



Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD)

Årsrapport 2023

1. januar 2023 – 31. december 2023

Offentliggjort 11.06.2024

Indhold

Indledning	1
Resultater og konklusion	2
Indikator 1: Ambulant opfølgning	3
Indikator 2: Deltagelse	4
Indikator 3: Kostscreening	5
Indikator 7: LDL-kolesterol	6
Indikator 8: Blodtryk	7
Regionale og kommunale kommentarer	8
Links til supplerende bilag	9

Indledning

Velkommen til DHRD-årsrapport for hele 2023 – en helt ny årsrapport i et helt nyt format!

Hermed udgives den første årsrapport fra Dansk Hjerterehabileringsdatabase efter overgangen til et nyt indikatorsæt pr 1/1/23 - og samtidig introducerer vi et nyt format for afrapportering. Rapporten omhandler kun hjerterehabilering for patienter efter AMI, PCI og CABG.

Hvorfor har vi nytænkt databasen?

Organiseringen af hjerterehabilering i Danmark er blevet en fælles opgave mellem de forskellige aktører i sundhedsvæsenet; en stor andel af patienternes rehabilitering – f.eks. træning, undervisning, opfølgning og efterbehandling, varetages i dag i den kommunale sektor og praksissektoren. Den samlede behandling, der gives, er derfor en sum af ydelser på tværs af flere sektorer. Arbejdet med kvalitetsdata i tværsektorielt perspektiv skal understøtte læring i de patientforløb, som sygehuse, almen praksis og kommuner er fælles om. Derfor skal databasen samle data for alle sektorer, som yder rehabilitering.

Endvidere har manuel indberetning til databasen vist sig at være en ganske væsentlig barriere for at opnå komplette data. Derfor har databasen omlagt datakilder til automatisk datafangst fra sygehuse og almen praksis.

Men der mangler fortsat datafangst fra praksissektoren, og fra de kommunale sundhedssystemer. Det bør være et fokuspunkt både af hensyn til kvalitet i rehabiliteringen, patientsikkerhed og sundhedsøkonomi at muliggøre den dataleverance hurtigst muligt.

Hele grundlaget for at monitorere kvaliteten i sundhedssystemet er, at de data, vi putter ind i systemet, er korrekte og dækkende; det er dette redskab, vi skal bruge, for at fange eventuelle problemer med behandlingskvaliteten rettidigt. Det er også det redskab til at prioritere vores ressourcer bedst muligt i en tid, hvor ressourcer i sundhedsvæsenet er begrænsede. Således opfordrer styregruppen til prioritering af snarlig opsætning af automatisk dataleverance fra praksissektoren og kommunerne.

Ny årsrapport i nye klæder – meget kortere!

Vi har glædet os så meget til at præsentere denne udgave, som er vores bud på en helt ny skabelon for årsrapporter fra de kliniske kvalitetsdatabaser.

Vi har ”lagt rapporten ned”, så den passer til computerskærmen. Hver indikator præsenteres på en enkelt side, og her samles hovedresultatet med styregruppens fortolkning og patientens perspektiv, evt. suppleret med gode eksempler til inspiration. Hovedresultatet er nu samlet i en enkelt overblikfigur, og kun nøgletal vises.

Hospitaller og kommuner har de bagvedliggende tal til rådighed. Styregruppen anbefaler, at alle parter samarbejder og fokuserer på daglige returdata til kvalitetsudvikling i hverdagen, og blot anser denne rapport for et mere historisk øjebliksbillede.

Styregruppen arbejder på at kunne levere en dynamisk årsrapport på en elektronisk platform, som også håndterer daglige data. I den form vil årsrapporten i dette format i endnu højere grad blive en fastfrysning af et øjebliksbillede af data.

Hvor er resten af indikatorerne?

Denne rapport indeholder kun resultater for 5 indikatorer. De indikatorer, der har længere opfølgningstid end årsrapportperioden (12 mdr.), kan først opgøres i næste årsrapport. Med andre ord; denne årsrapport er en forløber for de kommende årsrapporter.

Hvorfor får patienterne en klumme?

Det er patienterne, det handler om. Derfor har vi valgt at involvere vores patientrepræsentanter i databasen, og der vil være et patientperspektiv på alle indikatorer i rapporten.

Hvorfor er der gode eksempler i en årsrapport?

Vi ønsker at fremme brugen af datastyret kvalitetsforbedring og vil derfor løbende bringe inspirerende eksempler fra forskellige vinkler.

Hvor er de gamle tabeller og grafer blevet af?

Vi kondenserer rapporten til enkelte og udvalgte figurer, der understøtter budskabet. Samtidig viser vi grafisk, hvordan populationen er dannet, og hvilken andel, der indgår i indikatoren.

Hvad synes du om den nye form for årsrapport?

Denne rapport er udviklet som en forløber for en digital version. Vi modtager meget gerne din feedback og nye inputs til det videre arbejde.

