fra ankomst til sygehus

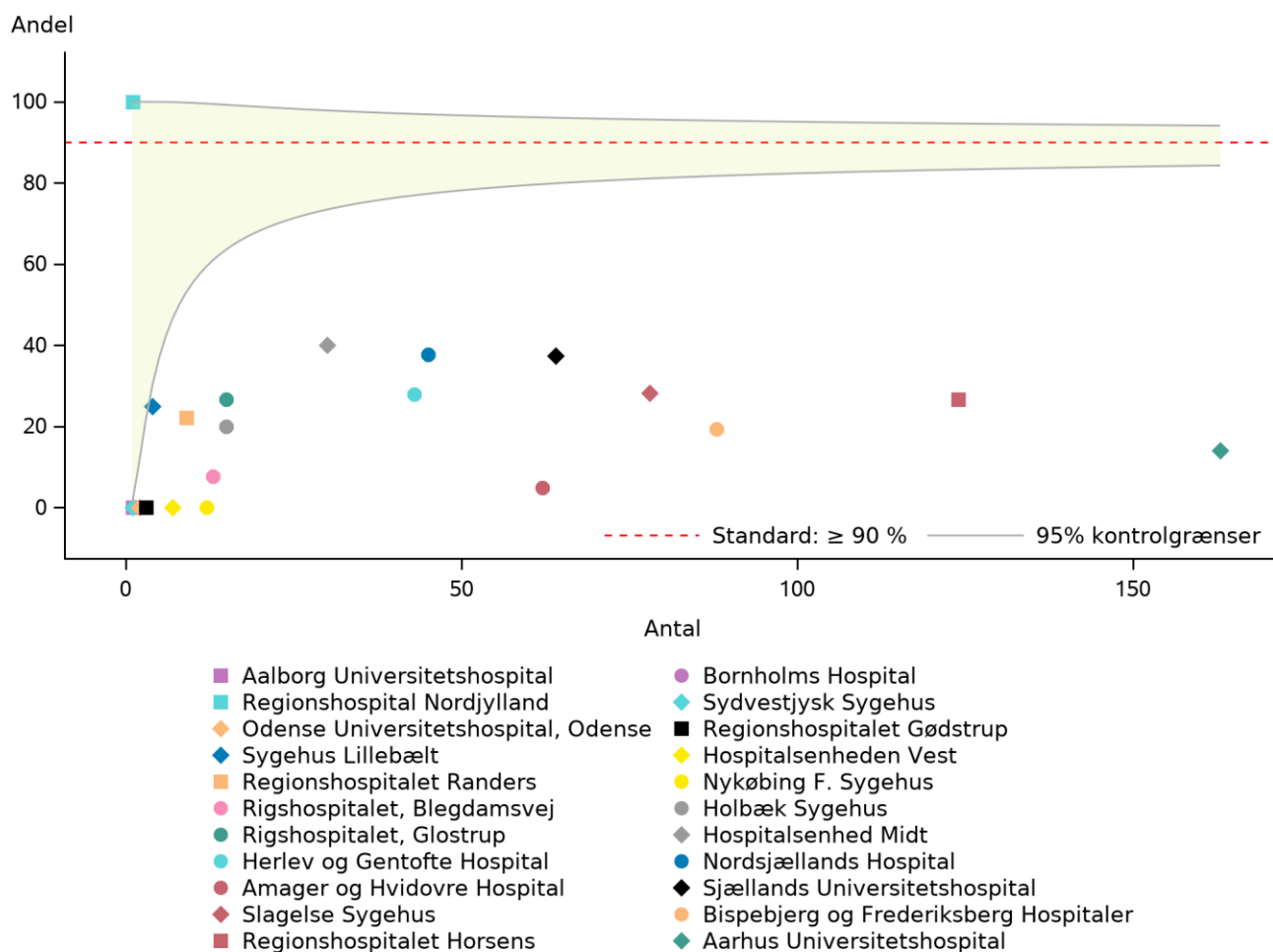
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 90\%$			01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21	2019/20	
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	175 / 781	16 (2)	22,4	(19,5-25,5)	161 / 877	18,4	20,0
Hovedstaden	Nej	54 / 267	5 (2)	20,2	(15,6-25,5)	41 / 270	15,2	8,6
Sjælland	Nej	49 / 169	8 (5)	29,0	(22,3-36,5)	89 / 388	22,9	33,1
Syddanmark	Nej	#/#	0 (0)	14,3	(0,4-57,9)	6 / 16	37,5	20,5
Midtjylland	Nej	70 / 336	3 (1)	20,8	(16,6-25,6)	25 / 202	12,4	8,0
Nordjylland	Nej	#/#	0 (0)	50,0	(1,3-98,7)	#/#	0,0	
Hovedstaden	Nej	54 / 267	5 (2)	20,2	(15,6-25,5)	41 / 270	15,2	8,6
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	3 / 62	1 (2)	4,8	(1,0-13,5)	0 / 41	0,0	0,0
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	Nej	17 / 88	1 (1)	19,3	(11,7-29,1)	18 / 68	26,5	23,8
Bornholms Hospital	Nej	#/#	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)	0 / 5	0,0	
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	12 / 43	1 (2)	27,9	(15,3-43,7)	5 / 48	10,4	5,3
Nordsjællands Hospital	Nej	17 / 45	2 (4)	37,8	(23,8-53,5)	13 / 75	17,3	0,0
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Nej	#/#	0 (0)	7,7	(0,2-36,0)	#/#	9,5	0,0
Rigshospitalet, Glostrup	Nej	4 / 15	0 (0)	26,7	(7,8-55,1)	3 / 12	25,0	0,0
Sjælland	Nej	49 / 169	8 (5)	29,0	(22,3-36,5)	89 / 388	22,9	33,1
Holbæk Sygehus	Nej	3 / 15	2 (12)	20,0	(4,3-48,1)	#/#	3,1	14,3
Nykøbing F. Sygehus	Nej	0 / 12	4 (25)	0,0	(0,0-26,5)	4 / 70	5,7	8,0
Sjællands Universitetshospital	Nej	24 / 64	2 (3)	37,5	(25,7-50,5)	49 / 127	38,6	50,7
Slagelse Sygehus	Nej	22 / 78	0 (0)	28,2	(18,6-39,5)	34 / 126	27,0	28,0
Syddanmark	Nej	#/#	0 (0)	14,3	(0,4-57,9)	6 / 16	37,5	20,5

	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90%	Tæller/	antal	01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21	2019/20	
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Odense Universitetshospital, Odense	Nej	#/#	0 (0)	0,0	(0,0-84,2)	#/#	50,0	100,0
Sydvestjysk Sygehus	Nej	#/#	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)	5 / 14	35,7	18,8
Sygehus Lillebælt	Nej	#/#	0 (0)	25,0	(0,6-80,6)	0 / 0		0,0
Midtjylland	Nej	70 / 336	3 (1)	20,8	(16,6-25,6)	25 / 202	12,4	8,0
Aarhus Universitetshospital	Nej	23 / 163	1 (1)	14,1	(9,2-20,4)	11 / 105	10,5	7,8
Hospitalsenhed Midt	Nej	12 / 30	0 (0)	40,0	(22,7-59,4)	7 / 24	29,2	66,7
Hospitalsenheden Vest	Nej	0 / 7	0 (0)	0,0	(0,0-41,0)	#/#	33,3	0,0
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	0 / 3	0 (0)	0,0	(0,0-70,8)			
Regionshospitalet Horsens	Nej	33 / 124	2 (2)	26,6	(19,1-35,3)	4 / 61	6,6	0,0
Regionshospitalet Randers	Nej	#/#	0 (0)	22,2	(2,8-60,0)	#/#	22,2	0,0
Nordjylland	Nej	#/#	0 (0)	50,0	(1,3-98,7)	#/#	0,0	
Aalborg Universitetshospital	Nej	#/#	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)	#/#	0,0	
Regionshospital Nordjylland	Ja	#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	0 / 0		

Indikator 11: Andel af patienter med verificeret NSTE-AKS hvor der er foretaget risikoestimering ≤ 12 timer fra ankomst til sygehus. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Indikator 11: Andel af patienter med verificeret NSTE-AKS hvor der er foretaget risikoestimering ≤ 12 timer fra ankomst til sygehus. Funnelploot på afdelingsniveau.



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

Datagrundlag og beregningsregler

Nævner

Patientforløb hvor patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er NSTEMI eller UAP

Tæller

Patientforløb, som indgår i nævneren, hvor tidspunktet for risikoestimering ligger inden for 12 timer efter ankomst til sygehus (indlæggelsestidspunkt jf. LPR)

Eksklusion:

- Patientforløb som kun findes i LPR
- Patientforløb hvor patientens verificerede diagnose ved udskrivelse ikke er NSTEMI eller UAP
- Patientforløb indberettet til DanAKS som ikke kankobles med et indlæggelsesforløb i LPR
- Patientforløb hvor det er klinisk vurderet, at KAG ikke er relevant
- Patienter som ikke har bopæl i Danmark
- Dobbeltindberetning: Kun det senest indberettede forløb indgår i indikatoropgørelsen ved patientforløb hvor samme forløb er indberettet flere gange til DanAKS

Uoplyst:

- Patientforløb hvor det indberettede tidspunkt for risikoestimering ligger før indlæggelsestidspunktet i LPR

	Antal	Årsag
Eksklusion:	84	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	7.984	Kun i LPR
	734	Ikke NSTEMI eller UAP
	18	Ikke bopæl i Danmark
	112	Dobbeltindberetning
Uoplyst:	16	Tidspunkt for risikoestimering før indlæggelsestidspunkt i LPR

Indikatorresultater

På landsplan blev der foretaget risikoestimering af patienter med NSTE-AKS inden for 12 timer fra ankomst til sygehus i 22% af forløbene.

Indikatoren opgøres kun for forløb, som er blevet indberettet til DanAKS via webservice eller KMS. Datagrundlaget er derfor væsentligt mindre end for de øvrige indikatorer. For Region Syddanmark og Region Nordjylland indgår der kun enkelte forløb, eftersom disse to regioner endnu ikke er begyndt systematisk at indberette til databasen. Men også for de øvrige tre regioner bør man være opmærksom på, at det aktuelt kun er omkring 10 – 30 % af AKS-forløbene som indberettes til DanAKS (se afsnittet vedr. dækningsgrad på side 12).

Andelen af forløb for patienter med NSTE-AKS, hvor risikoestimering er foretaget inden for 12 timer, varierer mellem 21 – 29% på regionsniveau og mellem 0 – 40% på sygehusniveau, når der ses bort fra resultaterne fra Region Syddanmark og Region Nordjylland.

Alle hospitaler, med undtagelse af hospitaler med kun ét eller to forløb, ligger under den nedre grænse for konfidensintervallet omkring standarden og har med stor sandsynlighed et indikatorresultat, som ligger under den fastsatte standard (se funnelplot).

På side 83 er der en supplerende tabel over risikoestimeringen. Som der fremgår af tabellen, er der en del variation på tværs af regioner og hospitaler i andelen af forløb med meget høj risiko (akut KAG), høj risiko (KAG inden for 24 timer) og lav risiko (selektiv invasiv strategi) samt i andelen af indberettede forløb, hvor der mangler oplysninger om risikoestimering (uoplyst).

Det bemærkes, at der ikke er nogen forløb hvor det er angivet, at det er klinisk vurderet, at KAG ikke er relevant.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Det er tydeligt at man ikke får indrapporteret risikostraficeringen aktuelt. Det er dog ikke ensbetydende med at der ikke foretages risikoestimering.

Vurdering af indikatoren

Styregruppen mener stadig, at det er relevant at journalisere risikoestimering, og i praksis vil indrapportering til DanAKS journaliseres som en risikoestimering, og ydermere have karakter af et beslutningsværktøj. For at få et reelt indblik i den reelle risikoestimering i daglig klinisk praksis, foreslås det dog, at man supplerer indikatoren med en indikator der afspejler tid fra indlæggelse til KAG for patienter med NSTEMI, dvs. uden UAP-diagnoserne. Endvidere anbefales det at aktuelle indikator fremadrettet primært præsenteres for NSTEMI-patienter, og at opgørelse for NSTEMI-AKS (NSTEMI+UAP) præsenteres i appendiks, da UAP-diagnosen er mindre valid.

Indikator 12: EKKO inden udskrivelse

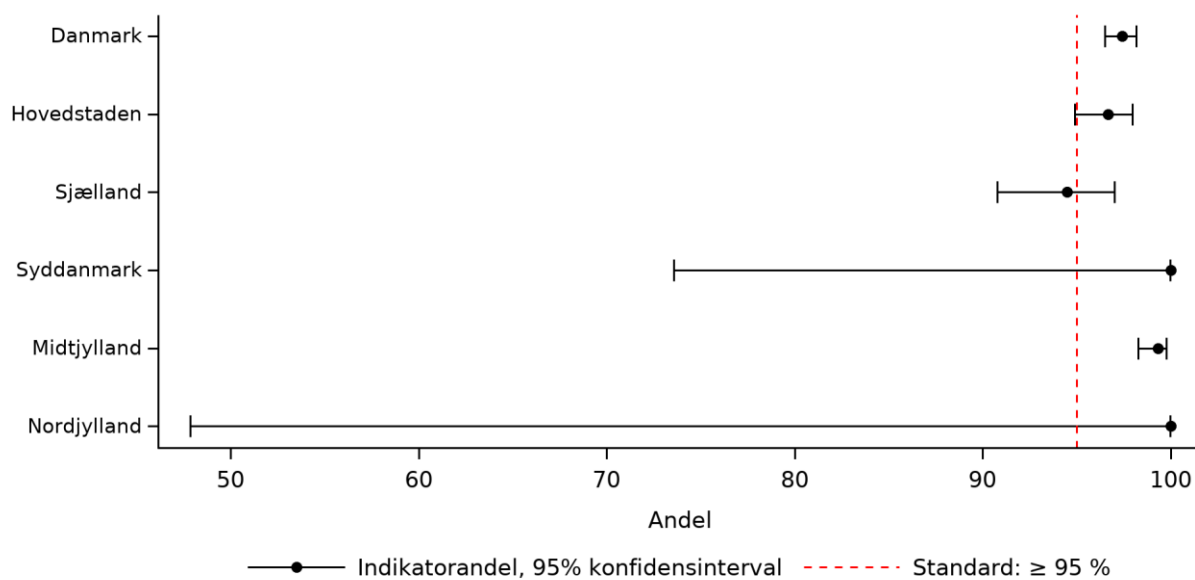
Andel af patienter med verificeret AKS med gennemført ekkokardiografi før udskrivelse. Standard $\geq 95\%$

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

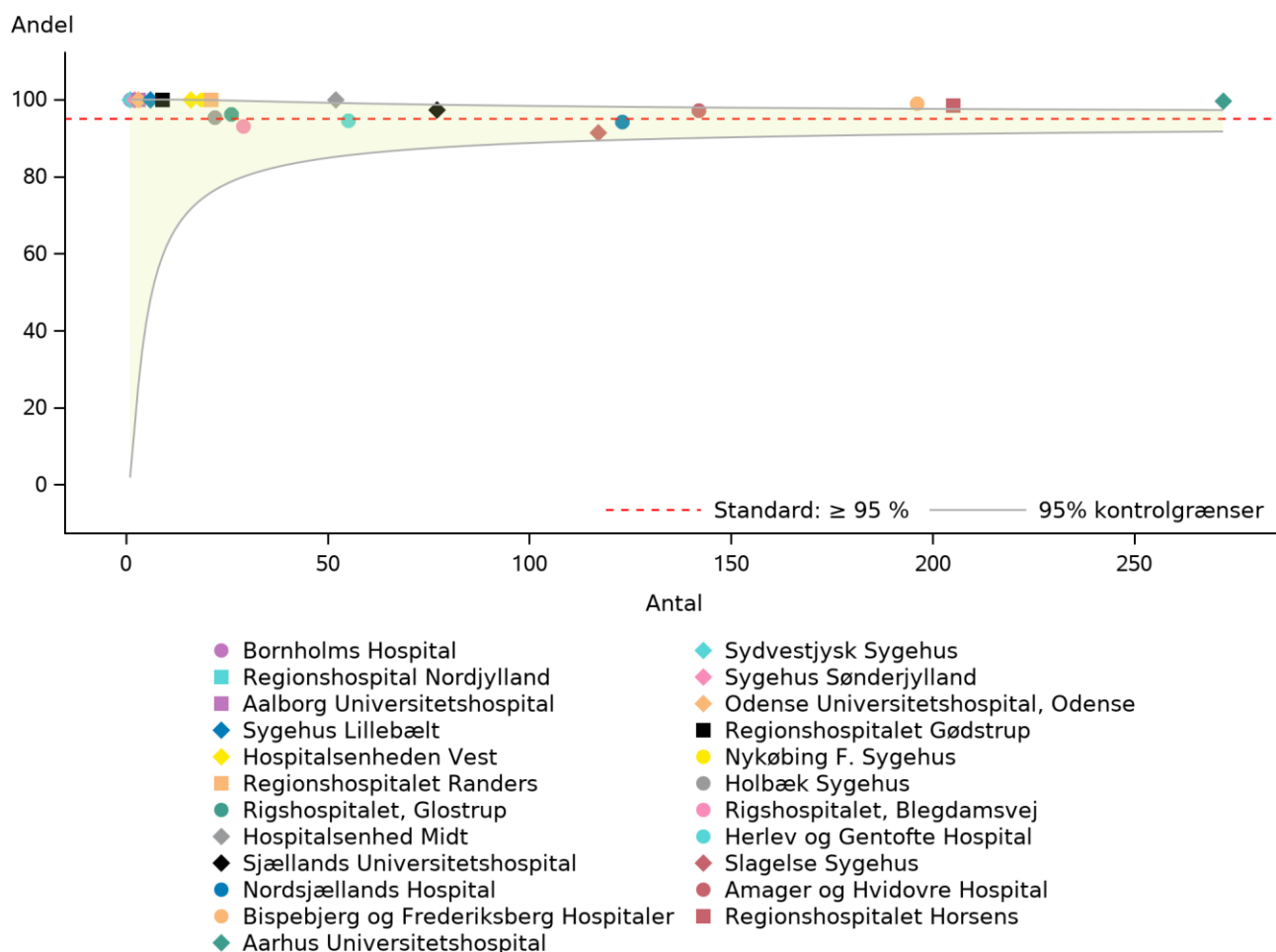
	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 95\%$	Tæller/		01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21	2019/20	
	opfyldt	nævner		Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	1.363 / 1.399	0 (0)	97,4	(96,5-98,2)	1.350 / 1.389	97,2	91,7
Hovedstaden	Ja	553 / 572	0 (0)	96,7	(94,9-98,0)	438 / 464	94,4	93,2
Sjælland	Nej	222 / 235	0 (0)	94,5	(90,7-97,0)	578 / 588	98,3	92,6
Syddanmark	Ja	12 / 12	0 (0)	100,0	(73,5-100,0)	17 / 17	100,0	72,8
Midtjylland	Ja	571 / 575	0 (0)	99,3	(98,2-99,8)	315 / 318	99,1	98,5
Nordjylland	Ja	5 / 5	0 (0)	100,0	(47,8-100,0)	#/#	100,0	100,0
Hovedstaden	Ja	553 / 572	0 (0)	96,7	(94,9-98,0)	438 / 464	94,4	93,2
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	138 / 142	0 (0)	97,2	(92,9-99,2)	66 / 71	93,0	100,0
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	Ja	194 / 196	0 (0)	99,0	(96,4-99,9)	111 / 113	98,2	90,3
Bornholms Hospital	Ja	#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	4 / 5	80,0	
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	52 / 55	0 (0)	94,6	(84,9-98,9)	69 / 74	93,2	98,0
Nordsjællands Hospital	Nej	116 / 123	0 (0)	94,3	(88,6-97,7)	127 / 140	90,7	82,6
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Nej	27 / 29	0 (0)	93,1	(77,2-99,2)	40 / 40	100,0	75,0
Rigshospitalet, Glostrup	Ja	25 / 26	0 (0)	96,2	(80,4-99,9)	21 / 21	100,0	100,0
Sjælland	Nej	222 / 235	0 (0)	94,5	(90,7-97,0)	578 / 588	98,3	92,6
Holbæk Sygehus	Ja	21 / 22	0 (0)	95,5	(77,2-99,9)	96 / 96	100,0	91,4
Nykøbing F. Sygehus	Ja	19 / 19	0 (0)	100,0	(82,4-100,0)	118 / 120	98,3	97,3
Sjællands Universitetshospital	Ja	75 / 77	0 (0)	97,4	(90,9-99,7)	167 / 168	99,4	95,5
Slagelse Sygehus	Nej	107 / 117	0 (0)	91,5	(84,8-95,8)	197 / 204	96,6	88,0
Syddanmark	Ja	12 / 12	0 (0)	100,0	(73,5-100,0)	17 / 17	100,0	72,8
Odense Universitetshospital, Odense	Ja	3 / 3	0 (0)	100,0	(29,2-100,0)	#/#	100,0	33,3

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 95%		antal	01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
	opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Odense Universitetshospital, Svendborg		0 / 0				##	100,0	
Sydvestjysk Sygehus	Ja	##	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	14 / 14	100,0	73,6
Sygehus Lillebælt	Ja	6 / 6	0 (0)	100,0	(54,1-100,0)	0 / 0		100,0
Sygehus Sønderjylland	Ja	##	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	0 / 0		100,0
Midtjylland	Ja	571 / 575	0 (0)	99,3	(98,2-99,8)	315 / 318	99,1	98,5
Aarhus Universitetshospital	Ja	271 / 272	0 (0)	99,6	(98,0-100,0)	159 / 159	100,0	98,2
Hospitalsenhed Midt	Ja	52 / 52	0 (0)	100,0	(93,2-100,0)	31 / 31	100,0	100,0
Hospitalsenheden Vest	Ja	16 / 16	0 (0)	100,0	(79,4-100,0)	6 / 6	100,0	100,0
Regionshospitalet Gødstrup	Ja	9 / 9	0 (0)	100,0	(66,4-100,0)			
Regionshospitalet Horsens	Ja	202 / 205	0 (0)	98,5	(95,8-99,7)	106 / 109	97,3	100,0
Regionshospitalet Randers	Ja	21 / 21	0 (0)	100,0	(83,9-100,0)	13 / 13	100,0	100,0
Nordjylland	Ja	5 / 5	0 (0)	100,0	(47,8-100,0)	##	100,0	100,0
Aalborg Universitetshospital	Ja	3 / 3	0 (0)	100,0	(29,2-100,0)	##	100,0	100,0
Regionshospital Nordjylland	Ja	##	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	0 / 0		

**Indikator 12: Andel af patienter med verificeret AKS med gennemført ekkokardiografi før udskrivelse.
Kontrolldiagram på regionsniveau.**



Indikator 12: Andel af patienter med verificeret AKS med gennemført ekkokardiografi før udskrivelse. Funnelploj på afdelingsniveau.



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

Datagrundlag og beregningsregler

Nævner

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

Tæller

Patientforløb, som indgår i nævneren, hvor det er angivet, at der er udført ekkokardiografi inden udskrivelse fra sygehus

Eksklusion:

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

Uoplyst:

- Ikke muligt

	Antal	Årsag
Eksklusion:	84	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	7.984	Kun i LPR
	18	Ikke bopæl i Danmark
	132	Ikke AKS
	112	Dobbeltindberetning

Indikatorresultater

På landsplan havde 98% af patienterne med verificeret AKS fået foretaget ekkokardiografi (EKKO) før udskrivelse i det aktuelle opgørelsesår. Region Sjælland (94,5%) opfylder som den eneste region netop ikke standarden på $\geq 95\%$.

På hospitalsniveau varierer andelen af patientforløb med EKKO inden udskrivelse fra 94% til 100%. Følgende fire hospitaler opfylder ikke standarden: Herlev og Gentofte Hospital, Nordsjællands Hospital, Rigshospitalet (Blegdamsvej) og Slagelse Sygehus. Som det fremgår af funnelplottet ligger alle fire hospitaler dog inden for konfidensintervallet omkring standarden.

Der gøres opmærksom på, at kun patientforløb, som er blevet indberettet til databasen via webservice/KMS, indgår i indikatoropgørelsen. Det betyder, at der kun indgår ganske få forløb fra Region Syddanmark og Region Nordjylland, eftersom disse to regioner endnu ikke er begyndt systematisk at indberette til databasen. Men også for de øvrige tre regionerne bør man være opmærksom på, at det aktuelt kun er omkring 10 – 30 % af AKS-forløbene som indberettes til DanAKS (se afsnittet vedr. dækningsgrad på side 12).

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren er kun opgjort for en begrænset del af den samlede kohorte med AKS, grundet den lave dækningsgrad.

Vurdering af indikatoren

For de patienter hvor der er foretaget indberetning til DanAKS, er der generelt en høj opfyldelse af standarden. Det foreslås, at standarden fastholdes uændret, men at man primært opgør indikatoren for patienter med AMI (STEMI+NSTEMI) og i appendiks præsenterer for AKS (STEMI+NSTEMI+UAP), idet UAP-diagnosen er mindre valid.

Indikator 13: Dual antiplatelet therapy

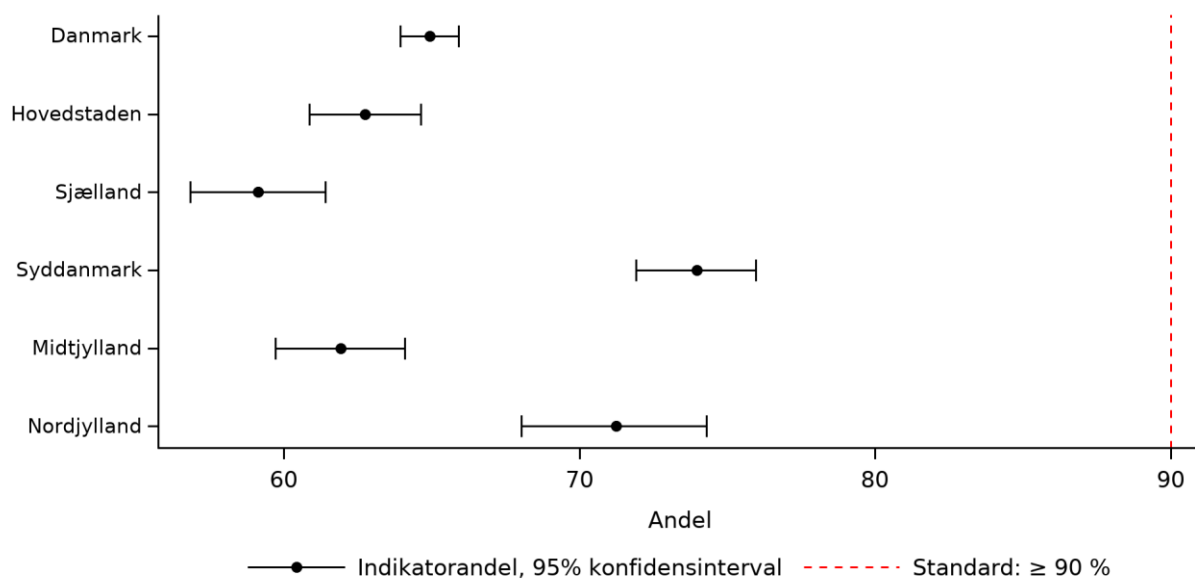
Andel af patienter med AKS med ordineret dual antiplatelet therapy (to-stofs antitrombotisk behandling) (DAPT) (Magnyl og Ticagrelor/Prasugrel/Clopidogrel) ved udskrivelse. Standard $\geq 90\%$

Indikator S13: Andel af patienter med AKS, som har indløst recept på DAPT (både magnyl og P2Y12-inhibitor) senest 30 dage efter udskrivelse

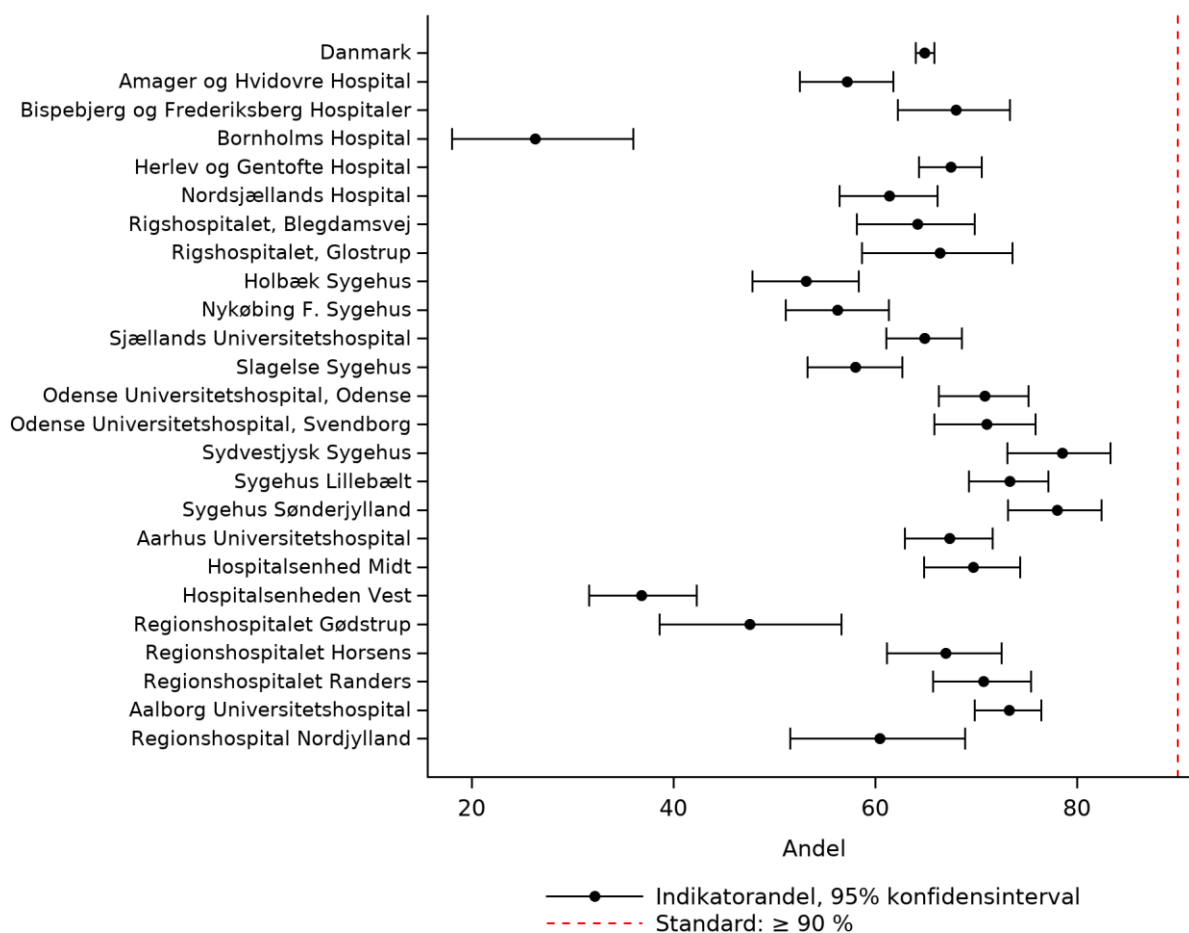
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 90\%$			01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	5.719 / 8.808	0 (0)	64,9	(63,9-65,9)	6.306 / 9.574	65,9	67,1
Hovedstaden	Nej	1.580 / 2.518	0 (0)	62,7	(60,8-64,6)	1.719 / 2.859	60,1	61,0
Sjælland	Nej	1.049 / 1.774	0 (0)	59,1	(56,8-61,4)	1.185 / 1.809	65,5	66,1
Syddanmark	Nej	1.336 / 1.806	0 (0)	74,0	(71,9-76,0)	1.462 / 1.951	74,9	76,0
Midtjylland	Nej	1.172 / 1.893	0 (0)	61,9	(59,7-64,1)	1.280 / 2.064	62,0	65,0
Nordjylland	Nej	582 / 817	0 (0)	71,2	(68,0-74,3)	660 / 891	74,1	78,3
Hovedstaden	Nej	1.580 / 2.518	0 (0)	62,7	(60,8-64,6)	1.719 / 2.859	60,1	61,0
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	254 / 444	0 (0)	57,2	(52,5-61,9)	298 / 541	55,1	55,4
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	Nej	189 / 278	0 (0)	68,0	(62,2-73,4)	224 / 357	62,7	63,1
Bornholms Hospital	Nej	26 / 99	0 (0)	26,3	(17,9-36,1)	47 / 100	47,0	34,9
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	590 / 874	0 (0)	67,5	(64,3-70,6)	632 / 950	66,5	69,1
Nordsjællands Hospital	Nej	242 / 394	0 (0)	61,4	(56,4-66,3)	264 / 468	56,4	54,9
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Nej	172 / 268	0 (0)	64,2	(58,1-69,9)	147 / 269	54,6	60,6
Rigshospitalet, Glostrup	Nej	107 / 161	0 (0)	66,5	(58,6-73,7)	107 / 174	61,5	66,0
Sjælland	Nej	1.049 / 1.774	0 (0)	59,1	(56,8-61,4)	1.185 / 1.809	65,5	66,1
Holbæk Sygehus	Nej	187 / 352	0 (0)	53,1	(47,8-58,4)	222 / 381	58,3	55,8
Nykøbing F. Sygehus	Nej	206 / 366	0 (0)	56,3	(51,0-61,4)	245 / 384	63,8	67,7
Sjællands Universitetshospital	Nej	407 / 627	0 (0)	64,9	(61,0-68,6)	428 / 602	71,1	72,8
Slagelse Sygehus	Nej	249 / 429	0 (0)	58,0	(53,2-62,8)	290 / 442	65,6	63,5
Syddanmark	Nej	1.336 / 1.806	0 (0)	74,0	(71,9-76,0)	1.462 / 1.951	74,9	76,0
Odense Universitetshospital, Odense	Nej	290 / 409	0 (0)	70,9	(66,2-75,3)	301 / 403	74,7	76,3

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90%			01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Odense Universitetshospital, Svendborg	Nej	231 / 325	0 (0)	71,1	(65,8-75,9)	281 / 370	75,9	74,3
Sydvestjysk Sygehus	Nej	205 / 261	0 (0)	78,5	(73,1-83,4)	211 / 276	76,4	78,1
Sygehus Lillebælt	Nej	361 / 492	0 (0)	73,4	(69,2-77,2)	393 / 546	72,0	72,2
Sygehus Sønderjylland	Nej	249 / 319	0 (0)	78,1	(73,1-82,5)	276 / 356	77,5	81,7
Midtjylland	Nej	1.172 / 1.893	0 (0)	61,9	(59,7-64,1)	1.280 / 2.064	62,0	65,0
Aarhus Universitetshospital	Nej	308 / 457	0 (0)	67,4	(62,9-71,7)	340 / 489	69,5	70,0
Hospitalsenhed Midt	Nej	256 / 367	0 (0)	69,8	(64,8-74,4)	261 / 410	63,7	67,4
Hospitalsenheden Vest	Nej	119 / 323	0 (0)	36,8	(31,6-42,4)	172 / 462	37,2	50,2
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	59 / 124	0 (0)	47,6	(38,5-56,7)			100,0
Regionshospitalet Horsens	Nej	183 / 273	0 (0)	67,0	(61,1-72,6)	227 / 304	74,7	74,1
Regionshospitalet Randers	Nej	247 / 349	0 (0)	70,8	(65,7-75,5)	280 / 399	70,2	68,9
Nordjylland	Nej	582 / 817	0 (0)	71,2	(68,0-74,3)	660 / 891	74,1	78,3
Aalborg Universitetshospital	Nej	504 / 688	0 (0)	73,3	(69,8-76,5)	603 / 808	74,6	78,3
Regionshospital Nordjylland	Nej	78 / 129	0 (0)	60,5	(51,5-69,0)	57 / 83	68,7	

Indikator S13: Andel af patienter med AKS, som har indløst recept på DAPT (både magnyl og P2Y12-inhibitor) senest 30 dage efter udskrivelse. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Indikator S13: Andel af patienter med AKS, som har indløst recept på DAPT (både magnyl og P2Y12-inhibitor) senest 30 dage efter udskrivelse. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Datagrundlag og beregningsregler

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er AKS

Tæller

Patientforløb, som indgår i nævneren, hvor patienten har indløst recept på både Magnyl og P2Y12 inhibitor inden for 6 mdr. før indlæggelse til senest 30 dage efter udskrivelse fra sygehus

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

Magnyl: B01AC06 (Acetylsalicylsyre)

P2Y12 inhibitor: B01AC04 (Clopidogrel), B01AC22 (Prasugrel), B01AC24 (Ticagrelor)

Eksklusion:

- Patientforløb hvor patientens diagnose ikke er AKS (patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er "Ikke AKS" eller forløbet findes alene i LPR og har kun en DI23* eller DI24* diagnosekode)
- Patientforløb indberettet til DanAKS som ikke kan kobles med et indlæggelsesforløb i LPR
- Patienter som er døde ved udskrivelse fra sygehus
- Patienter som ikke er bosat i Danmark
- Dobbeltindberetning: Kun det senest indberettede forløb indgår indikatoropgørelsen ved patientforløb hvor samme forløb er indberettet flere gange til DanAKS

Uoplyst:

Ikke muligt

	Antal	Årsag
Eksklusion:	84	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	18	Ikke bopæl i Danmark
	253	Ikke AKS
	454	Død ved udskrivelse
	112	Dobbeltindberetning

Indikatorresultater

På landsplan havde 64,9% af patienterne med AKS indløst recepter på både Magnyl og P2Y12 inhibitor (Clopidogrel, Prasugrel eller Ticagrelor) senest 30 dage efter udskrivelse. På regionsniveau varierede andelen fra 59,1% i Region Sjælland til 74,0% i Region Syddanmark, mens andelen på hospitalsniveau varierede fra 26,3% for Bornholms Hospital til 78,5% for Sydvestjysk Sygehus. I Region Syddanmark ligger andelen af patienter med AKS i DAPT-behandling over 70% for alle hospitaler, mens der i de øvrige regioner ses noget større intra-regional variation.

Under Supplerende Opgørelser (side 84ff) er der vist opgørelser over hvor mange patienter med AKS, som har indløst recept på henholdsvis Magnyl og P2Y12 inhibitor. For både Magnyl og P2Y12 inhibitor er det 78% af patienterne på landsplan, som har indløst recept senest 30 dage efter udskrivelse.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater**Vurdering af indikatoren**

Indikatoren ikke opfyldt. I dens aktuelle form afspejler den dog heller ikke den aktuelle praksis i brug af magnyl og P2Y12 inhibitor. Styregruppen anbefaler, at man fremadrettet præsenterer proportionen af patienter som 30 dage og 1 år efter indlæggelse med AMI (STEMI+NSTEMI) er i behandling med en af følgende kombinationer af præparater:

1. DAPT (magnyl + P2Y12 inhibitor)
 2. Triple terapi magnyl + P2Y12 inhibitor + NOAC/Warferin
 3. Magnyl eller P2Y12 inhibitor i kombination med NOAC/Warferin
- Supplerende analyse for AKS præsenteres i appendiks (supplerende analyser).

Indikator 14: Lipidsænkende præparat

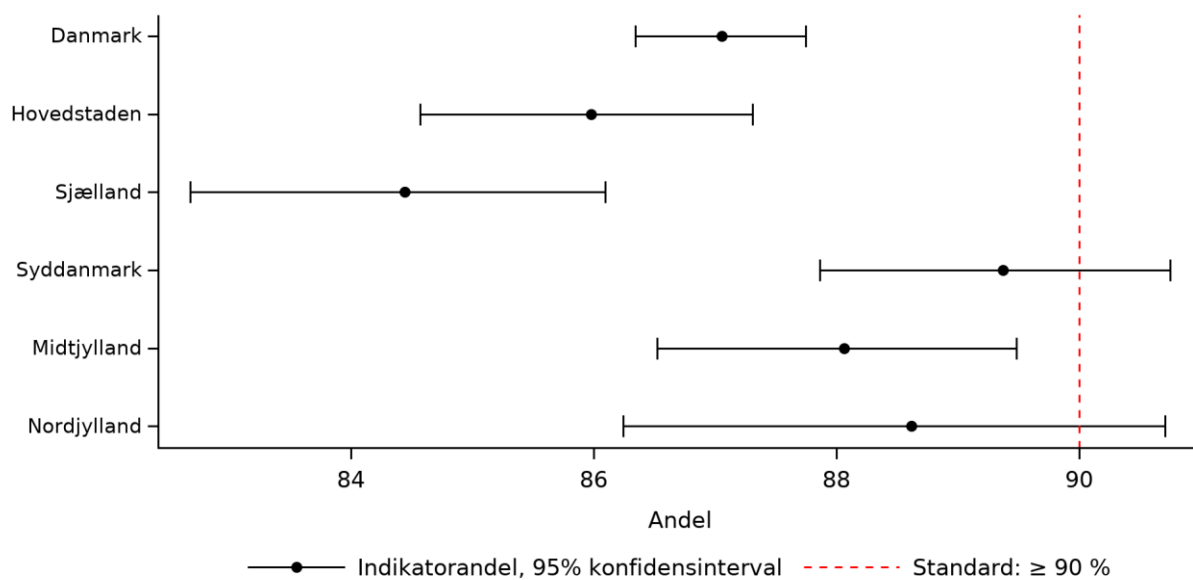
Andel af patienter med AKS med ordineret lipidsænkende præparat ved udskrivelse. Standard $\geq 90\%$.