God læselyst på vegne af styregruppen



Charlotte Glümer
Kommunal
Forperson



Ann Bovin
Regional
Forperson



**Anne Katrine
Skibelund**
Patientrepræsentant



Rita Lohman
Patientrepræsentant

Hvem er patienterne?

DHRD inkluderer patienter med AMI, PCI og CABG. Fra et kommunalt perspektiv betyder det, at populationen er anderledes end den man kender fra egne data.

Læs mere om DHRD populationen [her](#).

I kalenderåret 2023 fandt vi **11.143** patienter.

Vi ekskluderede herefter **2.733** patienter

679 havde andet event indenfor 12 mdr.

(Indgik derfor allerede i databasen)

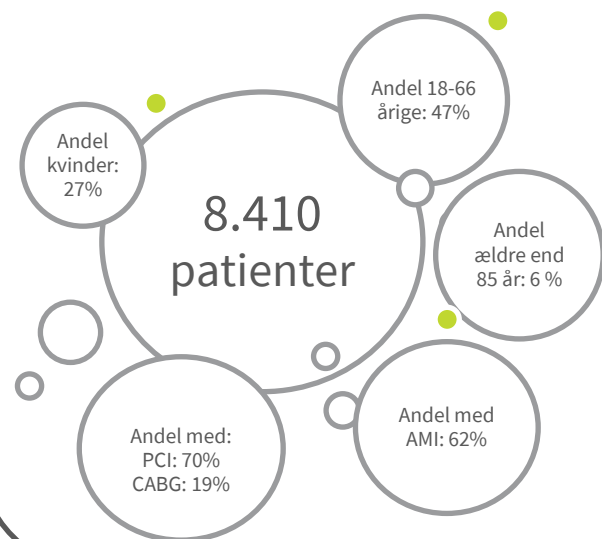
447 døde indenfor 2 uger

(Derfor var rehabilitering ikke relevant)

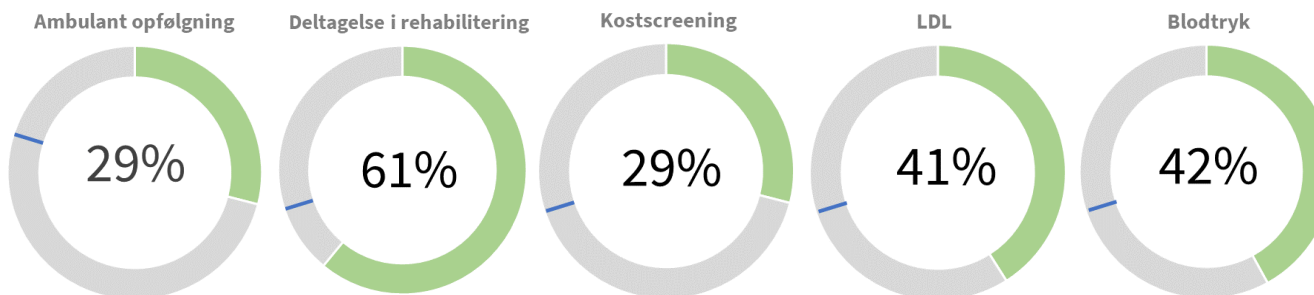
1.607 havde en hjertesvigt-diagnose indenfor +/- 12 mdr.

(Monitoreres derfor i hjertesvigt-databasen)

I alt indgik således:



Hvor mange opfylder målsætningerne på landsplan?



Den blå streg viser indikatorens standard.

Hvad konkluderer vi?

- * Hurtig ambulant opfølgning er udfordret i hele landet. Vi anbefaler et større fokus på den tidlige opfølgning, som er essentiel for tilslutning til efterbehandlingen. Det handler om lokal organisering og prioritering, samt et velfungerende samarbejde mellem de invasive centre og hjerteafdelingerne.
- * Vi er begejstrede over at vise høj deltagelse i rehabilitering og vi nærmer os nu målsætningen på 70% nationalt. Hvis vi skal vise det sande billede, mangler vi data fra flere kommuner. Det skal være en høj prioritet at få løst den udfordring.
- * Det går fortsat trægt med at implementere systematisk kostscreening i Danmark. Store lokale forskelle (0 – 66%) indikerer et betydeligt potentiale for forbedring.
- * Vi skal have flere i mål med behandling af forhøjet blodtryk og LDL-kolesterol. Vi ser frem til næste år at vise 1-års data for LDL fra almen praksis, som kan vise, om almen praksis får dem i mål, som sygehusene ikke får i mål inden afslutning.
- * Styregruppen ønsker endvidere at pointere, at et vigtigt fokusområde er at sikre komplette data på tværs, herunder data fra resten af kommunerne og almen praksis. Først herefter fås et komplet retvisende billede til brug for datastøttet kvalitetsstyring i sundhedssektoren og som hjælp for klinikere og ledere til at vælge klogt.

Indikator 1: Ambulant opfølgning.

Tidlig opfølgning og opstart er afgørende

Der er tiltagende evidens for, at tiden til opfølgning efter udskrivelse og tiden til iværksættelse af rehabiliteringstiltag har betydning for prognosen og livskvaliteten.

Hvad måler vi på?

I denne indikator indgår alle med AMI, PCI eller CABG, ingen er ekskluderet. Alle, som har haft en sygehuskontakt med en relevant A-diagnose < 14 dage fra udskrivelsen, opfylder indikatoren. Hvis den eneste kontakt i det akutte forløb var et invasivt center, og der ikke har været kontakt til hjemstedssygehuset, vil manglende opfyldelse tælle på det invasive centers vægtskål. På landsplan mangler 8% en kontakt til hjemsygehuset efter det primære event. Centrene anbefales derfor at kigge på de løbende data mhp, om henvisning til hjemstedssygehus sker automatisk, og løbende at gå i dialog med regionssygehuse om årsagerne til evt. udfald.

Hvorfor er indikatoren vigtig?

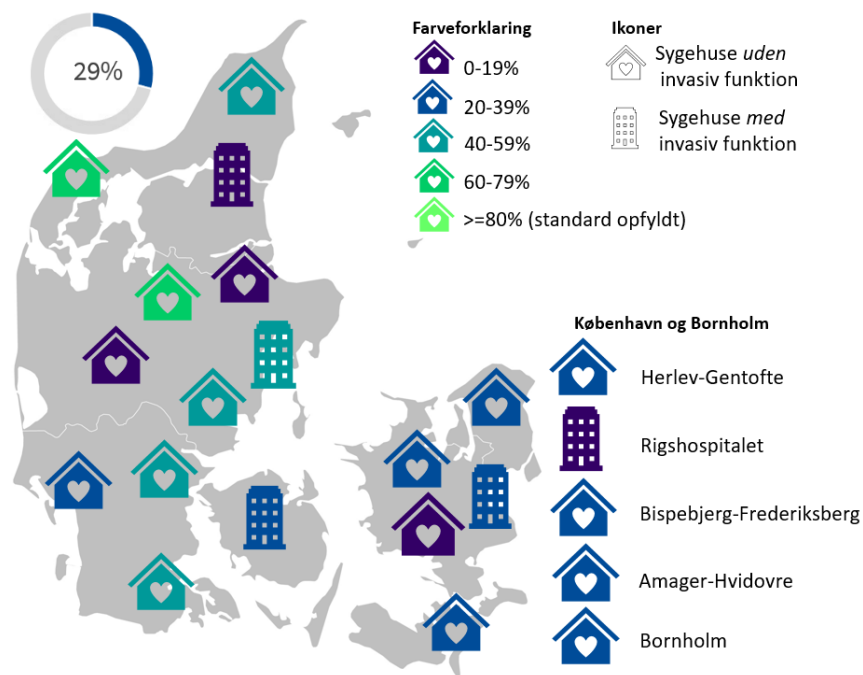
Den akutte indsats i Danmark er toptunet, og indlæggelsestiden efter en akut blodprop i hjertet er få dage og fortsat faldende. Patienterne er udskrevet ofte før de rigtigt har forstået implikationerne og mærket sig selv. I denne tidlige fase er patienterne ofte usikre på deres

symptomer, deres fremtid, og tager deres livsstil op til revision. Symptomer på angst og depression er hyppige i denne fase, og hos 20-25% opstår symptomer i moderat – svær grad som er en væsentlig barriere for adhærens til efterbehandling og for at opnå succes med livsstilsomlægning. Tidlig opfølgning efter indlæggelse er essentiel.

Indikatoren er langt fra opfyldt i Danmark!

Kun 2.480 ud af 8.410 patienter (29%) følges op indenfor de anbefalede 2 uger efter udskrivelse. Regionalt er variationen beskeden på 23-39%, men der er markant forskel mellem sygehusene. Flere hospitaler skiller sig ud ved næsten at opfylde målet på 80%; Hospitalsenhed Midt (70%), Aalborg Universitetshospital, Thisted (60%), Sygehus Lillebælt (56%) og Regionshospitalet Horsens (53%). Imidlertid vil høje tal for målopfyldeelse for

Figur 1. Ambulant opfølgning. Målopfyldeelse vist på hospitalsniveau.



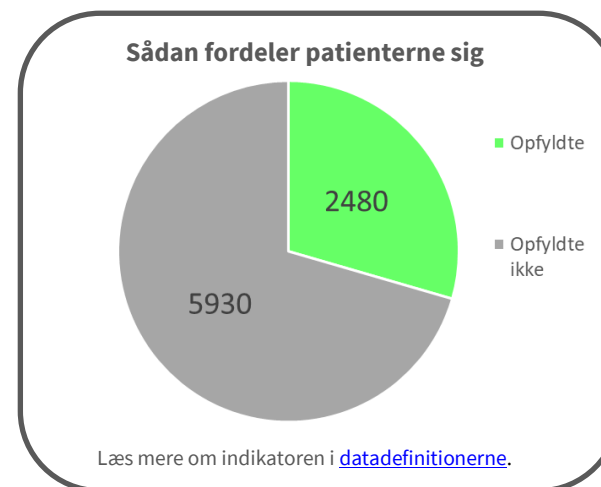
regionssygehuse ikke nødvendigvis afspejle, at alle følges op, men kun indikere ventetiden for patienter, der faktisk følges op. På samme måde vil lav målopfyldeelse for invasive centre også kunne dække over patienter, som slet ikke henvises eller følges op på hjemsygehuset. Indikatoren anbefales forbedret i samarbejde mellem invasive centre og tilknyttede sygehuse.