Indikator S14: Andel af patienter med AKS, som har indløst recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse

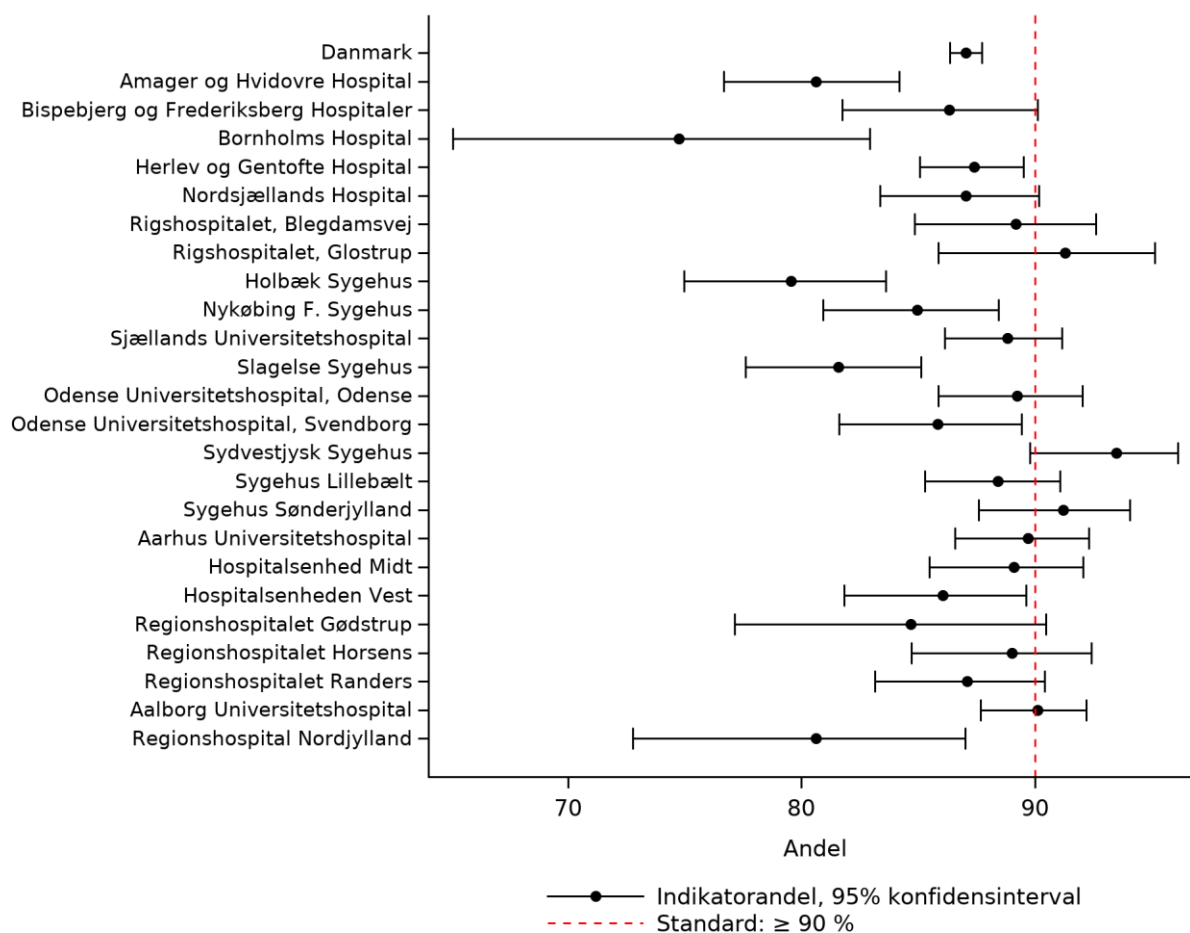
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 90\%$			01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	7.668 / 8.808	0 (0)	87,1	(86,3-87,8)	8.291 / 9.574	86,6	85,7
Hovedstaden	Nej	2.165 / 2.518	0 (0)	86,0	(84,6-87,3)	2.390 / 2.859	83,6	82,4
Sjælland	Nej	1.498 / 1.774	0 (0)	84,4	(82,7-86,1)	1.582 / 1.809	87,5	84,9
Syddanmark	Nej	1.614 / 1.806	0 (0)	89,4	(87,9-90,8)	1.732 / 1.951	88,8	88,3
Midtjylland	Nej	1.667 / 1.893	0 (0)	88,1	(86,5-89,5)	1.790 / 2.064	86,7	87,1
Nordjylland	Nej	724 / 817	0 (0)	88,6	(86,2-90,7)	797 / 891	89,5	90,6
Hovedstaden	Nej	2.165 / 2.518	0 (0)	86,0	(84,6-87,3)	2.390 / 2.859	83,6	82,4
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	358 / 444	0 (0)	80,6	(76,6-84,2)	425 / 541	78,6	79,2
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	Nej	240 / 278	0 (0)	86,3	(81,7-90,1)	312 / 357	87,4	82,2
Bornholms Hospital	Nej	74 / 99	0 (0)	74,8	(65,0-82,9)	74 / 100	74,0	74,3
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	764 / 874	0 (0)	87,4	(85,0-89,5)	818 / 950	86,1	85,9
Nordsjællands Hospital	Nej	343 / 394	0 (0)	87,1	(83,3-90,2)	381 / 468	81,4	79,4
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Nej	239 / 268	0 (0)	89,2	(84,8-92,6)	229 / 269	85,1	85,4
Rigshospitalet, Glostrup	Ja	147 / 161	0 (0)	91,3	(85,8-95,2)	151 / 174	86,8	85,1
Sjælland	Nej	1.498 / 1.774	0 (0)	84,4	(82,7-86,1)	1.582 / 1.809	87,5	84,9
Holbæk Sygehus	Nej	280 / 352	0 (0)	79,5	(74,9-83,6)	322 / 381	84,5	80,0
Nykøbing F. Sygehus	Nej	311 / 366	0 (0)	85,0	(80,9-88,5)	338 / 384	88,0	86,4
Sjællands Universitetshospital	Nej	557 / 627	0 (0)	88,8	(86,1-91,2)	540 / 602	89,7	87,8
Slagelse Sygehus	Nej	350 / 429	0 (0)	81,6	(77,6-85,1)	382 / 442	86,4	83,5
Syddanmark	Nej	1.614 / 1.806	0 (0)	89,4	(87,9-90,8)	1.732 / 1.951	88,8	88,3
Odense Universitetshospital, Odense	Nej	365 / 409	0 (0)	89,2	(85,8-92,1)	356 / 403	88,3	89,5

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90%			01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Odense Universitetshospital, Svendborg	Nej	279 / 325	0 (0)	85,8	(81,6-89,4)	325 / 370	87,8	88,8
Sydvestjysk Sygehus	Ja	244 / 261	0 (0)	93,5	(89,8-96,2)	258 / 276	93,5	89,8
Sygehus Lillebælt	Nej	435 / 492	0 (0)	88,4	(85,3-91,1)	471 / 546	86,3	85,2
Sygehus Sønderjylland	Ja	291 / 319	0 (0)	91,2	(87,6-94,1)	322 / 356	90,5	90,2
Midtjylland	Nej	1.667 / 1.893	0 (0)	88,1	(86,5-89,5)	1.790 / 2.064	86,7	87,1
Aarhus Universitetshospital	Nej	410 / 457	0 (0)	89,7	(86,6-92,3)	430 / 489	87,9	87,8
Hospitalsenhed Midt	Nej	327 / 367	0 (0)	89,1	(85,5-92,1)	357 / 410	87,1	85,8
Hospitalsenheden Vest	Nej	278 / 323	0 (0)	86,1	(81,8-89,7)	384 / 462	83,1	87,5
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	105 / 124	0 (0)	84,7	(77,1-90,5)			100,0
Regionshospitalet Horsens	Nej	243 / 273	0 (0)	89,0	(84,7-92,5)	265 / 304	87,2	89,7
Regionshospitalet Randers	Nej	304 / 349	0 (0)	87,1	(83,1-90,4)	354 / 399	88,7	85,4
Nordjylland	Nej	724 / 817	0 (0)	88,6	(86,2-90,7)	797 / 891	89,5	90,6
Aalborg Universitetshospital	Ja	620 / 688	0 (0)	90,1	(87,6-92,2)	725 / 808	89,7	90,6
Regionshospital Nordjylland	Nej	104 / 129	0 (0)	80,6	(72,7-87,0)	72 / 83	86,8	

Indikator S14: Andel af patienter med AKS, som har indløst recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Indikator S14: Andel af patienter med AKS, som har indløst recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Datagrundlag og beregningsregler

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er AKS

Tæller

Patientforløb, som indgår i nævneren, hvor patienten har indløst recept på lipidsænkende præparat inden for 6 mdr. før indlæggelse til senest 30 dage efter udskrivelse fra sygehus. 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 diagnose ikke er AKS (patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er "Ikke AKS" eller forløbet findes alene i LPR og har kun en DI23* eller DI24* diagnosekode)
- Patientforløb indberettet til DanAKS som ikke kan kobles med et indlæggelsesforløb i LPR
- Patienter som er døde ved udskrivelse fra sygehus
- Patienter som ikke er bosat i Danmark
- Dobbeltindberetning: Kun det senest indberettede forløb indgår i indikatoropgørelsen ved patientforløb hvor samme forløb er indberettet flere gange til DanAKS

Uoplyst:

- Ikke muligt

	Antal	Årsag
Eksklusion:	84	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	18	Ikke bopæl i Danmark
	253	Ikke AKS
	454	Død ved udskrivelse
	112	Dobbeltindberetning

Indikatorresultater

På landsplan havde 87,1% af patienterne indløst en recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse fra sygehus, mens andelen på regionsniveau varierede fra 84,4% i Region Sjælland til 89,4% i Region Syddanmark.

På sygehusniveau varierer andelen, som har indløst recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse, fra 74,8% for Bornholms Hospital til 93,5% for Sydvestjysk Sygehus. For fire hospitaler er det over 90% af patienterne med AKS, som har indløst på lipidsænkende præparat: Rigshospitalet (Glostrup), Sydvestjysk Sygehus, Sygehus Sønderjylland og Aalborg Universitetshospital.
patienter med diagnosen

På side 88 er indikatoren opgjort for patienter med AKS eksklusiv UAP. Andelen af patienter med AKS eksklusiv UAP, som har indløst recept på lipidsænkende præparat, er 0,4 %-point højere end for den samlede population af patienter med AKS.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Der er generelt en høj andel af patienter, som er i behandling med lipidsænkende præparat 30 dage efter indlæggelse, om end man på landsplan ikke opfylder standarden på 90%. Som anført for øvrige indikatorer, vurderer styregruppen ikke at UAP-diagnosen er valid.

Vurdering af indikatoren

Styregruppen indstiller, at indikatoren fremadrettet præsenteres for patienter med AMI (STEMI+NSTEMI), og at man i appendiks (supplerende analyser) præsenterer analyser for AKS (STEMI+NSTEMI+UAP). Endvidere indstilles til at man præsenterer indikatoren også for 1 år.

Indikator 15: Betablokker

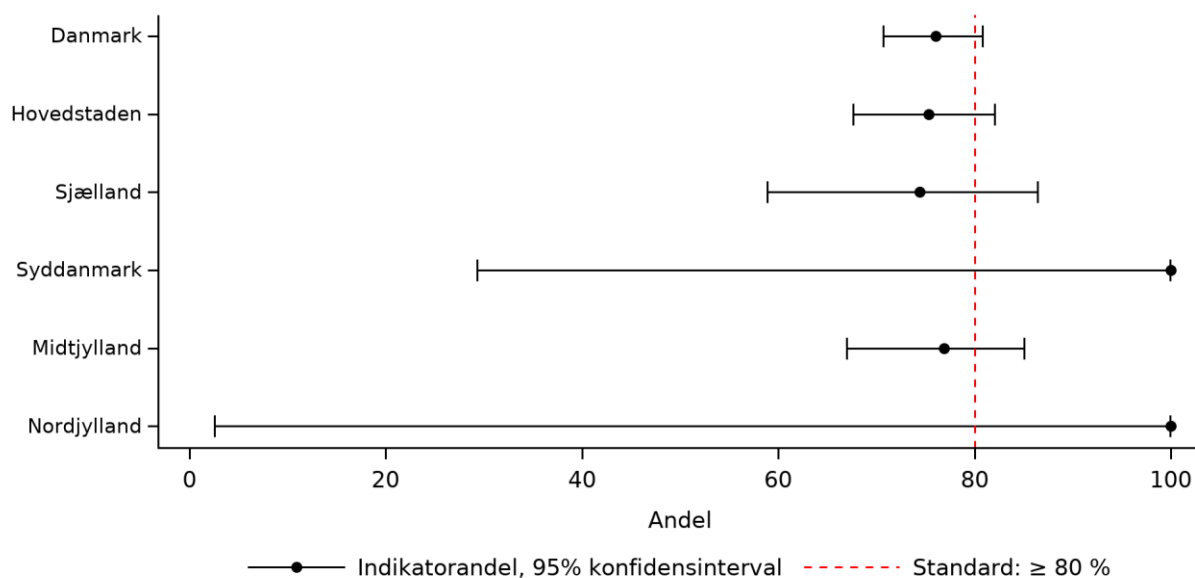
Andel af patienter med verificeret AKS og LVEF ≤ 40 % med ordineret betablokker ved udskrivelse. Standard ≥ 80%

Indikator S15: Andel af patienter med verificeret AKS og LVEF ≤ 40, som har indløst recept på beta-blokker senest 30 dage efter udskrivelse

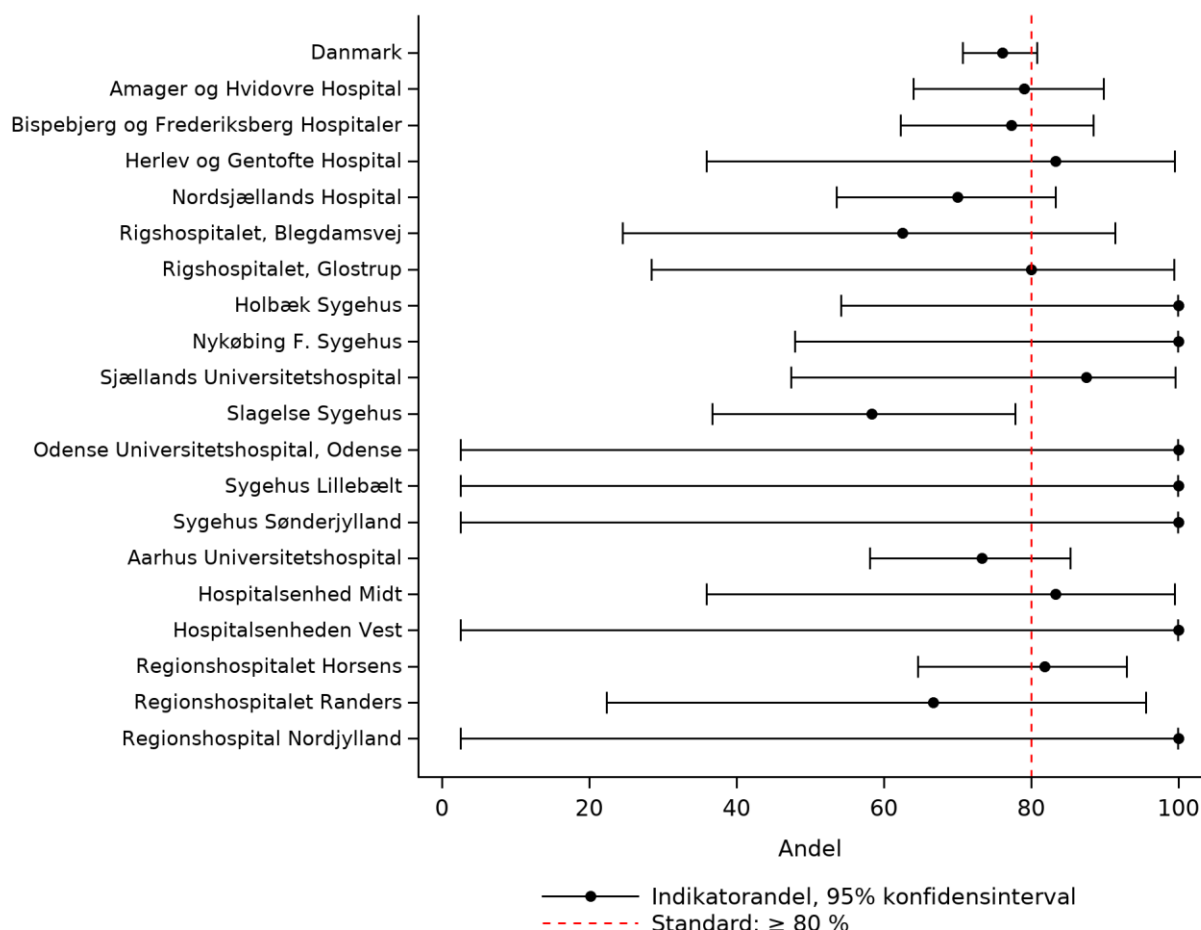
	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 80% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.07.2021 - 30.06.2022 Andel	95% CI	2020/21 Antal	2020/21 Andel	2019/20 Andel
Danmark	Nej	216 / 284	39 (12)	76,1	(70,7-80,9)	225 / 295	76,3	79,0
Hovedstaden	Nej	110 / 146	17 (10)	75,3	(67,5-82,1)	86 / 109	78,9	74,1
Sjælland	Nej	32 / 43	13 (23)	74,4	(58,8-86,5)	93 / 129	72,1	80,4
Syddanmark	Ja	3 / 3	0 (0)	100,0	(29,2-100,0)	3 / 3	100,0	81,8
Midtjylland	Nej	70 / 91	9 (9)	76,9	(66,9-85,1)	43 / 54	79,6	79,5
Nordjylland	Ja	#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	0 / 0		100,0
Hovedstaden	Nej	110 / 146	17 (10)	75,3	(67,5-82,1)	86 / 109	78,9	74,1
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	34 / 43	2 (4)	79,1	(64,0-90,0)	14 / 19	73,7	62,5
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	Nej	34 / 44	2 (4)	77,3	(62,2-88,5)	23 / 30	76,7	80,0
Bornholms Hospital		0 / 0				#/#	100,0	
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	5 / 6	3 (33)	83,3	(35,9-99,6)	7 / 10	70,0	100,0
Nordsjællands Hospital	Nej	28 / 40	7 (15)	70,0	(53,5-83,4)	22 / 30	73,3	66,7
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Nej	5 / 8	2 (20)	62,5	(24,5-91,5)	11 / 11	100,0	
Rigshospitalet, Glostrup	Ja	4 / 5	1 (17)	80,0	(28,4-99,5)	7 / 7	100,0	0,0
Sjælland	Nej	32 / 43	13 (23)	74,4	(58,8-86,5)	93 / 129	72,1	80,4
Holbæk Sygehus	Ja	6 / 6	1 (14)	100,0	(54,1-100,0)	20 / 21	95,2	90,0
Nykøbing F. Sygehus	Ja	5 / 5	0 (0)	100,0	(47,8-100,0)	30 / 45	66,7	83,3
Sjællands Universitetshospital	Ja	7 / 8	2 (20)	87,5	(47,3-99,7)	22 / 28	78,6	90,9
Slagelse Sygehus	Nej	14 / 24	10 (29)	58,3	(36,6-77,9)	21 / 35	60,0	68,4
Syddanmark	Ja	3 / 3	0 (0)	100,0	(29,2-100,0)	3 / 3	100,0	81,8
Odense Universitetshospital, Odense	Ja	#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	0 / 0		100,0

	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 80%	Tæller/	antal	01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Sydvestjysk Sygehus		0 / 0				3 / 3	100,0	80,0
Sygehus Lillebælt	Ja	#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	0 / 0		
Sygehus Sønderjylland	Ja	#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	0 / 0		
Midtjylland	Nej	70 / 91	9 (9)	76,9	(66,9-85,1)	43 / 54	79,6	79,5
Aarhus Universitetshospital	Nej	33 / 45	2 (4)	73,3	(58,1-85,4)	17 / 24	70,8	83,3
Hospitalsenhed Midt	Ja	5 / 6	0 (0)	83,3	(35,9-99,6)	5 / 5	100,0	75,0
Hospitalsenheden Vest	Ja	#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	#/#	100,0	100,0
Regionshospitalet Horsens	Ja	27 / 33	7 (18)	81,8	(64,5-93,0)	14 / 18	77,8	50,0
Regionshospitalet Randers	Nej	4 / 6	0 (0)	66,7	(22,3-95,7)	5 / 5	100,0	50,0
Nordjylland	Ja	#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	0 / 0		100,0
Aalborg Universitetshospital		0 / 0				0 / 0		100,0
Regionshospital Nordjylland	Ja	#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	0 / 0		

Indikator S15: Andel af patienter med verificeret AKS og LVEF ≤ 40 , som har indløst recept på beta-blokker senest 30 dage efter udskrivelse. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Indikator S15: Andel af patienter med verificeret AKS og LVEF ≤ 40 , som har indløst recept på beta-blokker senest 30 dage efter udskrivelse. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Datagrundlag og beregningsregler

Nævner

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

Tæller

Patientforløb, som indgår i nævneren, hvor patienten har indløst recept på beta-blokker inden for 6 mdr. før indlæggelse til senest 30 dage efter udskrivelse fra sygehus. Der er inkluderet recepter med følgende ATC-koder fra Lægemiddelstatistikregisteret:

C07AG02 carvedilol
 C07AB02 metoprolol
 C07AB07 Bisoprolol
 C07AB12 Nebivolol

Eksklusion:

- Patientforløb som kun findes i LPR
- Patientforløb hvor patientens verificerede diagnose ved udskrivelse er "Ikke AKS"
- 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 sygehus
- Patienter som ikke er bosat i Danmark
- Dobbeltindberetning: Kun det senest indberettede forløb indgår i indikatoropgørelsen ved patientforløb hvor samme forløb er indberettet flere gange til DanAKS.

Uoplyst:

- Patientforløb indberettet til DanAKS hvor LVEF er uoplyst

	Antal	Årsag
Eksklusion:	84	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	7.984	Kun i LPR
	1.058	LVEF > 40%
	18	Ikke bopæl i Danmark
	132	Ikke AKS
	18	Død ved udskrivelse
	112	Dobbeltindberetning
Uoplyst:	39	Uoplyst LVEF

Indikatorresultater

På landsplan havde 76,1% af AKS-patienterne med LVEF ≤ 40 indløst recept på betablokkere senest 30 dage efter udskrivelse fra sygehus.

Indikatoren er kun opgjort for forløb, som er blevet indberettet til DanAKS via webservice eller KMS. Datagrundlaget er derfor væsentligt mindre end for de øvrige indikatorer. For Region Syddanmark og Region Nordjylland indgår der kun enkelte forløb, eftersom disse to regioner endnu ikke er begyndt systematisk at indberette til databasen. Men også for de tre øvrige regioner bør man være opmærksom på, at det aktuelt kun er omkring 10 – 30 % af AKS-forløbene, som indberettes til DanAKS (se afsnittet vedr. dækningsgrad på side 12).

På regionsniveau varierer andelen af patienter med LVEF ≤ 40, som har indløst recept på betablokkere senest 30 dage efter udskrivelse, fra 74,4% i Region Sjælland til 76,9% i Region Midtjylland, når der ses bort fra Region Syddanmark og Region Nordjylland. På hospitalsniveau varierer andelen fra 58,3 – 100 %.

På side 90 er vist en supplerende opgørelse over andelen af AKS-patienter med LVEF ≤ 40, som har indløst recept på betablokkere og/eller ACE-hæmmere. Andelen er 95,1% på landsplan og varierer på hospitalsniveau fra 83,3% til 100%.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Som for en række øvrige indikatorer er også aktuelle ramt af den lave dækningsgrad, dvs. at man kun kan præsentere data for omkring 15% af populationen.

Vurdering af indikatoren

Grundet den lave dækningsgrad vurderer styregruppen ikke, at man kan tolke på resultaterne på nuværende tidspunkt. Som for øvrige indikatorer vurderes UAP-diagnosen ikke at være valid, og styregruppen indstiller til at man fremadrettet præsenterer indikatoren for patienter med AMI (STEMI+NSTEMI), og i appendiks (supplerende analyser) præsenterer indikatoren for AKS-patienter.