Patienternes perspektiv

Fokus på rettidig omhu: Når patienten får den rigtige rehabilitering rettidigt, forebygges genindlæggelser og tilbagefald, og der frigøres ressourcer på sygehusene til bedre opfølgning. Tidlig opfølgning er derfor win-win for alle. Tidlig opstart er vigtig, og ventetid i uvished kan være ulidelig. Det giver en utryghed.

Styregruppens anbefalinger

Det anbefales at man både regionalt og lokalt iværksætter en proces for at gennemgå arbejdsgangen for henvisning, visitation, booking og indkaldelse til rehabilitering, mhp at påvise forsinkende elementer og optimere flowet.



Indikator 2: Deltagelse

Deltagelse i rehabilitering er en del af behandlingen

Rehabilitering er ikke bare et supplerende tilbud men en essentiel del af efterbehandlingen.

Hvad måler vi?

Denne indikator er kvantitativ – og ikke kvalitativ. Det betyder, vi kun fanger aktivitet: Vi tæller, om der er aktivitet på mindst én af fire definerede kerneindsatser i rehabiliteringsforløbet indenfor 6 mdr. fra udskrivelsen; om patienterne møder op til mindst en ydelse ved rehabilitering. Kvalitet og indhold måles i de efterfølgende indikatorer.

De fire kerneområder, som bidrager til deltagelse i denne indikator, er:

1. Fysisk træning, 2. Patientundervisning, 3. Diætbehandling og 4. Rygestopintervention.

Hvorfor måler vi ikke på fremmøde længere?

Nogle patienter deltager kun få gange, mens andre gennemfører det fulde forløb. Det er komplekst at registrere, og der er stor variation i rehabiliteringstilbuddene mellem sygehuse og kommuner. Der er heller ikke nødvendigvis sammenhæng imellem fremmøde og udbytte af forløbet. Fokus lægges derimod i den nye database på opnåelse af behandlingsmål, altså på resultatet af den samlede indsats, idet tilbuddene er forskellige, og alle ikke har behov for lige meget.

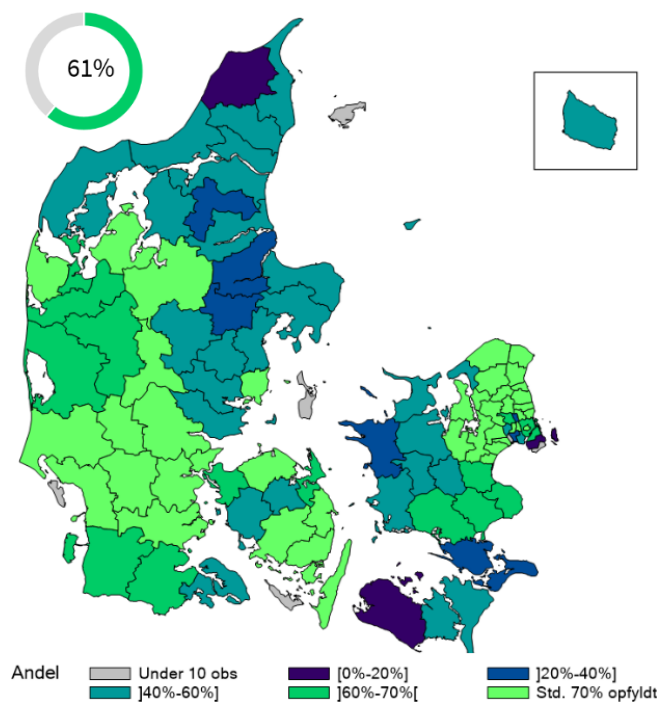
Indikatoren er ikke opfyldt nationalt, men deltagelsen er væsentligt højere end forventet

Vi kan med glæde vise betydeligt højere deltagelse i rehabilitering i 2023 (61%) sammenlignet med 2022 (47%); vi nærmer os så småt nu den fastsatte nationale standard på 70% deltagelse.

Tallene kan dog ikke sammenlignes direkte med 2022, da data stammer fra forskellige datakilder. Det reelle tal er formentlig også lidt højere end 61%, fordi vi stadig mangler at modtage data fra 43 af landets 98 kommuner.

Der bemærkes endvidere en væsentlig forskel i deltagelsen mellem landets kommuner.

Figur 2. Deltagelse. Målopfylldelsen er baseret på data fra både sygehuse og kommuner. Patienterne er fordelt på bopælskommune.

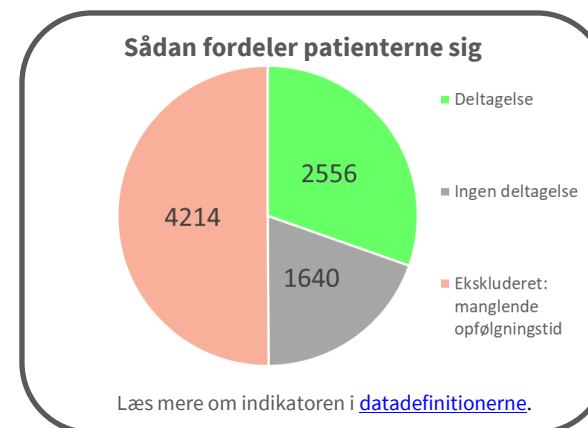


Patienternes perspektiv

Generelt skal der være fokus på patientens behov for hjælp til at forstå og mestre egen sygdom. Som patient har man en forpligtigelse og medansvar til at modtage den behandling og opfølgning, som er så vigtig for ens behandlingsresultat og livskvalitet. Der er stor forskel på den enkeltes ressourcer og behov, og nogle patienter er ikke klar over, at de faktisk har et behov, og har brug for mere støtte. Opfordringen er derfor, at man i højere grad skal informere, motivere og støtte alle i at modtage individuelt tilpasset rehabilitering. Som patient er det vigtigt, at man kan få det samme forløb tilbudt uanset ens bopæl i landet.

Styregruppens anbefaling

Rehabilitering er en sum af ydelser givet på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis. Og kvaliteten af den ydede rehabilitering kan kun vurderes meningsfuldt i samarbejde med de sektorer, som leverer delydelser til patienterne. Styregruppen anbefaler at alle parter, med afsæt i data, etablerer et samarbejde om forståelse og fortolkning af data, som udgangspunkt for datastøttet kvalitetsudvikling.



Indikator 3a: Kostscreening

Kostscreening er første skridt mod diætbehandling

Hvad måler vi på?

Denne indikator måler, om der er registreret kostscreening med Hjertekostskema (sygehus eller kommunalt) eller foretaget en individuel vurdering ved klinisk diætist (kommunalt) ≤ 3 mdr. efter AMI, PCI eller CABG. Anbefalingerne følger den gældende nationale behandlingsvejledning for [hjerterehabilitering](#) og [dyslipidæmi](#).

Hvorfor er diætbehandlingen vigtig?

Diætbehandling er en væsentlig del af behandlingen ved iskæmisk hjertesygdom, og hører under den non-farmakologiske behandling. Diætbehandling er associeret med forbedring på en række parametre (kolesterol, blodtryk og kropsvægt) og forbedret prognose. Effekten af diætbehandling kan måle sig med den medicinske behandling. Læs mere [her](#).

Indikatoren er langt fra opfyldt endnu.

Kun 29% opfyldte indikatoren nationalt; dvs. at de blev screenet med hjertekostskema eller vurderet individuelt ved en klinisk diætist indenfor 3 mdr. fra indlæggelsen med AMI, PCI eller CABG. Der er et stykke vej op til standarden på $> 75\%$. Mellem regionerne varierer målopfyldelsen mellem 19-45%, og mellem sygehuse og kommuner varierer målopfyldelsen 0-66%. Dette indikerer områder med potentiale for forbedring.

Et eksempel til inspiration:

Hvad har I gjort på Fyn?

Som led i implementeringen af det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom blev der tilbage i 2019 nedsat en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra hospitaler, kommuner og almen praksis – benævnes HjerterFyn. Dette arbejde har bl.a. medført, at der er etableret ERFA-grupper for sygeplejersker, fysioterapeuter og kliniske diætister på tværs af region og kommune for bl.a. at styrke det sammenhængende patientforløb. I ERFA-gruppen for kliniske diætister er der arbejdet intensivt med begrebsafklaring og indikatorerne for

indberetning i DHRD for således at medvirke til en ensartet og kontinuerlig indberetning. Dette arbejde har bl.a. medvirket til, at kostscreening ift. diætbehandling er et område med markant fokus. *Ditte Albrektsen, Diætist, Odense Kommune*