Indikator 16: ACE-hæmmer

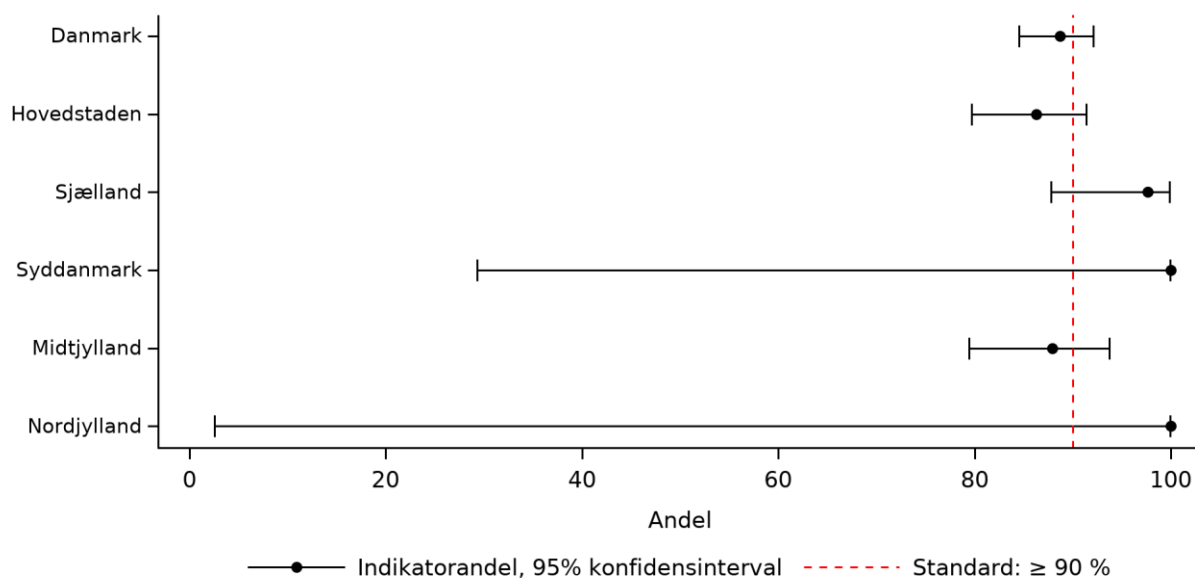
Andel af patienter med verificeret AKS og LVEF ≤ 40 % med ordineret ACE-hæmmer ved udskrivelse. Standard ≥ 90%

Indikator S16: Andel af patienter med verificeret AKS og LVEF ≤ 40, som har indløst recept på ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse

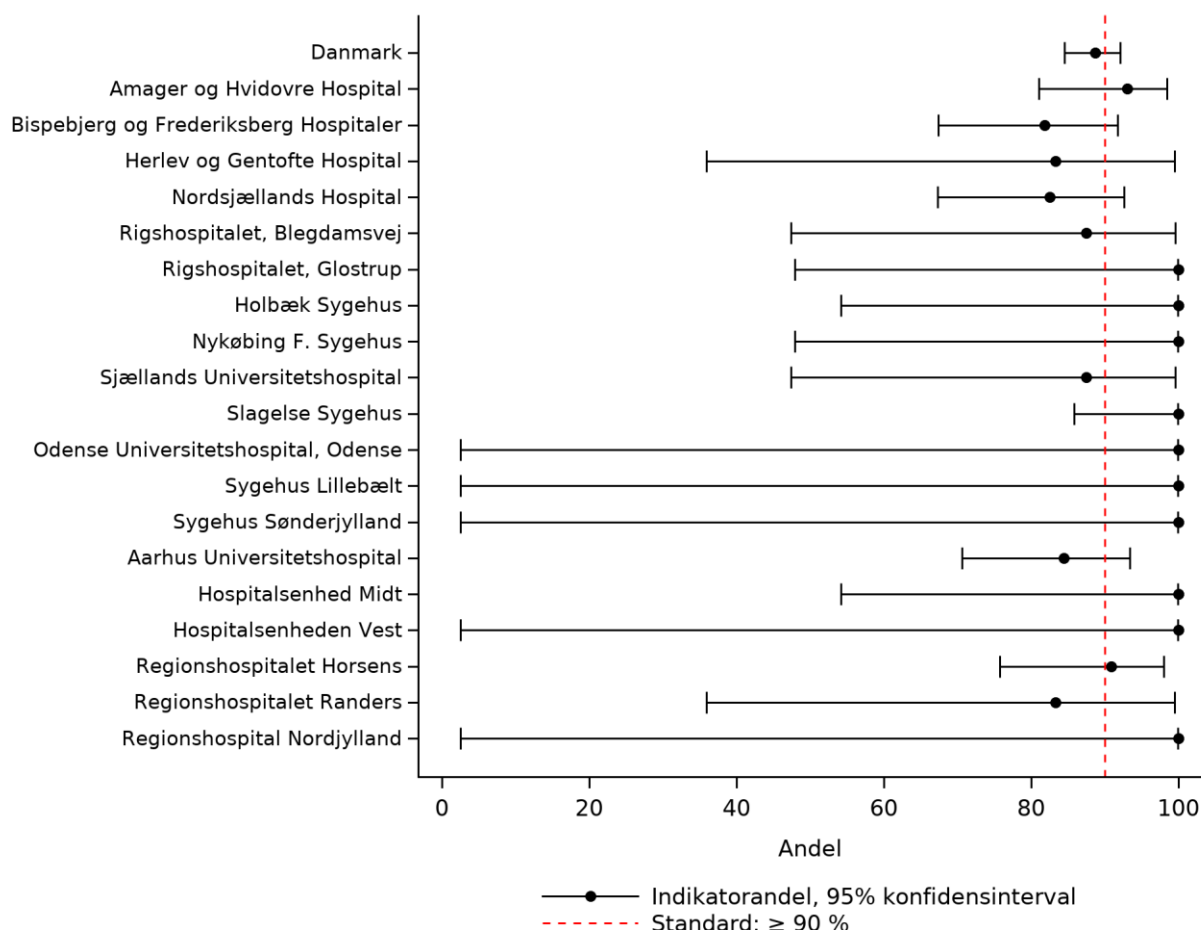
	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90%	Tæller/	antal	01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21	2019/20	
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	252 / 284	39 (12)	88,7	(84,5-92,2)	241 / 295	81,7	86,3
Hovedstaden	Nej	126 / 146	17 (10)	86,3	(79,6-91,4)	90 / 109	82,6	85,2
Sjælland	Ja	42 / 43	13 (23)	97,7	(87,7-99,9)	100 / 129	77,5	89,1
Syddanmark	Ja	3 / 3	0 (0)	100,0	(29,2-100,0)	3 / 3	100,0	90,9
Midtjylland	Nej	80 / 91	9 (9)	87,9	(79,4-93,8)	48 / 54	88,9	82,1
Nordjylland	Ja	#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	0 / 0		100,0
Hovedstaden	Nej	126 / 146	17 (10)	86,3	(79,6-91,4)	90 / 109	82,6	85,2
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	40 / 43	2 (4)	93,0	(80,9-98,5)	17 / 19	89,5	87,5
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	Nej	36 / 44	2 (4)	81,8	(67,3-91,8)	24 / 30	80,0	100,0
Bornholms Hospital		0 / 0				#/#	100,0	
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	5 / 6	3 (33)	83,3	(35,9-99,6)	8 / 10	80,0	71,4
Nordsjællands Hospital	Nej	33 / 40	7 (15)	82,5	(67,2-92,7)	24 / 30	80,0	83,3
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Nej	7 / 8	2 (20)	87,5	(47,3-99,7)	8 / 11	72,7	
Rigshospitalet, Glostrup	Ja	5 / 5	1 (17)	100,0	(47,8-100,0)	7 / 7	100,0	100,0
Sjælland	Ja	42 / 43	13 (23)	97,7	(87,7-99,9)	100 / 129	77,5	89,1
Holbæk Sygehus	Ja	6 / 6	1 (14)	100,0	(54,1-100,0)	20 / 21	95,2	70,0
Nykøbing F. Sygehus	Ja	5 / 5	0 (0)	100,0	(47,8-100,0)	29 / 45	64,4	100,0
Sjællands Universitetshospital	Nej	7 / 8	2 (20)	87,5	(47,3-99,7)	21 / 28	75,0	81,8
Slagelse Sygehus	Ja	24 / 24	10 (29)	100,0	(85,8-100,0)	30 / 35	85,7	100,0
Syddanmark	Ja	3 / 3	0 (0)	100,0	(29,2-100,0)	3 / 3	100,0	90,9
Odense Universitetshospital, Odense	Ja	#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	0 / 0		100,0

	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90%	Tæller/	antal	01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Sydvestjysk Sygehus		0 / 0				3 / 3	100,0	90,0
Sygehus Lillebælt	Ja	#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	0 / 0		
Sygehus Sønderjylland	Ja	#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	0 / 0		
Midtjylland	Nej	80 / 91	9 (9)	87,9	(79,4-93,8)	48 / 54	88,9	82,1
Aarhus Universitetshospital	Nej	38 / 45	2 (4)	84,4	(70,5-93,5)	21 / 24	87,5	83,3
Hospitalsenhed Midt	Ja	6 / 6	0 (0)	100,0	(54,1-100,0)	5 / 5	100,0	75,0
Hospitalsenheden Vest	Ja	#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	#/#	100,0	100,0
Regionshospitalet Horsens	Ja	30 / 33	7 (18)	90,9	(75,7-98,1)	15 / 18	83,3	50,0
Regionshospitalet Randers	Nej	5 / 6	0 (0)	83,3	(35,9-99,6)	5 / 5	100,0	100,0
Nordjylland	Ja	#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	0 / 0		100,0
Aalborg Universitetshospital		0 / 0				0 / 0		100,0
Regionshospital Nordjylland	Ja	#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	0 / 0		

Indikator S16: Andel af patienter med verificeret AKS og LVEF ≤ 40 , som har indløst recept på ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Indikator S16: Andel af patienter med verificeret AKS og LVEF ≤ 40 , som har indløst recept på ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Datagrundlag og beregningsregler

Nævner

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

Tæller

Patientforløb, som indgår i nævneren, hvor patienten har indløst recept på ACE-hæmmere eller Angiotensin II-receptorblokkere inden for 6 mdr. før indlæggelse til senest 30 dage efter udskrivelse fra sygehus. Der er inkluderet recepter med følgende ATC-koder fra Lægemiddelstatistikregisteret:

C09A* ACE-hæmmere

C09B* ACE-hæmmere, kombinationer

C09CA01 Losartan

C09DA01 Losartan og diuretika

C09CA03 Valsartan

C09DA03 Valsartan og diuretika

C09DB01 Valsartan og amlodipin

C09DX01 Valsartan, amolodipin og hydrochlortiazid
 C09DX04 Valsartan og sacubitril C09CA06 Candesartan
 C09DA06 Candesartan og diuretika

Eksklusion:

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

Uoplyst:

- Patientforløb indberettet til DanAKS hvor LVEF er uoplyst

	Antal	Årsag
Eksklusion:	84	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	7.984	Kun i LPR
	1.058	LVEF > 40%
	18	Ikke bopæl i Danmark
	132	Ikke AKS
	18	Død ved udskrivelse
	112	Dobbeltindberetning
Uoplyst:	39	Uoplyst LVEF

Indikatorresultater

På landsplan havde 88,7% af patienterne med LVEF ≤ 40 indløst recept på ACE-hæmmere eller Angiotensin II-receptorblokkere senest 30 dage efter udskrivelse fra sygehus.

Indikatoren opgøres kun for forløb, som er blevet indberettet til DanAKS via webservice eller KMS. Datagrundlaget er derfor væsentligt mindre end for de øvrige indikatorer. For Region Syddanmark og Region Nordjylland indgår der kun enkelte forløb, eftersom disse to regioner endnu ikke er begyndt systematisk at indberette til databasen. Men også for de tre øvrige regioner bør man være opmærksom på, at det aktuelt kun er omkring 10 – 30 % af AKS-forløbene, som indberettes til DanAKS (se afsnittet vedr. dækningsgrad på side 12).

På regionsniveau varierer andelen af patienter med LVEF ≤ 40, som har indløst recept på ACE-hæmmere senest 30 dage efter udskrivelse, fra 86,3% i Region Hovedstaden til 97,7% i Region Sjælland, når der ses bort fra Region Syddanmark og Region Nordjylland. På hospitalsniveau varierer andelen fra 81,8 – 100 %.

På side 90 er vist en supplerende opgørelse over andelen af AKS-patienter med LVEF ≤ 40, som har indløst recept på betablokkere og/eller ACE-hæmmere. Andelen er 95,1% på landsplan og varierer på hospitalsniveau fra 83,3% til 100%.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Som for en række øvrige indikatorer er også aktuelle ramt af den lave dækningsgrad, dvs. at man kun kan præsentere data for omkring 15% af populationen.

Vurdering af indikatoren

Grundet den lave dækningsgrad vurderer styregruppen ikke, at man kan tolke på resultaterne på nuværende tidspunkt. Som for øvrige indikatorer vurderes UAP-diagnosen ikke at være valid, og styregruppen indstiller til at man fremadrettet præsenterer indikatoren for patienter med AMI (STEMI+NSTEMI), og i appendiks (supplerende analyser) præsenterer indikatoren for AKS-patienter.

Indikator 17: Henvisning til rehabilitering

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

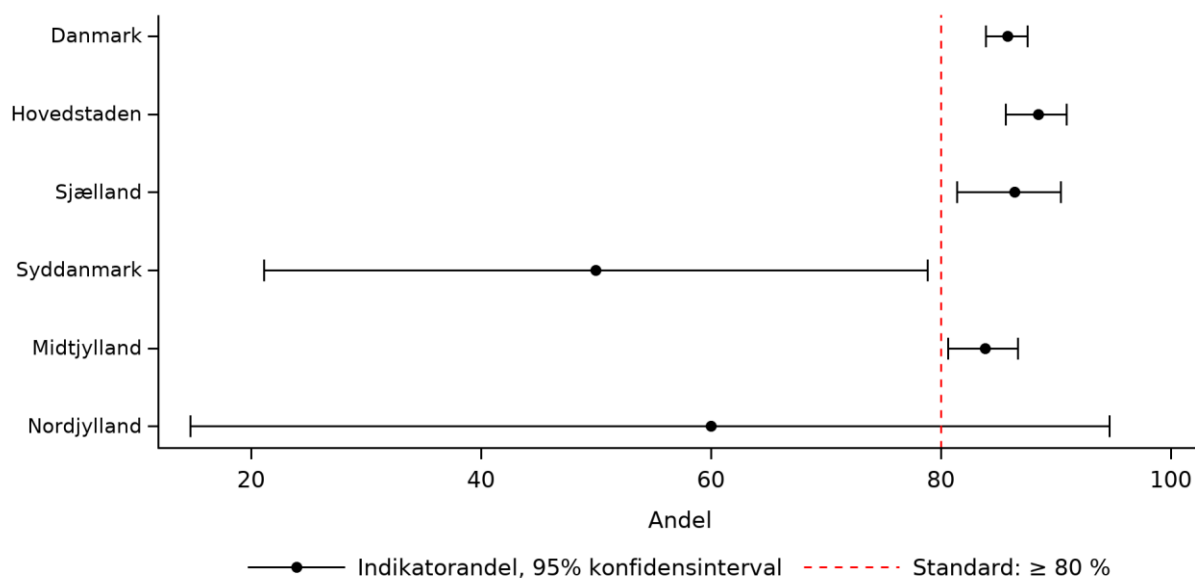
Standard $\geq 80\%$

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

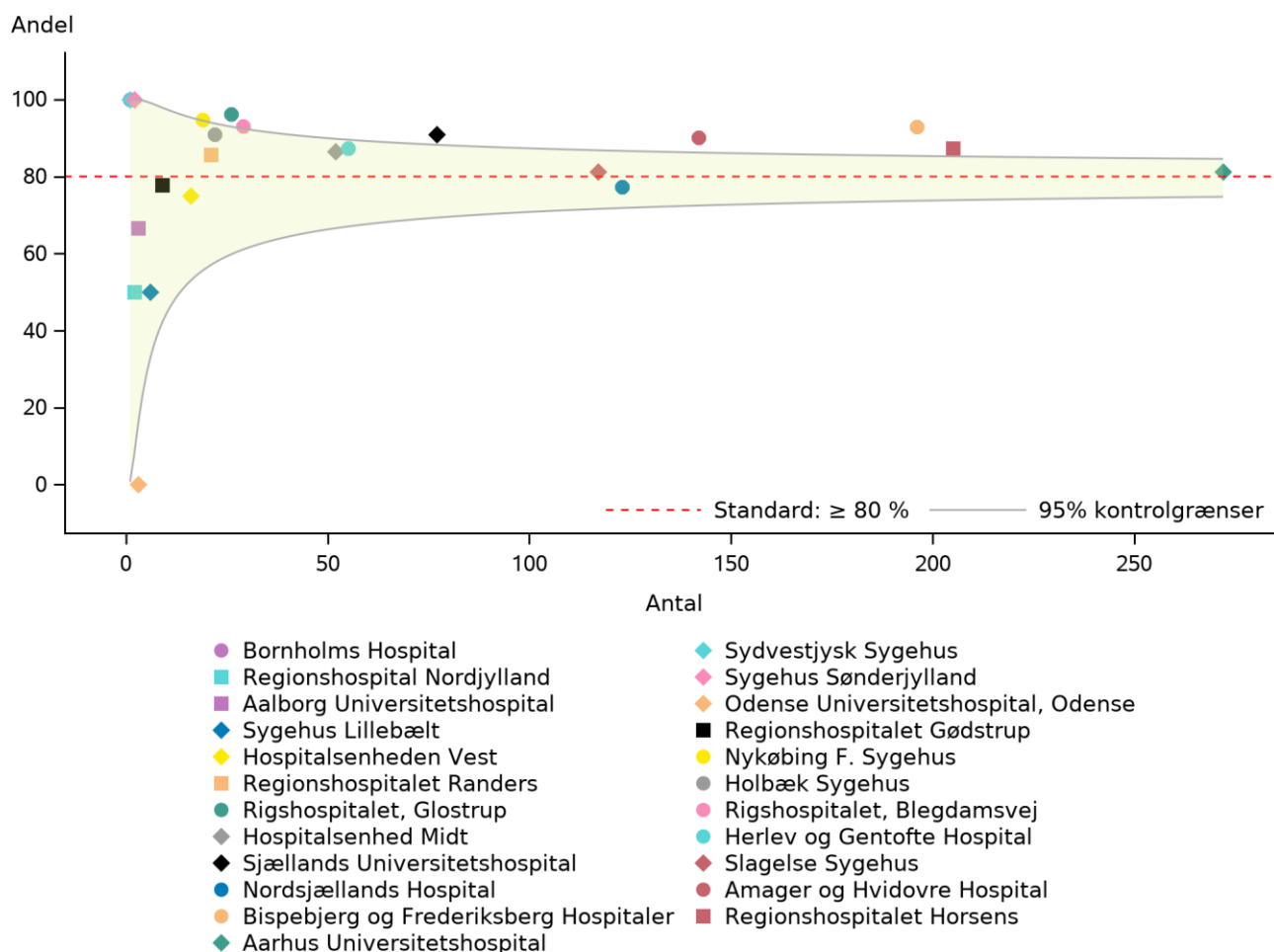
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 80\%$			01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21	2019/20	
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	1.200 / 1.399	0 (0)	85,8	(83,8-87,6)	1.133 / 1.389	81,6	81,2
Hovedstaden	Ja	506 / 572	0 (0)	88,5	(85,6-91,0)	389 / 464	83,8	80,3
Sjælland	Ja	203 / 235	0 (0)	86,4	(81,3-90,5)	484 / 588	82,3	81,5
Syddanmark	Nej	6 / 12	0 (0)	50,0	(21,1-78,9)	14 / 17	82,4	95,7
Midtjylland	Ja	482 / 575	0 (0)	83,8	(80,6-86,7)	245 / 318	77,0	74,9
Nordjylland	Nej	3 / 5	0 (0)	60,0	(14,7-94,7)	##	50,0	50,0
Hovedstaden	Ja	506 / 572	0 (0)	88,5	(85,6-91,0)	389 / 464	83,8	80,3
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	128 / 142	0 (0)	90,1	(84,0-94,5)	55 / 71	77,5	77,3
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	Ja	182 / 196	0 (0)	92,9	(88,3-96,0)	95 / 113	84,1	83,9
Bornholms Hospital	Ja	##	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	3 / 5	60,0	
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	48 / 55	0 (0)	87,3	(75,5-94,7)	71 / 74	96,0	94,1
Nordsjællands Hospital	Nej	95 / 123	0 (0)	77,2	(68,8-84,3)	111 / 140	79,3	52,2
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Ja	27 / 29	0 (0)	93,1	(77,2-99,2)	36 / 40	90,0	75,0
Rigshospitalet, Glostrup	Ja	25 / 26	0 (0)	96,2	(80,4-99,9)	18 / 21	85,7	0,0
Sjælland	Ja	203 / 235	0 (0)	86,4	(81,3-90,5)	484 / 588	82,3	81,5
Holbæk Sygehus	Ja	20 / 22	0 (0)	90,9	(70,8-98,9)	82 / 96	85,4	74,3
Nykøbing F. Sygehus	Ja	18 / 19	0 (0)	94,7	(74,0-99,9)	94 / 120	78,3	91,9
Sjællands Universitetshospital	Ja	70 / 77	0 (0)	90,9	(82,2-96,3)	146 / 168	86,9	83,0
Slagelse Sygehus	Ja	95 / 117	0 (0)	81,2	(72,9-87,8)	162 / 204	79,4	78,3
Syddanmark	Nej	6 / 12	0 (0)	50,0	(21,1-78,9)	14 / 17	82,4	95,7

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 80%			01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Odense Universitetshospital, Odense	Nej	0 / 3	0 (0)	0,0	(0,0-70,8)	#/#	50,0	66,7
Odense Universitetshospital, Svendborg		0 / 0				#/#	0,0	
Sydvestjysk Sygehus	Ja	#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	13 / 14	92,9	97,7
Sygehus Lillebælt	Nej	3 / 6	0 (0)	50,0	(11,8-88,2)	0 / 0		100,0
Sygehus Sønderjylland	Ja	#/#	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	0 / 0		0,0
Midtjylland	Ja	482 / 575	0 (0)	83,8	(80,6-86,7)	245 / 318	77,0	74,9
Aarhus Universitetshospital	Ja	221 / 272	0 (0)	81,3	(76,1-85,7)	124 / 159	78,0	74,9
Hospitalsenhed Midt	Ja	45 / 52	0 (0)	86,5	(74,2-94,4)	27 / 31	87,1	85,7
Hospitalsenheden Vest	Nej	12 / 16	0 (0)	75,0	(47,6-92,7)	4 / 6	66,7	100,0
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	7 / 9	0 (0)	77,8	(40,0-97,2)			
Regionshospitalet Horsens	Ja	179 / 205	0 (0)	87,3	(82,0-91,5)	80 / 109	73,4	57,1
Regionshospitalet Randers	Ja	18 / 21	0 (0)	85,7	(63,7-97,0)	10 / 13	76,9	69,2
Nordjylland	Nej	3 / 5	0 (0)	60,0	(14,7-94,7)	#/#	50,0	50,0
Aalborg Universitetshospital	Nej	#/#	0 (0)	66,7	(9,4-99,2)	#/#	50,0	50,0
Regionshospital Nordjylland	Nej	#/#	0 (0)	50,0	(1,3-98,7)	0 / 0		

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



Indikator 17: Andel af patienter med verificeret AKS der er henvist til hjerterehabilitering eller hjertesvigtsklinik ved udskrivelse. Funnelploot på afdelingsniveau.