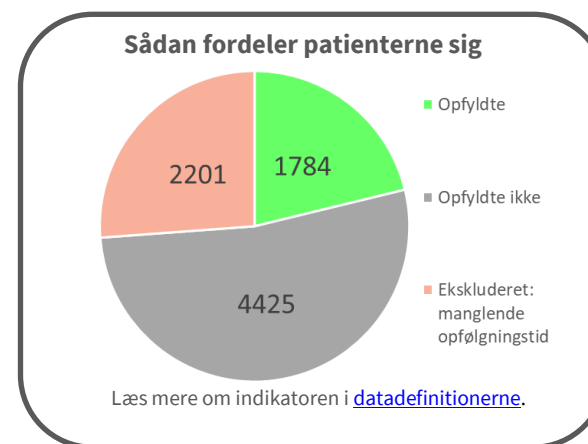
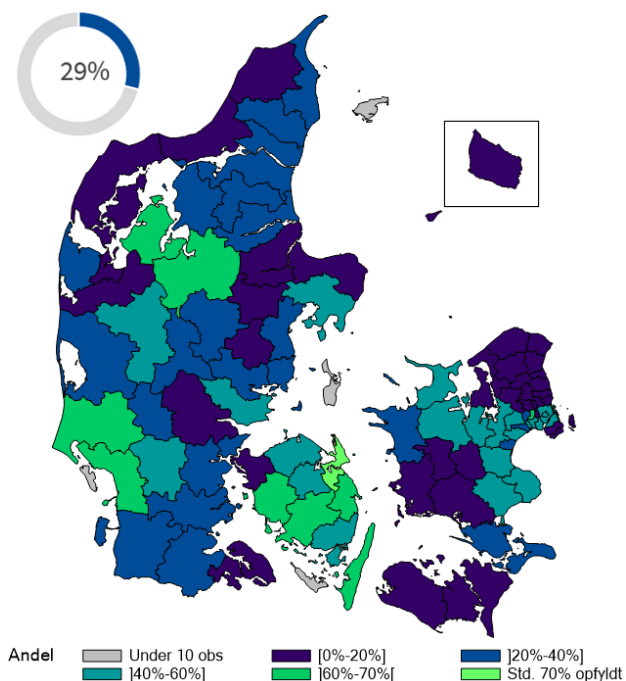
Patienternes perspektiv.

Mange patienter er af den opfattelse, at man allerede lever sundt og spiser hjertesund kost, men alligevel er det langt fra altid, at man lever - eller ved hvordan man lever - i overensstemmelse med sin specifikke sygdom. Derfor er en systematisk screening og et tilbud om diætvejledning essentielt.

Styregruppens anbefaling

Grundet diætbehandlingens positive effekt på prognosen for patienter med iskæmisk hjertesygdom, anbefaler styregruppen fortsat at patienterne senest 3 mdr. efter event screenes med hjertekostskema eller vurderes individuelt ved klinisk diætist. Patienter som har positiv kostscreening, anbefales at få tilbudt diætbehandling.

Figur 3. Kostscreening. Målopfyldelsen er baseret på data fra både sygehuse og kommuner. Patienterne er fordelt på bopælskommune.



Indikator 7a: LDL-kolesterol

Lavt LDL-kolesterol beskytter mod nye hjertetilfælde

Hvad måler vi på?

Denne indikator måler, om LDL-kolesterol behandles som anbefalet. Anbefalingerne følger den gældende nationale behandlingsvejledning. Aktuelt anbefales LDL < 1,4 og samtidig mindst 50% reduktion af LDL fra udgangsværdien. Data hentes automatisk fra Laboratoriedatabasen og dækker alle målinger indenfor de første 6-mdr. (både fra sygehuse og fra almen praksis).

Hvorfor er behandling af kolesterol vigtigt?

Sænkning af LDL-kolesterol reducerer risikoen for et nyt hjertetilfælde med ca. 20% for hver mmol som LDL sænkes med, og der er ikke påvist nogen nedre grænse for LDL, hvor effekten stopper. Behandlingen er derfor en meget vigtig del af den sekundære forebyggelse, der skal nedsætte risikoen for et nyt AMI eller ny revaskularisering.

Målopfyldelsen stadig langt under standard

Regionernes målopfyldelse er mellem 41-45% fraset Region Nordjylland, som har 29% målopfyldelse. Det er samtidig den region, hvor den medicinske efterbehandling i videst

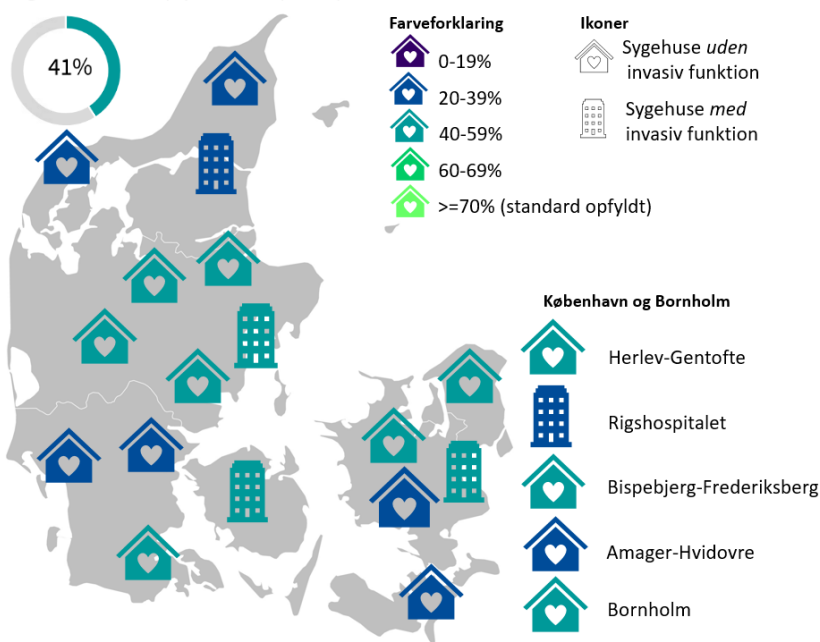
udstrækning er overgået til almen praksis. Det bliver afgørende at se 1-års tal på LDL fra egen læge i årsrapporten 2024, mhp om egen læge får resten af patienterne i mål ved senere opfølgning.

Et eksempel til inspiration:

Hvad har I gjort på Sjællands Universitetshospital, Roskilde?

Alle sygeplejersker har delegeret ordinationsret på statiner og ezetimib. Ved første besøg indenfor 2 uger efter udskrivelsen er der fokus på målopfyldelse og intensiveret medicinsk behandling, hvis LDL-målet ikke er nået. Der følges op med ny blodprøvekontrol og telefonkonsultation, hvor behandlingen yderligere kan intensiveres. Ved afsluttende lægesamtale er der igen blodprøvekontrol. Målopfyldelse på denne

Figur 4. LDL. Målopfyldelse vist på hospitalsniveau.



vigtige indikator er et hyppigt italesat fokusområde for både læger og sygeplejersker.

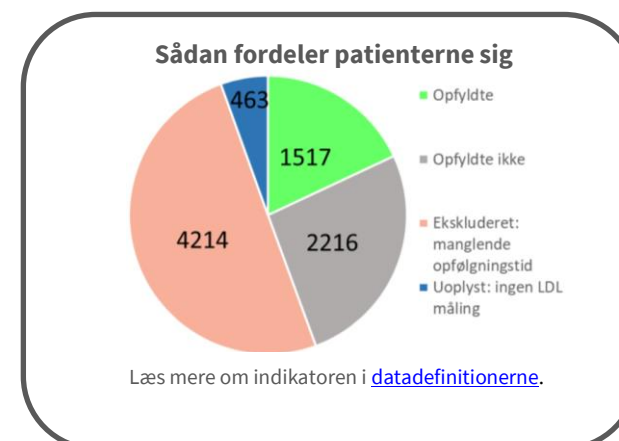
Overlæge Lars Juel Andersen, Rehabiliterings-klinikken, SUH Roskilde.

Patienternes perspektiv

Motivering er uhyre vigtig og systematisk opfølgning er essentiel. Løbende opfølgning kræver at man som patient selv skal kontakte egen læge. Nogle har ressourcer til aktivt at opsøge lægen, men man risikerer at tabe de svageste patienter.

Styregruppens anbefaling.

Det anbefales at optimere behandlingen effektivt inden udskrivelse og følge systematisk op. Det er en generel anbefaling, at patientens mål er opnået, og eventuelle bivirkninger er håndteret, inden patienten afsluttes fra sygehuset til egen læge. Patienten kan med fordel følges kommunalt, for støtte til efterlevelse af behandlingen. Det tilføjes, at det ikke med de aktuelt tilgængelige farmaka er muligt at opnå målopfyldelse for alle. Styregruppen vurderer, at der er potentiale for højere målopfyldelse med en standard på 80%.



Indikator 8a: Blodtryk

Et velbehandlet blodtryk forebygger effektivt nye hjertetilfælde

Alle patienter med iskæmisk hjertesygdom bør screenes og behandles for blodtryksforhøjelse.

Hvad måler vi på?

Denne indikator måler, om blodtryksmålet nås indenfor de første 6 mdr. Anbefalingen følger den nationale danske [behandlingsvejledning](#). Der anbefales et gennemsnitligt hjemmeblodtryk under 130/80, dog undtaget patienter på 80 år og derover, hvor blodtryk (BT) < 145 mmHg fortsat accepteres. Opgørelsen tager hensyn til patientens alderskorrigerede individuelle behandlingsmål.

Hvorfor er behandling af blodtrykket vigtigt?

Sænkning af forhøjet blodtryk reducerer risikoen for et nyt hjertetilfælde med ca. 20% for hver 10 mmHg som blodtrykket sænkes med ned til 120. Behandlingen er derfor en meget vigtig del af den sekundære forebyggelse af nyt AMI eller revaskularisering.