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

Datagrundlag og beregningsregler

Nævner

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

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"
- Patientforløb indberettet til DanAKS som ikke kan kobles med et indlæggelsesforløb i LPR
- Patienter som ikke er bosat i Danmark
- Dobbeltindberetning: Kun det senest indberettede forløb indgår indikatoropgørelsen ved patientforløb hvor samme forløb er indberettet flere gange til DanAKS

	Antal	Årsag
Eksklusion:	84	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	7.984	Kun i LPR
	18	Ikke bopæl i Danmark
	132	Ikke AKS
	112	Dobbeltindberetning

Indikatorresultater

På landsplan blev patienterne henvist til hjerterehabilitering i 86% af forløbene i det aktuelle opgørelsesår, hvilket er over den fastsatte standard på $\geq 80\%$.

Indikatoren opgøres kun for forløb, som er blevet indberettet til DanAKS via webservice eller KMS. Datagrundlaget er derfor væsentligt mindre end for de øvrige indikatorer. For Region Syddanmark og Region Nordjylland indgår der kun enkelte forløb, eftersom disse to regioner endnu ikke er begyndt systematisk at indberette til databasen. Men også for de øvrige tre regionerne bør man være opmærksom på, at det aktuelt kun er omkring 10 – 30 % af AKS-forløbene som indberettes til DanAKS (se afsnittet vedr. dækningsgrad på side 12).

På regionsniveau varierer andelen af AKS-patienter, som er blevet henvist til hjerterehabilitering, fra 84 – 89 %, når der ses bort fra Region Syddanmark og Region Nordjylland. På hospitalsniveau varierer andelen fra 75 – 100 % og ingen enheder ligger under konfidensintervallet omkring den fastsatte standard (se funnelplot).

På side 88 er der en supplerende opgørelse over henvisning til hjerterehabilitering, hvoraf det fremgår, at der på landsplan er 2% af patienterne som bliver tilbudt hjerterehabilitering og afslår.

Det bemærkes, at der på tværs af hospitalerne i Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Midtjylland er stor variation i andelen af patientforløb, hvor det angives at rehabilitering ikke er relevant (4% til 22%).

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Som for en række øvrige indikatorer er også aktuelle ramt af den lave dækningsgrad, dvs. at man kun kan præsentere data for omkring 15% af populationen.

Vurdering af indikatoren

Der er generelt en pæn opfyldelse af indikatoren. Som for øvrige indikatorer vurderes UAP-diagnosen ikke at være valid, og styregruppen indstiller til at man fremadrettet præsenterer indikatoren for patienter med AMI (STEMI+NSTEMI), og i appendiks (supplerende analyser) præsenterer indikatoren for AKS-patienter.

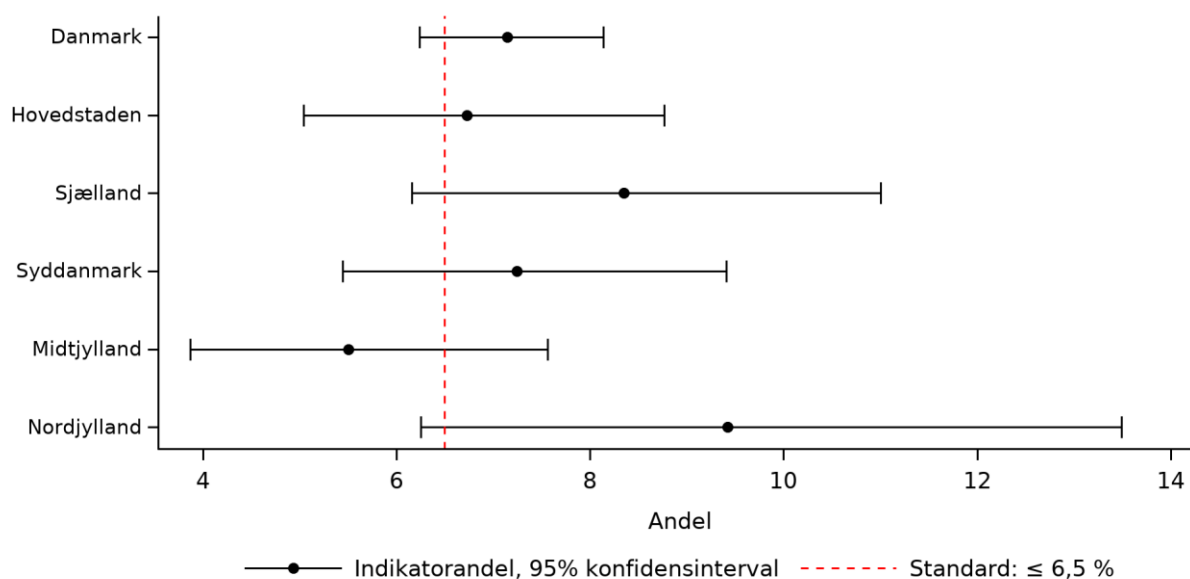
Indikator 18a: 30-dages dødelighed efter STEMI (alle)

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

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\leq 6,5\%$ opfyldt			01.07.2021 - 30.06.2022	95% CI	2020/21	2019/20	2019/20
				Andel		Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	207 / 2.898	0 (0)	7,1	(6,2-8,1)	193 / 2.875	6,7	6,6
Hovedstaden	Nej	50 / 743	0 (0)	6,7	(5,0-8,8)	48 / 699	6,9	6,6
Sjælland	Nej	45 / 539	0 (0)	8,3	(6,2-11,0)	34 / 563	6,0	7,0
Syddanmark	Nej	51 / 704	0 (0)	7,2	(5,4-9,4)	46 / 660	7,0	6,2
Midtjylland	Ja	35 / 636	0 (0)	5,5	(3,9-7,6)	41 / 656	6,3	7,3
Nordjylland	Nej	26 / 276	0 (0)	9,4	(6,2-13,5)	24 / 297	8,1	5,5

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



Datagrundlag og beregningsregler

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er STEMI eller BBBMI

Tæller

Patientforløb hvor patienten er død inden for 30 dage efter indlæggelse

Eksklusion:

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	78	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	111	Dobbeltindberetning
	6.484	Ikke STEMI eller BBBMI
	65	Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden

Indikatorresultater

På landsplan døde 7,1% af patienterne med STEMI inden for 30 dage efter indlæggelse, hvilket er over den fastsatte standard på $\leq 6,5\%$. På regionsniveau varierede andelen fra 5,5% i Region Midtjylland, der som den eneste region opfylder standarden, til 9,4% i Region Nordjylland.

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

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren er kun opfyldt for 1 region. Det kan skyldes, at man har haft en for ambitiøs holdning til standarden.

Vurdering af indikatoren

Styregruppen indstiller til, at DanAKS og Dansk Hjerteregister (DHR) afstemmer standarder for mortalitet for STEMI-patienter, og om muligt harmoniserer med tilsvarende standarder for øvrige europæiske lande.

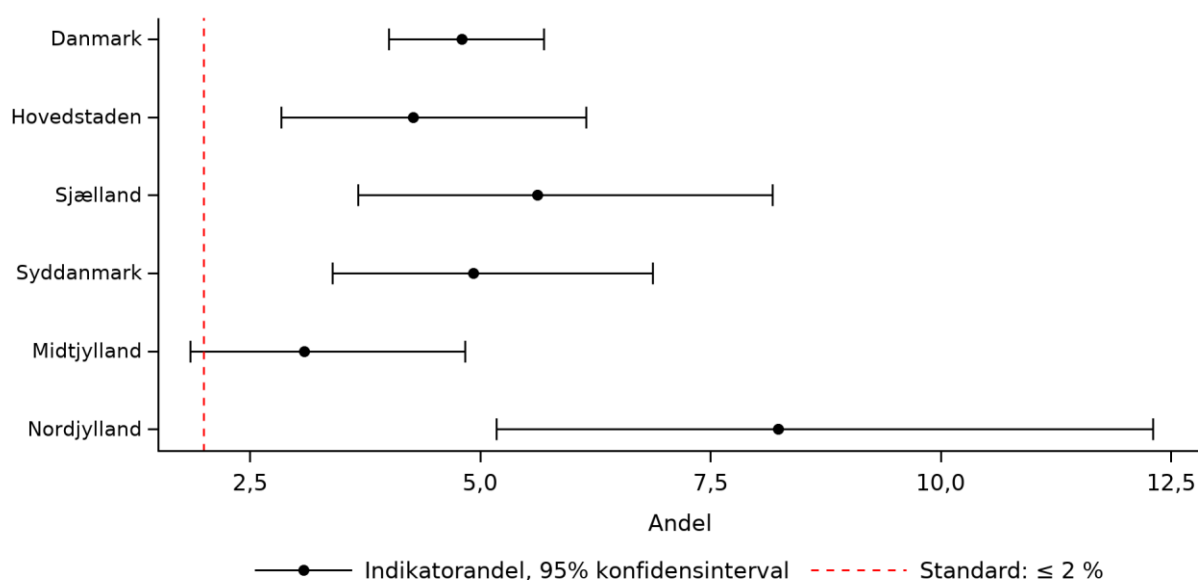
Indikator 18ai: 30-dages dødelighed efter STEMI (invasivt behandlede)

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

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\leq 2\%$ opfyldt			01.07.2021 - 30.06.2022 Andel	95% CI	2020/21 Antal	2019/20 Andel	2019/20 Andel
Danmark	Nej	123 / 2.564	0 (0)	4,8	(4,0-5,7)	120 / 2.534	4,7	4,7
Hovedstaden	Nej	27 / 632	0 (0)	4,3	(2,8-6,2)	29 / 586	4,9	5,1
Sjælland	Nej	25 / 445	0 (0)	5,6	(3,7-8,2)	18 / 456	3,9	4,1
Syddanmark	Nej	32 / 650	0 (0)	4,9	(3,4-6,9)	30 / 615	4,9	4,7
Midtjylland	Nej	18 / 582	0 (0)	3,1	(1,8-4,8)	24 / 593	4,0	5,3
Nordjylland	Nej	21 / 255	0 (0)	8,2	(5,2-12,3)	19 / 284	6,7	3,8

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



Datagrundlag og beregningsregler

Nævner

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

Tæller

Patientforløb hvor patienten er død inden for 30 dage efter indlæggelse

Eksklusion:

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	78	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	111	Dobbeltindberetning
	6.484	Ikke STEMI eller BBBMI
	25	Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden
	374	Ikke behandlet invasivt

Indikatorresultater

Blandt invasivt behandlede STEMI-patienter døde 4,8% på landsplan inden for 30 dage efter indlæggelse. På regionsniveau varierede andelen fra 3,1% i Region Midtjylland til 8,2% i Region Nordjylland. Der er således ingen regioner, som opfylder standarden på $\leq 2\%$.

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

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren er ikke opfyldt for nogen af de 5 regioner. Det kan skyldes, at man har haft en for ambitiøs holdning til standarden.

Vurdering af indikatoren

Styregruppen indstiller til, at DanAKS og Dansk Hjerteregister (DHR) afstemmer standarder for mortalitet for STEMI-patienter, og om muligt harmoniserer med tilsvarende standarder for øvrige europæiske lande.

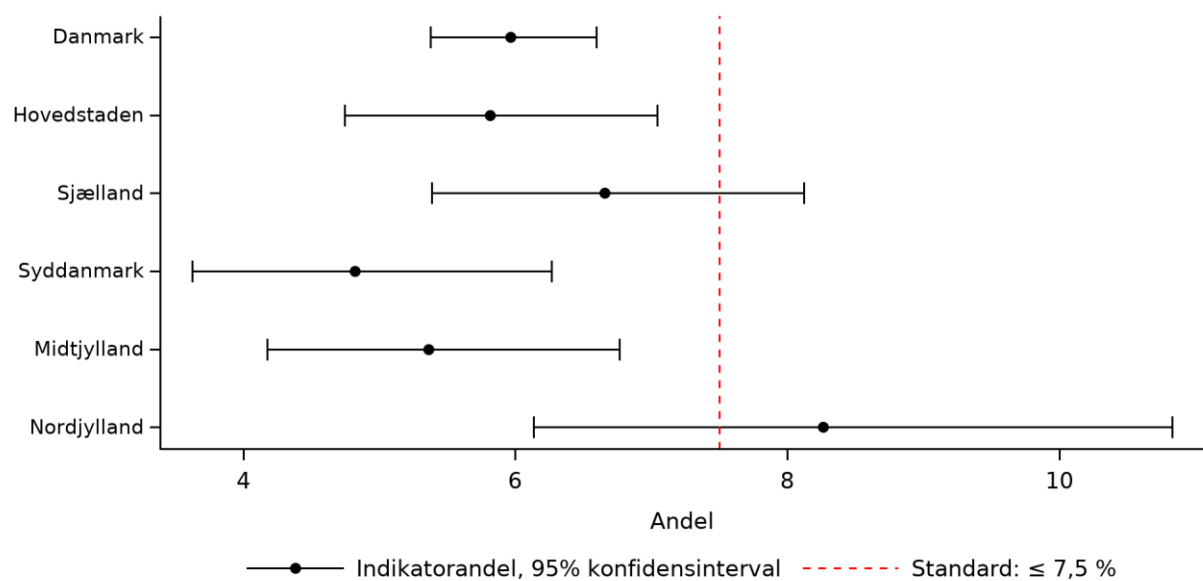
Indikator 18b: 30-dages dødelighed efter NSTE-AKS (alle)

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

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\leq 7,5\%$ opfyldt			01.07.2021 - 30.06.2022 Andel	95% CI	2020/21 Antal	2020/21 Andel	2019/20 Andel
Danmark	Ja	351 / 5.884	0 (0)	6,0	(5,4-6,6)	340 / 6.551	5,2	5,2
Hovedstaden	Ja	97 / 1.668	0 (0)	5,8	(4,7-7,0)	101 / 2.024	5,0	5,4
Sjælland	Ja	89 / 1.337	0 (0)	6,7	(5,4-8,1)	81 / 1.301	6,2	6,4
Syddanmark	Ja	52 / 1.079	0 (0)	4,8	(3,6-6,3)	56 / 1.268	4,4	4,1
Midtjylland	Ja	66 / 1.231	0 (0)	5,4	(4,2-6,8)	71 / 1.352	5,3	5,0
Nordjylland	Nej	47 / 569	0 (0)	8,3	(6,1-10,8)	31 / 606	5,1	4,9

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



Datagrundlag og beregningsregler

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er NSTEMI eller UAP

Tæller

Patientforløb hvor patienten er død inden for 30 dage efter indlæggelse

Eksklusion:

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	78	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	3.253	Ikke NSTEMI eller UAP
	111	Dobbeltindberetning
	310	Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden

Indikatorresultater

På landsplan døde 6,0% af patienterne med NSTEMI-aks inden for 30 dage efter indlæggelse. På regionsniveau varierede andelen fra 4,8% i Region Syddanmark til 8,3% i Region Nordjylland, der som den eneste region ikke opfylder standarden på $\leq 7,5\%$.

På side 93 er der en supplerende opgørelse over 30-dages dødeligheden blandt patienter med NSTEMI, dvs. NSTEMI-aks eksklusiv UAP. På landsplan døde 6,9% af patienterne med NSTEMI inden for 30 dage efter indlæggelse i det aktuelle opgørelsesår, mens andelen på regionsniveau varierede mellem 5,3% for Region Syddanmark til 9,5% for Region Nordjylland.

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

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren er opfyldt af 4 af 5 regioner.

Vurdering af indikatoren

Styregruppen indstiller til, at DanAKS og Dansk Hjerteregister (DHR) afstemmer standarder for mortalitet for NSTEMI-patienter, og om muligt harmoniserer med tilsvarende standarder for øvrige europæiske lande.

Styregruppen indstiller også til, at man præsenterer indikatoren for NSTEMI frem for NSTEMI-aks (NSTEMI+UAP), da UAP-diagnosen ikke vurderes valid.

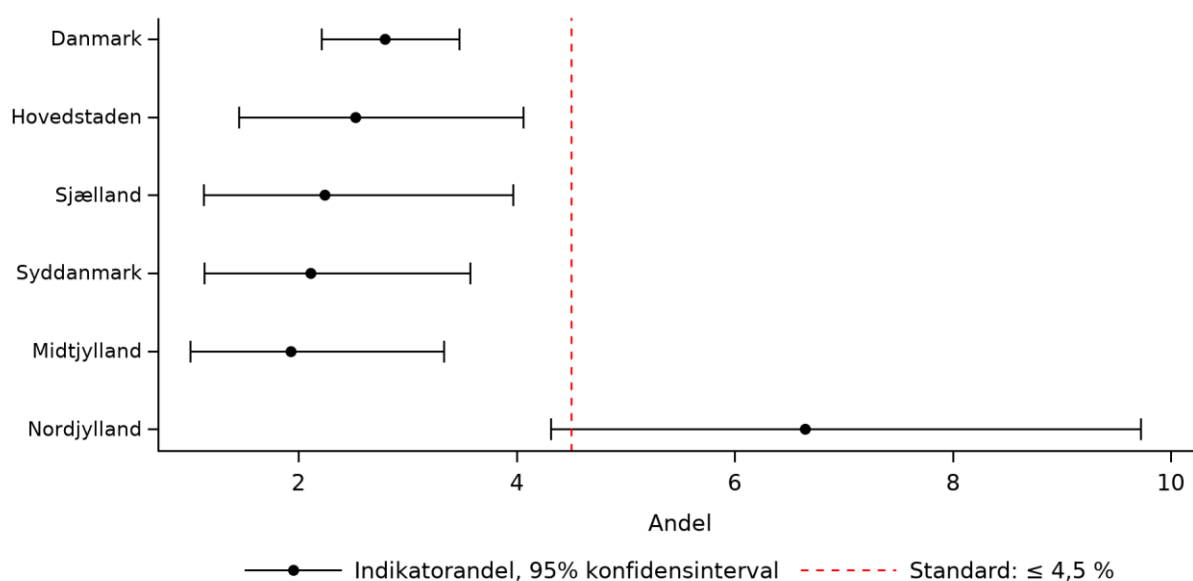
Indikator 18bi: 30-dages dødelighed efter NSTE-AKS (invasivt behandlede)

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

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

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≤ 4,5%	Tæller/	antal	01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	76 / 2.725	0 (0)	2,8	(2,2-3,5)	84 / 3.064	2,7	2,8
Hovedstaden	Ja	16 / 634	0 (0)	2,5	(1,4-4,1)	13 / 704	1,8	2,0
Sjælland	Ja	11 / 491	0 (0)	2,2	(1,1-4,0)	14 / 553	2,5	2,3
Syddanmark	Ja	13 / 616	0 (0)	2,1	(1,1-3,6)	16 / 726	2,2	2,8
Midtjylland	Ja	12 / 623	0 (0)	1,9	(1,0-3,3)	21 / 665	3,2	3,1
Nordjylland	Nej	24 / 361	0 (0)	6,6	(4,3-9,7)	20 / 416	4,8	4,0

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



Datagrundlag og beregningsregler

Nævner

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	78	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	3.253	Ikke NSTEMI eller UAP
	111	Dobbeltindberetning
	55	Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden
	3.414	Ikke behandlet invasivt

Indikatorresultater

Blandt invasivt behandlede patienter med NSTE-AKS døde 2,8% på landsplan inden for 30 dage efter indlæggelse. På regionsniveau varierede andelen fra 1,9% i Region Sjælland til 6,6% i Region Nordjylland, der som den eneste region ikke opfylder standarden på $\leq 4,5\%$.

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

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren er opfyldt for 4 af 5 regioner.

Vurdering af indikatoren

Styregruppen indstiller til, at DanAKS og Dansk Hjerteregister (DHR) afstemmer standarder for mortalitet for NSTEMI-patienter, og om muligt harmoniserer med tilsvarende standarder for øvrige europæiske lande.

Styregruppen indstiller også til, at man præsenterer indikatoren for NSTEMI frem for NSTE-AKS (NSTEMI+UAP), da UAP-diagnosen ikke vurderes valid.

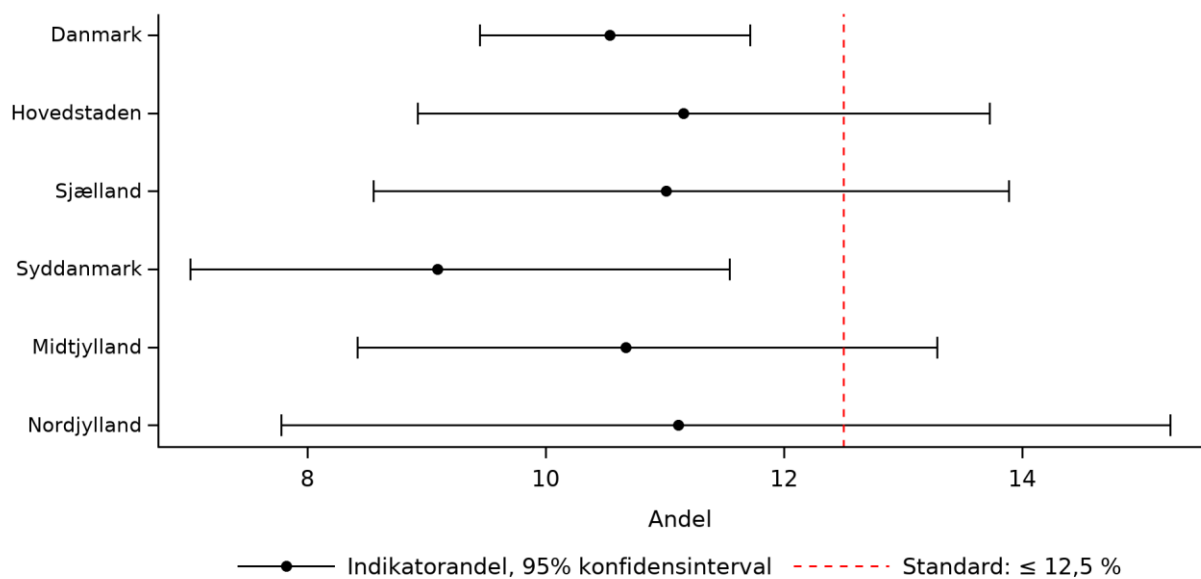
Indikator 19a: 1-års dødelighed efter STEMI (alle)

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

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	$\leq 12,5\%$ opfyldt			01.07.2020 - 30.06.2021	95% CI	2019/20	Andel
Danmark	Ja	303 / 2.875	0 (0)	10,5	(9,4-11,7)	283 / 2.708	10,5
Hovedstaden	Ja	78 / 699	0 (0)	11,2	(8,9-13,7)	76 / 715	10,6
Sjælland	Ja	62 / 563	0 (0)	11,0	(8,5-13,9)	58 / 541	10,7
Syddanmark	Ja	60 / 660	0 (0)	9,1	(7,0-11,5)	55 / 600	9,2
Midtjylland	Ja	70 / 656	0 (0)	10,7	(8,4-13,3)	70 / 599	11,7
Nordjylland	Ja	33 / 297	0 (0)	11,1	(7,8-15,2)	24 / 253	9,5

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



Datagrundlag og beregningsregler

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er STEMI eller BBBMI

Tæller

Patientforløb hvor patienten er død inden for 365 dage efter indlæggelse

Eksklusion:

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

	Antal		Årsag
Eksklusion:	1	Alder < 18 år	
	41	Indlæggelsen ikke fundet i LPR	
	130	Dobbeltindberetning	
	7.380	Ikke STEMI eller BBBMI	
	63	Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden	

Indikatorresultater

På landsplan døde 10,5% af STEMI-patienterne inden for 1 år efter indlæggelse, mens andelen på regionsniveau varierede fra 9,1% i Region Syddanmark til 11,2% i Region Hovedstaden. Alle regioner opfylder således standarden på $\leq 12,5\%$.

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

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren er opfyldt for alle 5 regioner.

Vurdering af indikatoren

Styregruppen indstiller til, at DanAKS og Dansk Hjerteregister (DHR) harmoniserer standarder for mortalitet for STEMI-patienter, og om muligt harmoniserer med tilsvarende standarder for øvrige europæiske lande.

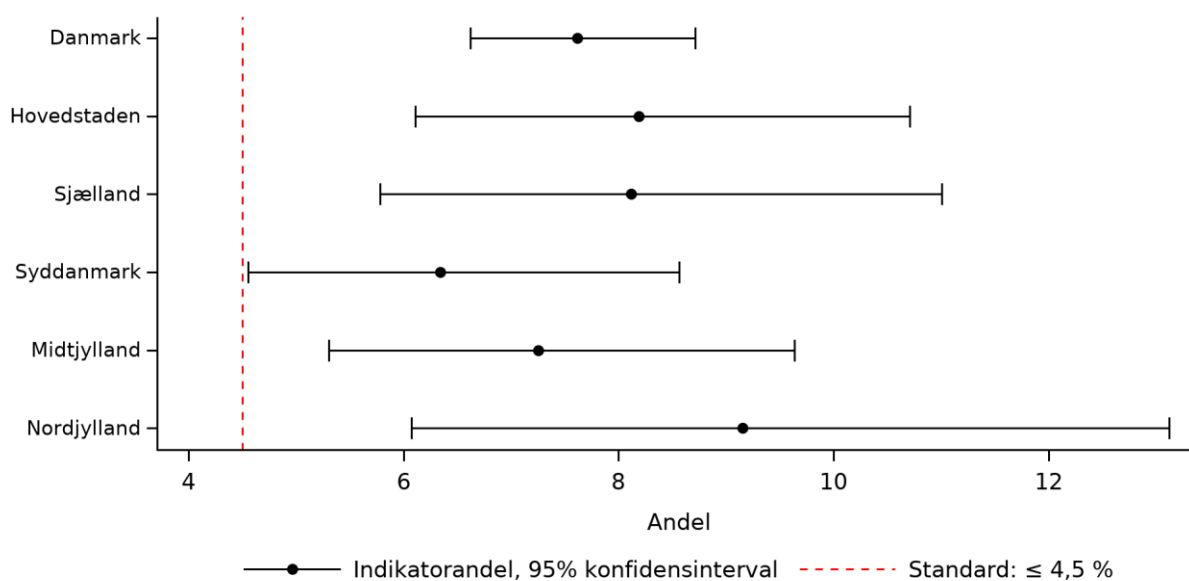
Indikator 19ai: 1-års dødelighed efter STEMI (invasivt behandlede)

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

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

	Standard $\leq 4,5\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2020 - 30.06.2021		Tidligere år 2019/20	
				Andel	95% CI	Antal	Andel
Danmark	Nej	193 / 2.534	0 (0)	7,6	(6,6-8,7)	185 / 2.386	7,8
Hovedstaden	Nej	48 / 586	0 (0)	8,2	(6,1-10,7)	45 / 594	7,6
Sjælland	Nej	37 / 456	0 (0)	8,1	(5,8-11,0)	28 / 441	6,3
Syddanmark	Nej	39 / 615	0 (0)	6,3	(4,5-8,6)	40 / 555	7,2
Midtjylland	Nej	43 / 593	0 (0)	7,3	(5,3-9,6)	54 / 562	9,6
Nordjylland	Nej	26 / 284	0 (0)	9,2	(6,1-13,1)	18 / 234	7,7

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



Datagrundlag og beregningsregler

Nævner

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

Tæller

Patientforløb hvor patienten er død inden for 365 dage efter indlæggelse

Eksklusion:

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	1	Alder < 18 år
	41	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	130	Dobbeltindberetning
	7.380	Ikke STEMI eller BBBMI
	25	Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden
	379	Ikke behandlet invasivt

Indikatorresultater

Blandt de invasivt behandlede STEMI-patienter døde 7,6% på landsplan inden for 1 år efter indlæggelse. På regionsniveau varierede andelen fra 6,3% i Region Syddanmark til 9,2% i Region Nordjylland. Der er således ingen region, som opfylder standarden på $\leq 4,5\%$.

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

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren er ikke opfyldt for nogen af regionerne. Det kan skyldes, at man har haft en for ambitiøs holdning til standarden.

Vurdering af indikatoren

Styregruppen indstiller til, at DanAKS og Dansk Hjerteregister (DHR) afstemmer standarder for mortalitet for STEMI-patienter, og om muligt harmoniserer med tilsvarende standarder for øvrige europæiske lande.

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

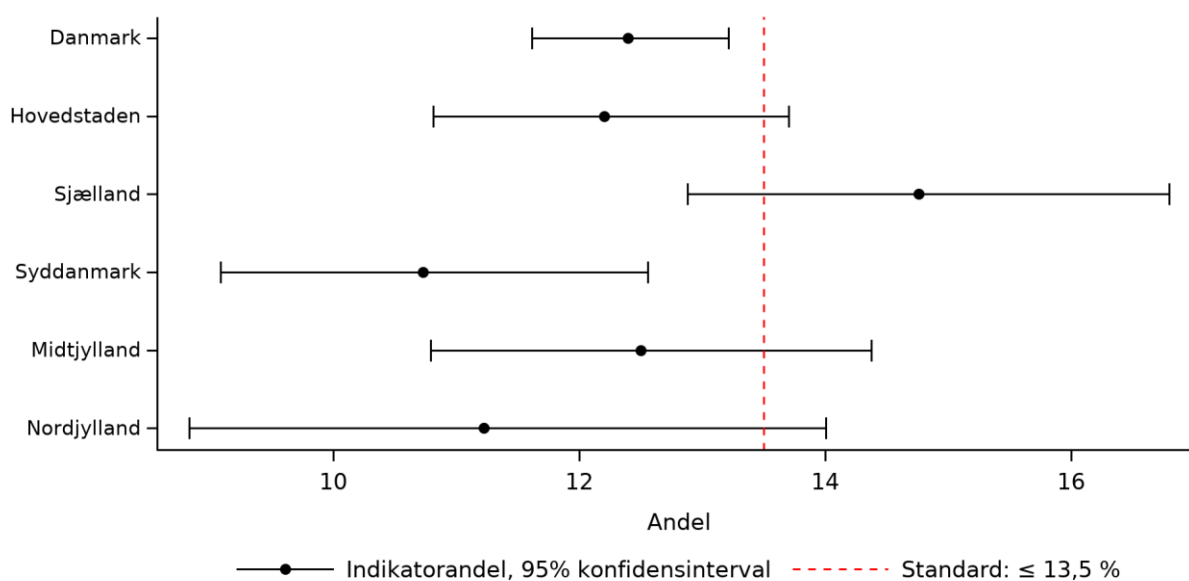
Andel af patienter med verificeret NSTE-AKS som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC).

Standard $\leq 13,5\%$

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	$\leq 13,5\%$ opfyldt			01.07.2020 - 30.06.2021		2019/20	
				Andel	95% CI	Antal	Andel
Danmark	Ja	812 / 6.551	0 (0)	12,4	(11,6-13,2)	827 / 6.819	12,1
Hovedstaden	Ja	247 / 2.024	0 (0)	12,2	(10,8-13,7)	261 / 2.204	11,8
Sjælland	Nej	192 / 1.301	0 (0)	14,8	(12,9-16,8)	199 / 1.377	14,5
Syddanmark	Ja	136 / 1.268	0 (0)	10,7	(9,1-12,6)	126 / 1.235	10,2
Midtjylland	Ja	169 / 1.352	0 (0)	12,5	(10,8-14,4)	178 / 1.454	12,2
Nordjylland	Ja	68 / 606	0 (0)	11,2	(8,8-14,0)	63 / 549	11,5

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



Datagrundlag og beregningsregler

Nævner

Patientforløb hvor patientens diagnose er NSTEMI eller UAP

Tæller

Patientforløb hvor patienten er død inden for 365 dage efter indlæggelse

Eksklusion:

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	41	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	3.362	Ikke NSTEMI eller UAP
	130	Dobbeltindberetning
	406	Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden

Indikatorresultater

På landsplan døde 12,4% af patienterne med NSTE-AKS inden for 1 år efter indlæggelse, mens andelen på regionsniveau varierede fra 10,7% i Region Syddanmark til 14,8% i Region Sjælland, der som den eneste region ikke opfylder standarden på $\leq 13,5\%$.

På side 94 ses en opgørelse af 1-års dødeligheden blandt patienter med NSTEMI, dvs. NSTEMI-AKS eksklusiv UAP. På landsplan døde 14,1% af NSTEMI-patienterne inden for 1 år efter indlæggelse. På regionsniveau varierede andelen fra 11,7% i Region Syddanmark og Region Nordjylland til 17,0% i Region Sjælland.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren er opfyldt for 4 af 5 regioner.

Vurdering af indikatoren

Styregruppen indstiller til, at DanAKS og Dansk Hjerteregister (DHR) afstemmer standarder for mortalitet for NSTEMI-patienter, og om muligt harmoniserer med tilsvarende standarder for øvrige europæiske lande.

Styregruppen indstiller også til, at man præsenterer indikatoren for NSTEMI frem for NSTEMI-AKS (NSTEMI+UAP), da UAP-diagnosen ikke vurderes valid.

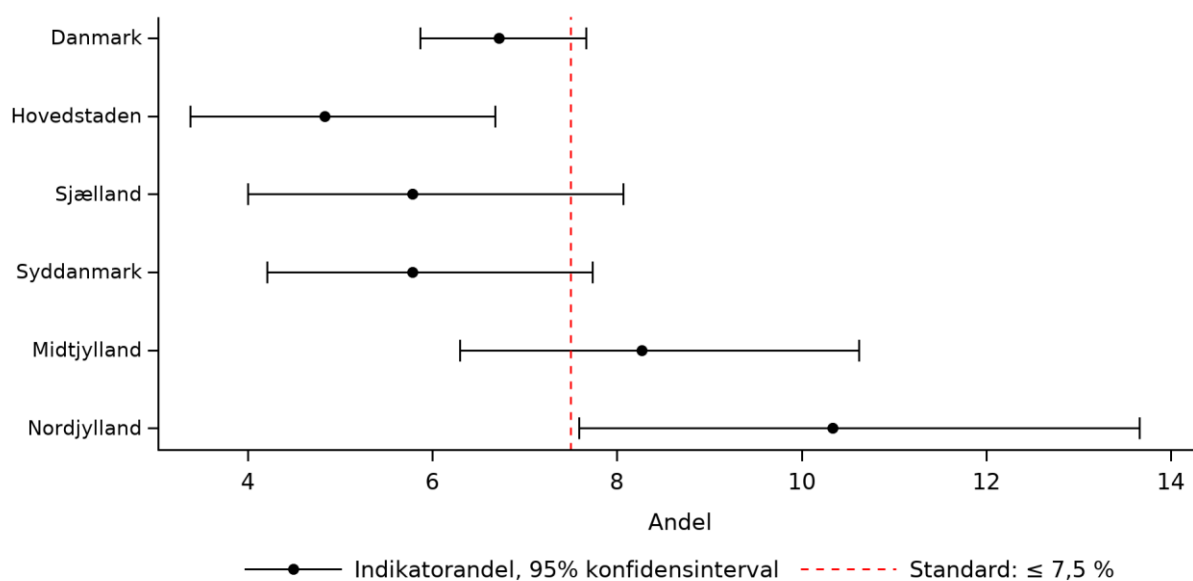
Indikator 19bi: 1-års dødelighed efter NSTE-AKS (invasivt behandlede)

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

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	$\leq 7,5\%$ opfyldt			01.07.2020 - 30.06.2021		2019/20	
				Andel	95% CI	Antal	Andel
Danmark	Ja	206 / 3.064	0 (0)	6,7	(5,9-7,7)	200 / 3.110	6,4
Hovedstaden	Ja	34 / 704	0 (0)	4,8	(3,4-6,7)	30 / 750	4,0
Sjælland	Ja	32 / 553	0 (0)	5,8	(4,0-8,1)	29 / 519	5,6
Syddanmark	Ja	42 / 726	0 (0)	5,8	(4,2-7,7)	44 / 703	6,3
Midtjylland	Nej	55 / 665	0 (0)	8,3	(6,3-10,6)	60 / 767	7,8
Nordjylland	Nej	43 / 416	0 (0)	10,3	(7,6-13,7)	37 / 371	10,0

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



Datagrundlag og beregningsregler

Nævner

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	41	Indlæggelsen ikke fundet i LPR
	3.362	Ikke NSTEMI eller UAP
	130	Dobbeltindberetning
	68	Pt. indgår i indikatoren med en tidligere indlæggelse i rapportperioden
	3.825	Ikke behandlet invasivt

Indikatorresultater

Blandt de invasivt behandlede patienter med NSTE-AKS døde 6,7% på landsplan inden for 1 år efter indlæggelse. På regionsniveau varierede andelen fra 4,8% i Region Hovedstaden til 10,3% i Region Nordjylland. Region Midtjylland og Region Nordjylland opfylder ikke standarden på $\leq 7,5\%$.

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

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren er opfyldt for 3 af 5 regioner.

Vurdering af indikatoren

Styregruppen indstiller til, at DanAKS og Dansk Hjerteregister (DHR) afstemmer standarder for mortalitet for NSTEMI-patienter, og om muligt harmoniserer med tilsvarende standarder for øvrige europæiske lande.

Styregruppen indstiller også til, at man præsenterer indikatoren for NSTEMI frem for NSTEMI-AKS (NSTEMI+UAP), da UAP-diagnosen ikke vurderes valid.

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) fratrukket de forløb, hvor der ifølge indberetningen til DanAKS, ikke er tale om AKS (dvs. at der undervejs i indlæggelsesforløbet er givet en AKS-diagnose i LPR, som efter endt iskæmiudredning er frafaldet). Befolkningstallet er hentet fra Danmarks Statistik (www.statistikbanken).

Incidensen i Region Sjælland (27,6 per 10.000) ligger 8 – 10 per 10.000 personer over incidensen i de øvrige regioner (18,0 – 19,5 per 10.000). Det er særligt incidensen af NSTEMI og UAP som er højere i Region Sjælland end i de øvrige regioner.

Incidens

Region	Befolkning (≥18 år)		AKS		STEMI		NSTEMI		UAP	
	1. jan. 2022	AKS	/10.000	STEMI	/10.000	NSTEMI	/10.000	UAP	/10.000	
Danmark	4.721.691	9.383	19,9	2.957	6,3	5.211	11,0	1.063	2,3	
Hovedstaden	1.501.066	2.700	18,0	804	5,4	1.469	9,8	388	2,6	
Sjælland	680.788	1.882	27,6	487	7,2	1.102	16,2	272	4,0	
Syddanmark	988.835	1.926	19,5	727	7,4	987	10,0	164	1,7	
Midtjylland	1.071.102	1.985	18,5	648	6,0	1.159	10,8	149	1,4	
Nordjylland	479.900	890	18,5	291	6,1	494	10,3	90	1,9	

Diagnosekoder for forløb fra Landspatientregisteret

Såfremt der er registeret flere forskellige AKS-diagnosekoder under et sammenhængende indlæggelsesforløb, er det den mest alvorlige diagnose, som er sat på forløbet. Dvs. STEMI, herunder BBBMI, er valgt over NSTEMI, som er valgt over UAP. DI24* er kun sat på forløb, hvor der under indlæggelsen ikke er anvendt andre AKS-diagnosekoder i LPR.

Diagnoser i LPR (alle ptt.)

	I alt		Ikke AKS		Verificeret AKS		Ikke verificeret	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
DI200	958	39	4,1	94	9,8	825	86,1	
DI200B	139	11	7,9	4	2,9	124	89,2	
DI200C	#			#	6,3	15	93,8	

	I alt	Ikke AKS		Verificeret AKS		Ikke verificeret	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%
DI210	26			3	11,5	23	88,5
DI210A	11					11	100,0
DI210B	66			12	18,2	54	81,8
DI211	#			#	6,3	15	93,8
DI211A	#			#	14,3	12	85,7
DI211B	60			9	15,0	51	85,0
DI213	1515	4	0,3	221	14,6	1290	85,1
DI213A	581			129	22,2	452	77,8
DI213B	#	#	0,1	188	25,8	539	74,0
DI213C	#			#	16,7	10	83,3
DI214	4245	56	1,3	644	15,2	3545	83,5
DI219	860	17	2,0	82	9,5	761	88,5
DI219A	#	4	2,8	#	1,4	136	95,8
DI230	#					#	100,0
DI232	#			#	11,1	8	88,9
DI235	#					#	100,0
DI236	3					3	100,0
DI238	#			#	33,3	#	66,7
DI238A	4					4	100,0
DI240	#					#	100,0
DI241	#					#	100,0
DI248	10					10	100,0
DI248A	#					#	100,0
DI249	88			3	3,4	85	96,6
I alt	9515	132	1,4	1399	14,7	7984	83,9

Verificerede AKS-diagnoser for forløb indberettet til DanAKS

Diagnoser indberettet (verificeret AKS)

	I alt	STEMI		BBBMI		NSTEMI		UAP	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Danmark	1.399	601	43,0	#	0,1	696	49,7	101	7,2
Hovedstaden	572	300	52,4			234	40,9	38	6,6
Sjælland	235	58	24,7			155	66,0	22	9,4
Syddanmark	12	5	41,7			7	58,3		
Midtjylland	575	235	40,9	#	0,2	298	51,8	41	7,1
Nordjylland	5	3	60,0			#	40,0		
Hovedstaden	572	300	52,4			234	40,9	38	6,6
Amager og Hvidovre Hospital	142	79	55,6			51	35,9	12	8,5
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	196	107	54,6			76	38,8	13	6,6
Bornholms Hospital	#					#	100,0		
Herlev og Gentofte Hospital	55	11	20,0			35	63,6	9	16,4
Nordsjællands Hospital	123	76	61,8			46	37,4	#	0,8
Rigshospitalet, Blegdamsvej	29	16	55,2			11	37,9	#	6,9
Rigshospitalet, Glostrup	26	11	42,3			14	53,8	#	3,8
Sjælland	235	58	24,7			155	66,0	22	9,4
Holbæk Sygehus	22	5	22,7			16	72,7	#	4,5
Nykøbing F. Sygehus	19	3	15,8			15	78,9	#	5,3
Sjællands Universitetshospital	77	11	14,3			54	70,1	12	15,6
Slagelse Sygehus	117	39	33,3			70	59,8	8	6,8
Syddanmark	12	5	41,7			7	58,3		
Odense Universitetshospital, Odense	3	#	33,3			#	66,7		
Sydvestjysk Sygehus	#					#	100,0		
Sygehus Lillebælt	6	#	33,3			4	66,7		
Sygehus Sønderjylland	#	#	100,0						

	I alt	STEMI		BBBMI		NSTEMI		UAP	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Midtjylland	575	235	40,9	#	0,2	298	51,8	41	7,1
Aarhus Universitetshospital	272	107	39,3	#	0,4	139	51,1	25	9,2
Hospitalsenhed Midt	52	22	42,3			26	50,0	4	7,7
Hospitalsenheden Vest	16	9	56,3			6	37,5	#	6,3
Regionshospitalet Gødstrup	9	6	66,7			3	33,3		
Regionshospitalet Horsens	205	79	38,5			116	56,6	10	4,9
Regionshospitalet Randers	21	12	57,1			8	38,1	#	4,8
Nordjylland	5	3	60,0			#	40,0		
Aalborg Universitetshospital	3	#	66,7			#	33,3		
Regionshospital Nordjylland	#	#	50,0			#	50,0		

Køn og alder

Køn- og aldersfordeling (alle ptt.)

	I alt		Kvinder		Mænd	
	Antal	Antal	%	Antal	%	
18-59	2491	573	23,0	1918	77,0	
60-69	2293	592	25,8	1701	74,2	
70-79	2665	859	32,2	1806	67,8	
80-	1934	875	45,2	1059	54,8	
I alt	9383	2899	30,9	6484	69,1	

Risikoestimering

Risikoestimering (verificeret NSTE-AKS)

	I alt Antal	Meget høj risiko: akut KAG		Høj risiko: KAG < 24 timer		Lav risiko: selektiv invasiv strategi		Uoplyst	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Danmark	797	22	2,8	239	30,0	193	24,2	343	43,0
Hovedstaden	272	8	2,9	99	36,4	88	32,4	77	28,3
Sjælland	177	5	2,8	65	36,7	88	49,7	19	10,7
Syddanmark	7			#	28,6			5	71,4
Midtjylland	339	9	2,7	72	21,2	17	5,0	241	71,1
Nordjylland	#			#	50,0			#	50,0
Hovedstaden	272	8	2,9	99	36,4	88	32,4	77	28,3
Amager og Hvidovre Hospital	63	#	1,6	6	9,5	8	12,7	48	76,2
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	89	4	4,5	52	58,4	33	37,1		
Bornholms Hospital	#							#	100,0
Herlev og Gentofte Hospital	44	#	2,3	11	25,0	18	40,9	14	31,8
Nordsjællands Hospital	47	#	4,3	16	34,0	20	42,6	9	19,1
Rigshospitalet, Blegdamsvej	13			5	38,5	3	23,1	5	38,5
Rigshospitalet, Glostrup	15			9	60,0	6	40,0		
Sjælland	177	5	2,8	65	36,7	88	49,7	19	10,7
Holbæk Sygehus	17			6	35,3	5	29,4	6	35,3
Nykøbing F. Sygehus	16			4	25,0	12	75,0		
Sjællands Universitetshospital	66	#	3,0	27	40,9	33	50,0	4	6,1
Slagelse Sygehus	78	3	3,8	28	35,9	38	48,7	9	11,5
Syddanmark	7			#	28,6			5	71,4
Odense Universitetshospital, Odense	#			#	50,0			#	50,0
Sydvestjysk Sygehus	#							#	100,0
Sygehus Lillebælt	4			#	25,0			3	75,0

	I alt		Meget høj risiko: akut KAG		Høj risiko: KAG < 24 timer		Lav risiko: selektiv invasiv strategi		Uoplyst	
			Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
	Antal									
Midtjylland	339	9	2,7		72	21,2	17	5,0	241	71,1
Aarhus Universitetshospital	164	3	1,8		24	14,6	5	3,0	132	80,5
Hospitalsenhed Midt	30	#	6,7		19	63,3			9	30,0
Hospitalsenheden Vest	7				#	14,3	#	14,3	5	71,4
Regionshospitalet Gødstrup	3								3	100,0
Regionshospitalet Horsens	126	4	3,2		25	19,8	10	7,9	87	69,0
Regionshospitalet Randers	9				3	33,3	#	11,1	5	55,6
Nordjylland	#				#	50,0			#	50,0
Aalborg Universitetshospital	#								#	100,0
Regionshospital Nordjylland	#				#	100,0				

Magnyl

Indikator S13A: Andel af patienter med AKS, som har indløst recept på magnyl senest 30 dage efter udskrivelse

	Standard opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		6.875 / 8.808	0 (0)	78,1	(77,2-78,9)	7.509 / 9.574	78,4	78,7
Hovedstaden		1.974 / 2.518	0 (0)	78,4	(76,7-80,0)	2.165 / 2.859	75,7	76,2
Sjælland		1.282 / 1.774	0 (0)	72,3	(70,1-74,3)	1.422 / 1.809	78,6	76,7
Syddanmark		1.519 / 1.806	0 (0)	84,1	(82,3-85,8)	1.636 / 1.951	83,9	83,6
Midtjylland		1.427 / 1.893	0 (0)	75,4	(73,4-77,3)	1.544 / 2.064	74,8	77,3
Nordjylland		673 / 817	0 (0)	82,4	(79,6-84,9)	742 / 891	83,3	85,1
Hovedstaden		1.974 / 2.518	0 (0)	78,4	(76,7-80,0)	2.165 / 2.859	75,7	76,2

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Amager og Hvidovre Hospital		324 / 444	0 (0)	73,0	(68,6-77,1)	379 / 541	70,1	73,7
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler		229 / 278	0 (0)	82,4	(77,4-86,7)	276 / 357	77,3	76,8
Bornholms Hospital		65 / 99	0 (0)	65,7	(55,4-74,9)	66 / 100	66,0	61,5
Herlev og Gentofte Hospital		703 / 874	0 (0)	80,4	(77,6-83,0)	760 / 950	80,0	80,5
Nordsjællands Hospital		303 / 394	0 (0)	76,9	(72,4-81,0)	340 / 468	72,6	72,4
Rigshospitalet, Blegdamsvej		225 / 268	0 (0)	84,0	(79,0-88,1)	210 / 269	78,1	81,4
Rigshospitalet, Glostrup		125 / 161	0 (0)	77,6	(70,4-83,8)	134 / 174	77,0	75,5
Sjælland		1.282 / 1.774	0 (0)	72,3	(70,1-74,3)	1.422 / 1.809	78,6	76,7
Holbæk Sygehus		226 / 352	0 (0)	64,2	(59,0-69,2)	272 / 381	71,4	68,9
Nykøbing F. Sygehus		268 / 366	0 (0)	73,2	(68,4-77,7)	298 / 384	77,6	77,4
Sjællands Universitetshospital		471 / 627	0 (0)	75,1	(71,5-78,5)	503 / 602	83,6	81,8
Slagelse Sygehus		317 / 429	0 (0)	73,9	(69,5-78,0)	349 / 442	79,0	75,4
Syddanmark		1.519 / 1.806	0 (0)	84,1	(82,3-85,8)	1.636 / 1.951	83,9	83,6
Odense Universitetshospital, Odense		338 / 409	0 (0)	82,6	(78,6-86,2)	342 / 403	84,9	84,3
Odense Universitetshospital, Svendborg		268 / 325	0 (0)	82,5	(77,9-86,4)	317 / 370	85,7	82,8
Sydvestjysk Sygehus		228 / 261	0 (0)	87,4	(82,7-91,1)	224 / 276	81,2	85,5
Sygehus Lillebælt		415 / 492	0 (0)	84,3	(80,8-87,4)	447 / 546	81,9	80,8
Sygehus Sønderjylland		270 / 319	0 (0)	84,6	(80,2-88,4)	306 / 356	86,0	86,6
Midtjylland		1.427 / 1.893	0 (0)	75,4	(73,4-77,3)	1.544 / 2.064	74,8	77,3
Aarhus Universitetshospital		361 / 457	0 (0)	79,0	(75,0-82,6)	406 / 489	83,0	82,3
Hospitalsenhed Midt		312 / 367	0 (0)	85,0	(80,9-88,5)	319 / 410	77,8	82,4
Hospitalsenheden Vest		158 / 323	0 (0)	48,9	(43,3-54,5)	234 / 462	50,7	59,9
Regionshospitalet Gødstrup		72 / 124	0 (0)	58,1	(48,9-66,9)			100,0

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Regionshospitalet Horsens		227 / 273	0 (0)	83,2	(78,2-87,4)	261 / 304	85,9	85,7
Regionshospitalet Randers		297 / 349	0 (0)	85,1	(80,9-88,7)	324 / 399	81,2	82,4
Nordjylland		673 / 817	0 (0)	82,4	(79,6-84,9)	742 / 891	83,3	85,1
Aalborg Universitetshospital		579 / 688	0 (0)	84,2	(81,2-86,8)	676 / 808	83,7	85,1
Regionshospital Nordjylland		94 / 129	0 (0)	72,9	(64,3-80,3)	66 / 83	79,5	

P2Y12 inhibitor

Indikator S13B: Andel af patienter med AKS, som har indløst recept på P2Y12-inhibitor senest 30 dage efter udskrivelse

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		6.845 / 8.808	0 (0)	77,7	(76,8-78,6)	7.543 / 9.574	78,8	78,6
Hovedstaden		1.841 / 2.518	0 (0)	73,1	(71,3-74,8)	2.067 / 2.859	72,3	71,7
Sjælland		1.313 / 1.774	0 (0)	74,0	(71,9-76,0)	1.407 / 1.809	77,8	77,9
Syddanmark		1.522 / 1.806	0 (0)	84,3	(82,5-85,9)	1.677 / 1.951	86,0	86,4
Midtjylland		1.493 / 1.893	0 (0)	78,9	(77,0-80,7)	1.627 / 2.064	78,8	79,0
Nordjylland		676 / 817	0 (0)	82,7	(80,0-85,3)	765 / 891	85,9	87,3
Hovedstaden		1.841 / 2.518	0 (0)	73,1	(71,3-74,8)	2.067 / 2.859	72,3	71,7
Amager og Hvidovre Hospital		301 / 444	0 (0)	67,8	(63,2-72,1)	362 / 541	66,9	65,5
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler		208 / 278	0 (0)	74,8	(69,3-79,8)	277 / 357	77,6	74,5
Bornholms Hospital		36 / 99	0 (0)	36,4	(26,9-46,6)	60 / 100	60,0	45,9
Herlev og Gentofte Hospital		682 / 874	0 (0)	78,0	(75,1-80,7)	739 / 950	77,8	78,6
Nordsjællands Hospital		289 / 394	0 (0)	73,4	(68,7-77,7)	333 / 468	71,2	66,6

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Rigshospitalet, Blegdamsvej		193 / 268	0 (0)	72,0	(66,2-77,3)	168 / 269	62,5	70,8
Rigshospitalet, Glostrup		132 / 161	0 (0)	82,0	(75,2-87,6)	128 / 174	73,6	80,3
Sjælland		1.313 / 1.774	0 (0)	74,0	(71,9-76,0)	1.407 / 1.809	77,8	77,9
Holbæk Sygehus		258 / 352	0 (0)	73,3	(68,3-77,8)	278 / 381	73,0	72,2
Nykøbing F. Sygehus		257 / 366	0 (0)	70,2	(65,2-74,9)	296 / 384	77,1	78,0
Sjællands Universitetshospital		494 / 627	0 (0)	78,8	(75,4-81,9)	491 / 602	81,6	82,1
Slagelse Sygehus		304 / 429	0 (0)	70,9	(66,3-75,1)	342 / 442	77,4	76,6
Syddanmark		1.522 / 1.806	0 (0)	84,3	(82,5-85,9)	1.677 / 1.951	86,0	86,4
Odense Universitetshospital, Odense		343 / 409	0 (0)	83,9	(79,9-87,3)	342 / 403	84,9	87,0
Odense Universitetshospital, Svendborg		266 / 325	0 (0)	81,8	(77,2-85,9)	310 / 370	83,8	85,2
Sydvestjysk Sygehus		226 / 261	0 (0)	86,6	(81,8-90,5)	251 / 276	90,9	87,5
Sygehus Lillebælt		405 / 492	0 (0)	82,3	(78,7-85,6)	459 / 546	84,1	82,7
Sygehus Sønderjylland		282 / 319	0 (0)	88,4	(84,4-91,7)	315 / 356	88,5	92,2
Midtjylland		1.493 / 1.893	0 (0)	78,9	(77,0-80,7)	1.627 / 2.064	78,8	79,0
Aarhus Universitetshospital		375 / 457	0 (0)	82,1	(78,2-85,5)	400 / 489	81,8	82,1
Hospitalsenhed Midt		285 / 367	0 (0)	77,7	(73,0-81,8)	320 / 410	78,1	76,1
Hospitalsenheden Vest		241 / 323	0 (0)	74,6	(69,5-79,3)	327 / 462	70,8	79,0
Regionshospitalet Gødstrup		95 / 124	0 (0)	76,6	(68,2-83,7)			100,0
Regionshospitalet Horsens		212 / 273	0 (0)	77,7	(72,2-82,5)	248 / 304	81,6	83,4
Regionshospitalet Randers		285 / 349	0 (0)	81,7	(77,2-85,6)	332 / 399	83,2	75,5
Nordjylland		676 / 817	0 (0)	82,7	(80,0-85,3)	765 / 891	85,9	87,3
Aalborg Universitetshospital		577 / 688	0 (0)	83,9	(80,9-86,5)	699 / 808	86,5	87,3

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Regionshospital Nordjylland		99 / 129	0 (0)	76,7	(68,5-83,7)	66 / 83	79,5	

Lipidsænkende præparat blandt patienter med AMI

Tabellen nedenfor viser indikator S14 opgjort uden AKS-patienter med diagnosen UAP.

Indikator S14U: Andel af patienter med AKS (ekskl. UAP), som har indløst recept på lipidsænkende præparat senest 30 dage efter udskrivelse

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90%		antal	01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
	opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	6.780 / 7.753	0 (0)	87,5	(86,7-88,2)	7.240 / 8.306	87,2	86,3
Hovedstaden	Nej	1.847 / 2.136	0 (0)	86,5	(84,9-87,9)	1.935 / 2.280	84,9	83,3
Sjælland	Nej	1.276 / 1.505	0 (0)	84,8	(82,9-86,6)	1.382 / 1.574	87,8	85,3
Syddanmark	Nej	1.475 / 1.644	0 (0)	89,7	(88,2-91,1)	1.592 / 1.791	88,9	88,7
Midtjylland	Nej	1.531 / 1.740	0 (0)	88,0	(86,4-89,5)	1.622 / 1.876	86,5	86,7
Nordjylland	Nej	651 / 728	0 (0)	89,4	(87,0-91,6)	709 / 785	90,3	91,3
Hovedstaden	Nej	1.847 / 2.136	0 (0)	86,5	(84,9-87,9)	1.935 / 2.280	84,9	83,3
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	289 / 349	0 (0)	82,8	(78,4-86,6)	338 / 417	81,1	81,2
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	Nej	219 / 252	0 (0)	86,9	(82,1-90,8)	260 / 299	87,0	84,6
Bornholms Hospital	Nej	64 / 88	0 (0)	72,7	(62,2-81,7)	53 / 68	77,9	72,1
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	618 / 707	0 (0)	87,4	(84,7-89,8)	642 / 737	87,1	85,8
Nordsjællands Hospital	Nej	303 / 348	0 (0)	87,1	(83,1-90,4)	325 / 393	82,7	80,9
Rigshospitalet, Blegdamsvej	Nej	220 / 245	0 (0)	89,8	(85,3-93,3)	195 / 226	86,3	86,6
Rigshospitalet, Glostrup	Ja	134 / 147	0 (0)	91,2	(85,4-95,2)	122 / 140	87,1	85,0
Sjælland	Nej	1.276 / 1.505	0 (0)	84,8	(82,9-86,6)	1.382 / 1.574	87,8	85,3
Holbæk Sygehus	Nej	248 / 312	0 (0)	79,5	(74,6-83,8)	290 / 340	85,3	80,2

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90%			01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Nykøbing F. Sygehus	Nej	263 / 304	0 (0)	86,5	(82,2-90,1)	296 / 332	89,2	88,0
Sjællands Universitetshospital	Nej	462 / 517	0 (0)	89,4	(86,4-91,9)	469 / 521	90,0	88,0
Slagelse Sygehus	Nej	303 / 372	0 (0)	81,5	(77,1-85,3)	327 / 381	85,8	83,5
Syddanmark	Nej	1.475 / 1.644	0 (0)	89,7	(88,2-91,1)	1.592 / 1.791	88,9	88,7
Odense Universitetshospital, Odense	Nej	339 / 379	0 (0)	89,4	(85,9-92,4)	324 / 367	88,3	91,0
Odense Universitetshospital, Svendborg	Nej	254 / 293	0 (0)	86,7	(82,3-90,4)	298 / 338	88,2	88,8
Sydvestjysk Sygehus	Ja	230 / 242	0 (0)	95,0	(91,5-97,4)	242 / 260	93,1	89,7
Sygehus Lillebælt	Nej	382 / 435	0 (0)	87,8	(84,4-90,7)	429 / 495	86,7	85,1
Sygehus Sønderjylland	Ja	270 / 295	0 (0)	91,5	(87,7-94,4)	299 / 331	90,3	90,8
Midtjylland	Nej	1.531 / 1.740	0 (0)	88,0	(86,4-89,5)	1.622 / 1.876	86,5	86,7
Aarhus Universitetshospital	Nej	367 / 411	0 (0)	89,3	(85,9-92,1)	383 / 437	87,6	87,6
Hospitalsenhed Midt	Nej	298 / 336	0 (0)	88,7	(84,8-91,9)	320 / 368	87,0	85,5
Hospitalsenheden Vest	Nej	258 / 301	0 (0)	85,7	(81,2-89,5)	349 / 424	82,3	86,2
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	98 / 115	0 (0)	85,2	(77,4-91,1)			100,0
Regionshospitalet Horsens	Nej	228 / 255	0 (0)	89,4	(85,0-92,9)	251 / 288	87,2	89,4
Regionshospitalet Randers	Nej	282 / 322	0 (0)	87,6	(83,5-91,0)	319 / 359	88,9	85,3
Nordjylland	Nej	651 / 728	0 (0)	89,4	(87,0-91,6)	709 / 785	90,3	91,3
Aalborg Universitetshospital	Ja	552 / 605	0 (0)	91,2	(88,7-93,4)	639 / 705	90,6	91,3
Regionshospital Nordjylland	Nej	99 / 123	0 (0)	80,5	(72,4-87,1)	70 / 80	87,5	

Betablokkere og ACE-hæmmere

Tabellen nedenfor viser andelen af patienter med AKS og LVEF ≤ 40 , som har indløst recept på betablokkere og/eller ACE-hæmmere senest 30 dage efter udskrivelse fra sygehus.

Indikator S15_16: Andel af patienter med verificeret AKS og LVEF ≤ 40 , som har indløst recept på beta-blokker eller ACE-hæmmer senest 30 dage efter udskrivelse

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		270 / 284	39 (12)	95,1	(91,9-97,3)	271 / 295	91,9	94,4
Hovedstaden		140 / 146	17 (10)	95,9	(91,3-98,5)	105 / 109	96,3	96,3
Sjælland		43 / 43	13 (23)	100,0	(91,8-100,0)	112 / 129	86,8	97,8
Syddanmark		3 / 3	0 (0)	100,0	(29,2-100,0)	3 / 3	100,0	100,0
Midtjylland		83 / 91	9 (9)	91,2	(83,4-96,1)	51 / 54	94,4	87,2
Nordjylland		#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	0 / 0		100,0
Hovedstaden		140 / 146	17 (10)	95,9	(91,3-98,5)	105 / 109	96,3	96,3
Amager og Hvidovre Hospital		42 / 43	2 (4)	97,7	(87,7-99,9)	19 / 19	100,0	100,0
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler		42 / 44	2 (4)	95,5	(84,5-99,4)	27 / 30	90,0	100,0
Bornholms Hospital		0 / 0				#/#	100,0	
Herlev og Gentofte Hospital		6 / 6	3 (33)	100,0	(54,1-100,0)	10 / 10	100,0	100,0
Nordsjællands Hospital		38 / 40	7 (15)	95,0	(83,1-99,4)	29 / 30	96,7	83,3
Rigshospitalet, Blegdamsvej		7 / 8	2 (20)	87,5	(47,3-99,7)	11 / 11	100,0	
Rigshospitalet, Glostrup		5 / 5	1 (17)	100,0	(47,8-100,0)	7 / 7	100,0	100,0
Sjælland		43 / 43	13 (23)	100,0	(91,8-100,0)	112 / 129	86,8	97,8
Holbæk Sygehus		6 / 6	1 (14)	100,0	(54,1-100,0)	21 / 21	100,0	90,0
Nykøbing F. Sygehus		5 / 5	0 (0)	100,0	(47,8-100,0)	35 / 45	77,8	100,0
Sjællands Universitetshospital		8 / 8	2 (20)	100,0	(63,1-100,0)	24 / 28	85,7	100,0
Slagelse Sygehus		24 / 24	10 (29)	100,0	(85,8-100,0)	32 / 35	91,4	100,0
Syddanmark		3 / 3	0 (0)	100,0	(29,2-100,0)	3 / 3	100,0	100,0
Odense Universitetshospital, Odense		#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	0 / 0		100,0

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Sydvestjysk Sygehus		0 / 0				3 / 3	100,0	100,0
Sygehus Lillebælt		#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	0 / 0		
Sygehus Sønderjylland		#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	0 / 0		
Midtjylland		83 / 91	9 (9)	91,2	(83,4-96,1)	51 / 54	94,4	87,2
Aarhus Universitetshospital		40 / 45	2 (4)	88,9	(75,9-96,3)	22 / 24	91,7	86,7
Hospitalsenhed Midt		6 / 6	0 (0)	100,0	(54,1-100,0)	5 / 5	100,0	100,0
Hospitalsenheden Vest		#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	#/#	100,0	100,0
Regionshospitalet Horsens		31 / 33	7 (18)	93,9	(79,8-99,3)	17 / 18	94,4	50,0
Regionshospitalet Randers		5 / 6	0 (0)	83,3	(35,9-99,6)	5 / 5	100,0	100,0
Nordjylland		#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	0 / 0		100,0
Aalborg Universitetshospital		0 / 0				0 / 0		100,0
Regionshospital Nordjylland		#/#	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	0 / 0		

Henvisning til hjerterehabilitering

Hjerterehabilitering (verificeret AKS)

	I alt	Ja, patienten accepterer		Ja, patienten afslår		Nej, ikke relevant	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Danmark	1.399	1.200	85,8	30	2,1	169	12,1
Hovedstaden	572	506	88,5	8	1,4	58	10,1
Sjælland	235	203	86,4	7	3,0	25	10,6
Syddanmark	12	6	50,0	#	8,3	5	41,7
Midtjylland	575	482	83,8	14	2,4	79	13,7
Nordjylland	5	3	60,0			#	40,0
Hovedstaden	572	506	88,5	8	1,4	58	10,1

	I alt Antal	Ja, patienten accepterer		Ja, patienten afslår		Nej, ikke relevant	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Amager og Hvidovre Hospital	142	128	90,1			14	9,9
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	196	182	92,9			14	7,1
Bornholms Hospital	#	#	100,0				
Herlev og Gentofte Hospital	55	48	87,3	4	7,3	3	5,5
Nordsjællands Hospital	123	95	77,2	4	3,3	24	19,5
Rigshospitalet, Blegdamsvej	29	27	93,1			#	6,9
Rigshospitalet, Glostrup	26	25	96,2			#	3,8
Sjælland	235	203	86,4	7	3,0	25	10,6
Holbæk Sygehus	22	20	90,9			#	9,1
Nykøbing F. Sygehus	19	18	94,7			#	5,3
Sjællands Universitetshospital	77	70	90,9	3	3,9	4	5,2
Slagelse Sygehus	117	95	81,2	4	3,4	18	15,4
Syddanmark	12	6	50,0	#	8,3	5	41,7
Odense Universitetshospital, Odense	3			#	33,3	#	66,7
Sydvestjysk Sygehus	#	#	100,0				
Sygehus Lillebælt	6	3	50,0			3	50,0
Sygehus Sønderjylland	#	#	100,0				
Midtjylland	575	482	83,8	14	2,4	79	13,7
Aarhus Universitetshospital	272	221	81,3	5	1,8	46	16,9
Hospitalsenhed Midt	52	45	86,5	#	1,9	6	11,5
Hospitalsenheden Vest	16	12	75,0	#	12,5	#	12,5
Regionshospitalet Gødstrup	9	7	77,8			#	22,2
Regionshospitalet Horsens	205	179	87,3	6	2,9	20	9,8
Regionshospitalet Randers	21	18	85,7			3	14,3

	I alt	Ja, patienten accepterer		Ja, patienten afslår		Nej, ikke relevant	
		Antal	Antal	%	Antal	%	Antal
Nordjylland	5	3	60,0			#	40,0
Aalborg Universitetshospital	3	#	66,7			#	33,3
Regionshospitalet Nordjylland	#	#	50,0			#	50,0

30-dages dødelighed blandt patienter med NSTEMI

Indikator S18b: Andel af patienter med NSTEMI-AKS (ekskl. UAP) som er døde ≤ 30 dage efter First Medical Contact (FMC)

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≤ 7,5%			01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	338 / 4.895	0 (0)	6,9	(6,2-7,7)	334 / 5.410	6,2	6,4
Hovedstaden	Ja	93 / 1.317	0 (0)	7,1	(5,7-8,6)	101 / 1.525	6,6	7,3
Sjælland	Nej	87 / 1.089	0 (0)	8,0	(6,4-9,8)	79 / 1.078	7,3	7,7
Syddanmark	Ja	49 / 920	0 (0)	5,3	(4,0-7,0)	55 / 1.120	4,9	4,6
Midtjylland	Ja	63 / 1.085	0 (0)	5,8	(4,5-7,4)	68 / 1.182	5,8	5,8
Nordjylland	Nej	46 / 484	0 (0)	9,5	(7,0-12,5)	31 / 505	6,1	6,0

1-års dødelighed blandt patienter med NSTEMI

Indikator S19b: Andel af patienter med NSTE-AKS (ekskl. UAP) som er døde ≤ 365 dage efter First Medical Contact (FMC)

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 13,5%			01.07.2020 - 30.06.2021		2019/20	
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel
Danmark	Nej	762 / 5.410	0 (0)	14,1	(13,2-15,0)	795 / 5.487	14,5
Hovedstaden	Nej	228 / 1.525	0 (0)	15,0	(13,2-16,8)	247 / 1.608	15,4
Sjælland	Nej	183 / 1.078	0 (0)	17,0	(14,8-19,4)	192 / 1.121	17,1
Syddanmark	Ja	131 / 1.120	0 (0)	11,7	(9,9-13,7)	124 / 1.111	11,2
Midtjylland	Ja	158 / 1.182	0 (0)	13,4	(11,5-15,4)	169 / 1.197	14,1
Nordjylland	Ja	62 / 505	0 (0)	12,3	(9,5-15,5)	63 / 450	14,0

Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

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

Patienter med brystmerter udgør en meget stor andel af akutte indlæggelser i Danmark. En mindre men dog væsentlig del af disse patienter (estimeret ca. 20%) har AKS. AKS omfatter tilstandene akut myokardieinfarkt (AMI) og ustabil angina pectoris (UAP). Intensiteten og varigheden af den akutte iskæmiske tilstand er bestemmende for, om der udvikles irreversibel myokardieiskæmi og dermed 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
- DI23* Komplikationer i efterforløbet af akut myokardieinfarkt
- DI24* Andre former for akut iskæmisk hjertesygdom

* Inkl. alle underkoder

Patienter som opfylder inklusionskriterierne skal indberettes til databasen via den etablerede webservice eller via et dedikeret indtastningssystem (KMS). Den endelige diagnose verificeres af udskrivende hjerteafdeling og indberettes til databasen som "STEMI" (ST-elevations myokardieinfarkt), "NSTEMI" (Non ST-elevations myokardieinfarkt), "BBBMI" (bundle branch block MI, grenbloks myokardieinfarkt), "UAP" eller "IKKE AKS" (Patienten har fået en AKS-diagnose i LPR under indlæggelsesforløbet, som efter endt iskæmiudredning frafaldes).

Der henvises til Appendiks (se side 98) for en oversigt over klassifikationen af diagnosekoderne i AKS, STEMI og NSTEMI-AKS (NSTEMI og UAP).

Behandlingen af patienter med AKS er kompliceret og kræver veludviklede tværfaglige, tværsektorielle og transregionale integrerede behandlingssystemer for at sikre behandling på højeste faglige niveau, uafhængigt af geografi og demografi. Evidensen for korrekt behandling af patienter med AKS er særdeles velbelyst og beskrevet detaljeret i internationale guidelines og i den nationale behandlingsvejledning. Der henvises til dokumentalistrapporten for databasen (https://www.rkkp.dk/siteassets/de-kliniske-kvalitetsdatabaser/databaser/danaks/ny-danaks/2018-05-14-dokumentalistrapport-for-akut-koronart-syndrom_final.pdf) for en gennemgang af baggrunden for de enkelte kvalitetsindikatorer.

Datagrundlag

Indberetning til databasen

Indberetning til DanAKS kan ske enten via databasens webservice direkte fra regionernes EPJ-systemer eller ved dedikeret indberetning i KMS. For Region Hovedstaden og Region Sjælland sker indberetning til databasen via webservice direkte fra Sundhedsplatformen. Tilsvarende foregår indberetningen fra Region Midtjylland i SFI'er i MidtEPJ til databasens webservice. Region Syddanmark og Region Nordjylland har siden henholdsvis maj og marts 2022 tilsvarende indtastet data i SFI'er, men modulet til indlevering af data til webservice er endnu ikke udviklet, så man har reelt ikke har overblik over indberetningen i disse to regioner. KMS-løsningen er ikke blevet benyttet i den aktuelle opgørelsesperiode (de få forløb, som en indberettet for Region Syddanmark og Region Nordjylland i den aktuelle opgørelsesperiode, er blevet indberettet til DanAKS af hospitaler i en af de øvrige tre regioner og efterfølgende tilskrevet den sidste hjerteafdeling i det sammenhængende indlæggelsesforløb).

Datakomplethed

Datakompletheden for indikatorerne, som er baseret på indberettede forløb (indikator 11, 12, S15, S16 og 17), er moderat til høj. For indikator 11 (risikoestimering), indikator 12 (EKKO) og indikator 17 (hjerterehabilitering) er der ingen af de relevante indberettede forløb, som mangler oplysninger for at kunne indgå i indikatorberegningen. For indikator S15 (betablokker) og S16 (ACE-hæmmer) er der på landsplan 12% af de relevante forløb, som ikke har tilstrækkelige oplysninger til at indgå i indikatorberegningen (LVEF er uoplyst). Der er endvidere nogen variation i andelen af uoplyste på tværs af regioner og hospitaler for disse to indikatorer.

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

Datakvalitet omfatter udover datakomplethed (er alle relevante variable registreret for det enkelte forløb?) også dækningsgrad af patientregistrering (er alle relevante patienter i databasen?). Der henvises til kapitlet i starten af rapporten vedr. dækningsgrad (side 12).

Data i den aktuelle rapport

Årsrapporten 2022 indeholder data for det aktuelle opgørelsesår 1. juli 2021 – 30. juni 2022 samt de to foregående år. Rapportens analyser er baseret på dataudtræk foretaget d. 27. september 2022.

Styregruppens medlemmer

Titel/navn	Ansæt	Repræsentant/rolle
Formandskab		
Professor, overlæge, dr.med., ph.d. Christian Juhl Terkelsen	Aarhus Universitetshospital	Dansk Cardiologisk Selskab (DCS)
Medlemmer		
Overlæge, ph.d. Carsten Stengaard	Aarhus Universitetshospital	Evidensspecialist
Overlæge Jens Aarøe	Aalborg Universitetshospital	Region Nordjylland
Overlæge Lisette Okkels Jensen	Odense Universitetshospital	Region Syddanmark
Ledende overlæge, ph.d. Michael Mundt Ottesen	Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Region Sjælland
Overlæge Lia Bang	Rigshospitalet	Region Hovedstaden
Overlæge Frants Pedersen	Rigshospitalet	Region Hovedstaden
Overlæge, ph.d. Ole Ahlehoff	Rigshospitalet	Region Hovedstaden
Ledende overlæge Troels Martin Hansen	Den landsdækkende akutlægehelikopter	Akutlægehelikopter
Klinisk sygeplejespecialist, ph.d. Pernille Palm	Rigshospitalet	FS K&T /DASYS
Overlæge, ph.d. Jess Lambrechtsen	Odense Universitetshospital	Region Syddanmark
Overlæge, ph.d. Birgit Jurlander	Nordsjællands Hospital, Hillerød	Region Hovedstaden
Overlæge Mads Andersen	Aarhus Universitetshospital	Region Midtjylland
Lene Birgit Svanberg Skov	Repræsenterer patienter for DanAKS databasen	Patientrepræsentant
Christian Joshua Korsgaard	Repræsenterer patienter for DanAKS databasen	Patientrepræsentant
Klinisk epidemiolog, ph.d. Camilla Plambeck Hansen	RKKP's Videncenter – Afdeling for databaseområde 1: Hjerne/kar, Kirurgi og Akutområdet	Klinisk epidemiolog
Kvalitetskonsulent, ph.d. Anne Nakano	RKKP's Videncenter – Afdeling for databaseområde 1: Hjerne/kar, Kirurgi og Akutområdet Region Midtjylland	Kontaktperson og Repræsentant for dataansvarlig myndighed
Datamanager Carsten Agger	RKKP's Videncenter – Afdeling for databaseområde 1: Hjerne/kar, Kirurgi og Akutområdet	Datamanager

DASYS: Dansk Sygeplejeselskab

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

DCS: Dansk Cardiologisk Selskab

Appendiks

Dækningsgrad for akut myokardieinfarkt (AMI)

Dækningsgrad for AMI

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		1.410 / 8.271	0 (0)	17,0	(16,2-17,9)	1.367 / 8.768	15,6	7,3
Hovedstaden		606 / 2.343	0 (0)	25,9	(24,1-27,7)	478 / 2.478	19,3	4,9
Sjælland		231 / 1.608	0 (0)	14,4	(12,7-16,2)	574 / 1.674	34,3	13,7
Syddanmark		12 / 1.712	0 (0)	0,7	(0,4-1,2)	16 / 1.845	0,9	5,3
Midtjylland		556 / 1.824	0 (0)	30,5	(28,4-32,7)	297 / 1.952	15,2	9,6
Nordjylland		5 / 784	0 (0)	0,6	(0,2-1,5)	##	0,2	0,3
Hovedstaden		606 / 2.343	0 (0)	25,9	(24,1-27,7)	478 / 2.478	19,3	4,9
Amager og Hvidovre Hospital		141 / 373	0 (0)	37,8	(32,9-42,9)	70 / 442	15,8	5,7
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler		219 / 297	0 (0)	73,7	(68,3-78,7)	117 / 332	35,2	10,9
Bornholms Hospital		##	0 (0)	1,0	(0,0-5,6)	4 / 72	5,6	0,0
Herlev og Gentofte Hospital		50 / 734	0 (0)	6,8	(5,1-8,9)	74 / 766	9,7	5,2
Nordsjællands Hospital		136 / 375	0 (0)	36,3	(31,4-41,4)	154 / 425	36,2	3,9
Rigshospitalet, Blegdamsvej		31 / 308	0 (0)	10,1	(6,9-14,0)	37 / 292	12,7	1,9
Rigshospitalet, Glostrup		28 / 158	0 (0)	17,7	(12,1-24,6)	22 / 149	14,8	0,6
Sjælland		231 / 1.608	0 (0)	14,4	(12,7-16,2)	574 / 1.674	34,3	13,7
Holbæk Sygehus		22 / 332	0 (0)	6,6	(4,2-9,9)	97 / 352	27,6	10,6
Nykøbing F. Sygehus		22 / 326	0 (0)	6,7	(4,3-10,0)	124 / 374	33,2	10,7
Sjællands Universitetshospital		71 / 555	0 (0)	12,8	(10,1-15,9)	158 / 543	29,1	13,8
Slagelse Sygehus		116 / 395	0 (0)	29,4	(24,9-34,1)	195 / 405	48,2	18,5
Syddanmark		12 / 1.712	0 (0)	0,7	(0,4-1,2)	16 / 1.845	0,9	5,3
Odense Universitetshospital, Odense		3 / 414	0 (0)	0,7	(0,1-2,1)	##	0,2	0,8

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Odense Universitetshospital, Svendborg		0 / 297	0 (0)	0,0	(0,0-1,2)	##	0,3	0,0
Sydvestjysk Sygehus		##	0 (0)	0,4	(0,0-2,2)	14 / 265	5,3	28,9
Sygehus Lillebælt		6 / 446	0 (0)	1,3	(0,5-2,9)	0 / 500	0,0	0,2
Sygehus Sønderjylland		##	0 (0)	0,7	(0,1-2,3)	0 / 338	0,0	0,3
Midtjylland		556 / 1.824	0 (0)	30,5	(28,4-32,7)	297 / 1.952	15,2	9,6
Aarhus Universitetshospital		256 / 456	0 (0)	56,1	(51,4-60,8)	144 / 477	30,2	33,8
Hospitalsenhed Midt		49 / 343	0 (0)	14,3	(10,8-18,4)	29 / 376	7,7	1,9
Hospitalsenheden Vest		15 / 310	0 (0)	4,8	(2,7-7,9)	6 / 438	1,4	1,1
Regionshospitalet Gødstrup		9 / 118	0 (0)	7,6	(3,5-14,0)			0,0
Regionshospitalet Horsens		206 / 269	0 (0)	76,6	(71,1-81,5)	104 / 299	34,8	2,2
Regionshospitalet Randers		21 / 328	0 (0)	6,4	(4,0-9,6)	14 / 362	3,9	3,4
Nordjylland		5 / 784	0 (0)	0,6	(0,2-1,5)	##	0,2	0,3
Aalborg Universitetshospital		3 / 652	0 (0)	0,5	(0,1-1,3)	##	0,3	0,3
Regionshospital Nordjylland		##	0 (0)	1,5	(0,2-5,4)	0 / 81	0,0	

Dækningsgrad for ustabil angina pectoris (UAP)

Dækningsgrad for UAP

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		106 / 1.070	0 (0)	9,9	(8,2-11,9)	137 / 1.291	10,6	4,6
Hovedstaden		43 / 389	0 (0)	11,1	(8,1-14,6)	53 / 591	9,0	4,0
Sjælland		22 / 272	0 (0)	8,1	(5,1-12,0)	58 / 246	23,6	8,9
Syddanmark		0 / 164	0 (0)	0,0	(0,0-2,2)	#/#	0,6	2,1
Midtjylland		41 / 155	0 (0)	26,5	(19,7-34,1)	25 / 188	13,3	5,2
Nordjylland		0 / 90	0 (0)	0,0	(0,0-4,0)	0 / 106	0,0	0,0
Hovedstaden		43 / 389	0 (0)	11,1	(8,1-14,6)	53 / 591	9,0	4,0
Amager og Hvidovre Hospital		12 / 96	0 (0)	12,5	(6,6-20,8)	11 / 128	8,6	1,1
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler		15 / 28	0 (0)	53,6	(33,9-72,5)	13 / 60	21,7	3,3
Bornholms Hospital		0 / 11	0 (0)	0,0	(0,0-28,5)	#/#	3,1	0,0
Herlev og Gentofte Hospital		10 / 169	0 (0)	5,9	(2,9-10,6)	12 / 214	5,6	7,5
Nordsjællands Hospital		#/#	0 (0)	4,3	(0,5-14,5)	9 / 78	11,5	2,8
Rigshospitalet, Blegdamsvej		3 / 24	0 (0)	12,5	(2,7-32,4)	7 / 45	15,6	0,0
Rigshospitalet, Glostrup		#/#	0 (0)	7,1	(0,2-33,9)	0 / 34	0,0	0,0
Sjælland		22 / 272	0 (0)	8,1	(5,1-12,0)	58 / 246	23,6	8,9
Holbæk Sygehus		#/#	0 (0)	2,4	(0,1-12,9)	#/#	4,8	2,7
Nykøbing F. Sygehus		#/#	0 (0)	1,6	(0,0-8,7)	19 / 58	32,8	4,1
Sjællands Universitetshospital		12 / 112	0 (0)	10,7	(5,7-18,0)	17 / 82	20,7	13,3
Slagelse Sygehus		8 / 57	0 (0)	14,0	(6,3-25,8)	20 / 64	31,3	8,3
Syddanmark		0 / 164	0 (0)	0,0	(0,0-2,2)	#/#	0,6	2,1
Odense Universitetshospital, Odense		0 / 30	0 (0)	0,0	(0,0-11,6)	#/#	2,8	0,0
Odense Universitetshospital, Svendborg		0 / 32	0 (0)	0,0	(0,0-10,9)	0 / 32	0,0	0,0

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21		2019/20
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Sydvestjysk Sygehus		0 / 20	0 (0)	0,0	(0,0-16,8)	0 / 16	0,0	25,0
Sygehus Lillebælt		0 / 58	0 (0)	0,0	(0,0-6,2)	0 / 51	0,0	0,0
Sygehus Sønderjylland		0 / 24	0 (0)	0,0	(0,0-14,2)	0 / 25	0,0	0,0
Midtjylland		41 / 155	0 (0)	26,5	(19,7-34,1)	25 / 188	13,3	5,2
Aarhus Universitetshospital		25 / 47	0 (0)	53,2	(38,1-67,9)	16 / 52	30,8	20,6
Hospitalsenhed Midt		4 / 31	0 (0)	12,9	(3,6-29,8)	#/#	4,8	0,0
Hospitalsenheden Vest		#/#	0 (0)	4,4	(0,1-21,9)	0 / 38	0,0	0,0
Regionshospitalet Gødstrup		0 / 9	0 (0)	0,0	(0,0-33,6)			
Regionshospitalet Horsens		10 / 18	0 (0)	55,6	(30,8-78,5)	6 / 16	37,5	3,6
Regionshospitalet Randers		#/#	0 (0)	3,7	(0,1-19,0)	#/#	2,5	1,4
Nordjylland		0 / 90	0 (0)	0,0	(0,0-4,0)	0 / 106	0,0	0,0
Aalborg Universitetshospital		0 / 84	0 (0)	0,0	(0,0-4,3)	0 / 103	0,0	0,0
Regionshospital Nordjylland		0 / 6	0 (0)	0,0	(0,0-45,9)	0 / 3	0,0	

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
- DI23* Komplikationer i efterforløbet af akut myokardieinfarkt
- DI24* Andre former for akut iskæmisk hjertesygdom

* 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 diagnosekoderne DI23* og DI24* 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 DI23* eller DI24* udgjorde i det aktuelle opgørelsesår mindre end 2% af det samlede antal AKS-forløb i LPR (se tabellen over diagnosekoder for forløb i LPR på side 79).

Tabel: Klassifikation af diagnosekoder fra Landspatientregisteret

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

Oversigt over hjertecentre i Danmark

Der findes fire højtspecialiserede centre i Danmark som rutinemæssigt foretager primær PCI (Perkutan Coronar Intervention, ballonudvidelse) af STEMI patienter:

- Rigshospitalet (130103: Hjertemedicinsk Klinik, B; 130128: Traumecenter og Akut Modtagelse, TC)
- Odense Universitetshospital (4202020: Hjertemedicinsk Afdeling B)
- Aarhus Universitetshospital (662002: Hjertesygdomme Overafdeling)
- Aalborg Universitetshospital (8001031: Alb Kardiologisk Afd.)

Oversigt over akutte hjertemodtagelser i de fem regioner

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

Region Hovedstaden

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

Region Sjælland

- Nykøbing F. Sygehus: 322691000016006 (NFS Akutafd., Skadestue), 230741000016003 (NFS Medicinsk Afd.)
- Slagelse Sygehus: 968171000016000 (SLA Kardiologi – Overafdeling), 322661000016002 (SLA Akutafdeling-Overafdeling)
- Sjællands Universitetshospital: 223491000016007 (Kardiologisk Sengeafs. 71, ROS), 605181000016005 (Kardiologisk Sengeafs. 75, ROS), 322571000016006 (KOE Akut Afd., Skadestue), 431761000016008 (ROS Kardiologisk Lab), 441751000016006 (KOE Skade, Roskilde)
- Holbæk Sygehus: 666691000016009 (Hjertemedicinsk Modt.44.4, HOL), 227041000016002 (Kardiolog. Sengeafs. 43.3, HOL)

Region Syddanmark

- Odense Universitetshospital: 4202020 (Hjertemedicinsk Afdeling B), 4202730 (OUH Medicinsk Afsnit (Svendborg))
- Sygehus Lillebælt: 6008310 (SLB Hjertemedicinsk Afsnit (Vejle)), 6008311 (SLB Hjertesygdomme Senge (Kolding))
- Sydvestjysk Sygehus: 550122B (SVS FAM Hjertemedicinsk afsnit (Esbjerg)), 5501052 (SVS Kardiologisk afsnit (Esbjerg))
- Sygehus Sønderjylland: 5000501 (SHS Hjertesygdomme Sengeafsnit (Aabenraa)), 547801000016004 (SOR kode) (FAM Hjertemedicinsk Sengeafsnit)

Region Midtjylland

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

Region Nordjylland

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

Regionale kommentarer

Region Sjælland

En alt for lav dækningsgrad i hele landet, men specielt i RegSj 12,5%. Region Sjælland har iværksat proces for bedre udbredelse af viden og brug af de løbende data, der modtages i regionens ledelsesinformationssystem.

Indikator 5 og S4: Regionerne har ikke indberettet alle afdelinger der modtager akutte hjertepatienter.

S13 – i AKS kohorten er der en del ustabil angina, som ikke har plaque ruptur og ikke er stentet – hvorfor de ikke skal have DAPT, men umiddelbart virker 64,9% meget lavt.

Indikator 11: Der mangler fokus på dokumentation af hurtig risikoestimering. Det vurderes at estimeringen foretages, men ikke dokumenteres.

Region Nordjylland

Region Nordjylland har ikke indberettet til databasen via KMS, og dermed indeholder årsrapporten ikke komplette data fra RN. For at nedbringe omfanget af dobbeltregistrering, har der siden databasens etablering været arbejdet henimod at sikre datafangst fra det regionale EPJ system. Pga. forskellige forhold, herunder COVID og skift til nyt EPJ system, er der endnu ikke sikret datafangst og indberetning via en webservice til RKKP. Efter idriftsætning af det nye EPJ system, slut marts 2022, registreres data til databasen via en skabelon i systemet. Dermed er klinikken påbegyndt registrering af de relevante data til databasen. Registreringerne er under validering, og det forventes at data vil indberettes til databasens webservices i løbet af 1. kvartal 2023. Der vil indberettes data bagudrettet, som minimum for kommende årsrapportperiode.