Målopfyldelsen stadig ikke imponerende

På landsplan opnår 42% deres BT-mål. En del af forklaringen kan være, at en tiltagende del af den medicinske efterbehandling i store dele af landet er

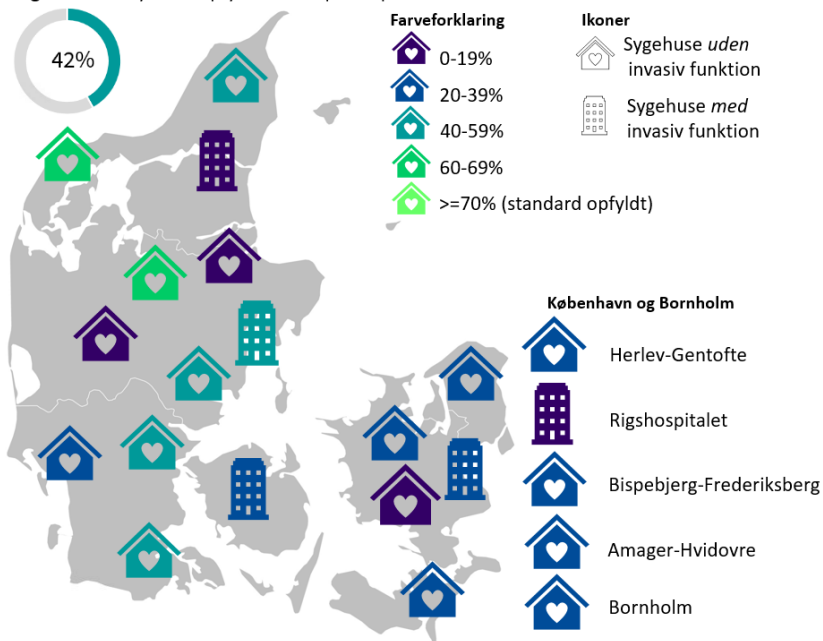
lagt over til almen praksis i tråd med det nære sundhedsvæsen, og derfor bliver det vigtigt at kunne se 1-års opfølgningstal på BT fra egen læge, som forventes til næste årsrapport 2024.

Et eksempel til inspiration:

Hvad har I gjort på Hospitalsenheden Midt?

Vi har i Viborg haft ekstra fokus på BT mål de sidste 2 år i rehabiliterings-klinikken. Vi har oplevet, at hvis et BT-skema sendes til patienten i forbindelse med indkaldelse til første kontrol i klinikken, samt ved midtvejs blodprøverne (hvis de ikke er kommet i mål), opnår vi klart bedre resultater. Mange har allerede sendt målingerne ind til den første samtale, og ellers kan de eftersende værdierne via e-mail eller aflevere et skema i ambulatoriet. Der laves tæt opfølgning efter medicin justering, og er der meget svingende værdier, foretages en

Figur 5. Blodtryk. Målopfyldelse vist på hospitalsniveau.



døgnmåling. Hos enkelte har vi allieret os med hjemmeplejen til kontrol-målinger. BT er også et af fokuspunkterne under indlæggelsen. Herudover laver vi løbende datatræk fra DHRD for at følge målopfyldelsen.

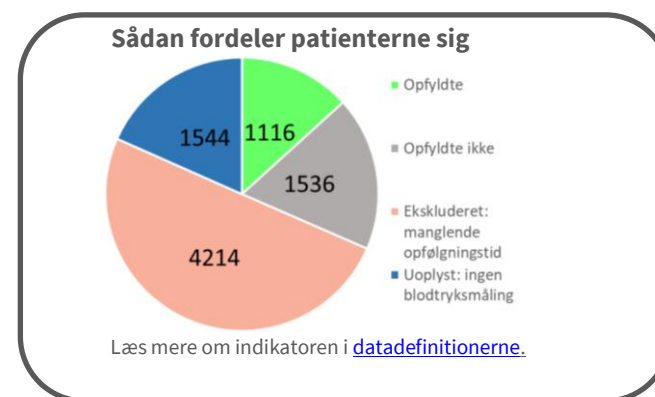
Overlæge Malene Hollingdal, Rehabiliterings-klinikken, Hospitalsenheden Midt, Viborg.

Patienternes perspektiv

Motivering er uhyre vigtig. Og systematisk opfølgning er essentiel. Løbende opfølgning kræver at man som patient selv skal kontakte egen læge. Nogle har ressourcer til aktivt at opsøge lægen, men man risikerer at tabe de svageste patienter.

Styregruppens anbefaling.

Det anbefales at screene for blodtryksforhøjelse og at optimere behandlingen inden udskrivelse fra sygehuset, og følge systematisk op på dette. Det er en generel anbefaling, at patientens behandlingsmål opnås, inden patienten afsluttes fra sygehuset til opfølgning ved egen læge.



Regionale og kommunale kommentarer

Læs kommentarer fra Kommuner og Regioner [her](#).

Links til supplerende materiale:

- [Datadefinitioner 2023](#)
- [Evidensrapport 2023](#)
- [Styregruppen 2023](#)



regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Dansk Hjerterehabileringsdatabase (DHRD)

© RKKP 2024

Udarbejdet af:

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

Forpersoner for databasen:

[Ann Bovin](#) (regional forperson)

[Charlotte Glümer](#) (kommunal forperson)

RKKP's kontaktperson:

[Anne Nakano Jensen](#)

Udgiver:

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

Hedeager 3

8200 Aarhus N

www.rkkp.dk

Version dato: [11.06.2024](#)

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse