

Datadefinitioner

Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase - DHRD



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Datadefinitioner

Udgiver:
Dansk Hjerterehabiteringsdatabase (DHRD) -
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)
Hedeager 3
8200 Aarhus N

www.rkkp.dk

Version 2.1
Versionsdato: 23.01.2024

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

| | |
|--|----|
| Introduktion | 4 |
| 1. Populationen | 4 |
| 2. Indikatorer | 7 |
| Sammenhængen mellem rehabiliteringsforløbet og indikatorerne | 8 |
| Indikator 1. Ambulant opfølgning | 9 |
| Indikator 2. Deltagelse i rehabilitering | 10 |
| Indikator 3a. Kostscreening | 11 |
| Indikator 3b. Diætbehandling | 12 |
| Indikator 4a. Angst/depressionsscreening | 13 |
| Indikator 4b. Angst/depressionsscreening | 15 |
| Indikator 5. Stigning i arbejdskapacitet | 17 |
| Indikator 6. Ophør med rygning – 12 mdr. | 18 |
| Indikator 6a. Ophør med rygning - 6-18 mdr. – ikke aktiv | 19 |
| Indikator 7a. Opnåelse af LDL mål – 6 mdr. | 20 |
| Indikator 7b. Opnåelse af LDL mål – 6-18 mdr. | 21 |
| Indikator 8a. Opnåelse af blodtryksmål – 6 mdr. | 22 |
| Indikator 8b. Opnåelse af blodtryksmål - 6-18 mdr. - ikke aktiv | 23 |
| Indikator 9. Patienter med DM2 i behandling med GLP-1 eller SGLT-2 | 24 |
| Indikator 10. Årsstatus i almen praksis – ikke aktiv | 25 |
| 3. Ændringslog | 26 |
| Bilag 1. Optageområder for sygehuse | 27 |
| Bilag 2. Kodeliste – Sygehuse | 31 |
| Bilag 3. Diætbehandling eller diætvejledning | 33 |
| Bilag 4. WHO5 og MD2/ASS2 beskrivelse | 35 |

Introduktion

DHRD omfatter patientforløb med AMI-diagnose, PCI eller CABG på en hjerteafdeling fra 1.1.2023 og frem (men *ikke* hvis pt. har AMI-diagnose, PCI eller CABG inden for 12 måneder forud). Det initiale forløb med AMI-diagnosen, PCI eller CABG kaldes indeksforløbet.

Indikatorerne opgøres ud fra aktivitet under en af de relevante A-diagnoser inden for en vis opfølgningstid efter udskrivning fra indeksforløbet. Aktiviteten skal være indberettet fra enten sygehusene eller kommunerne med en dato inden for opfølgningstiden. Præcis hvilke A-diagnosekoder og procedurekoder (dvs. aktivitet) der tæller for sygehusene, fremgår af datadefinitionerne. Indikatorerne kan først opgøres efter udløbet af opfølgningstiden.

1. Populationen

Patientpopulationen defineres som personer som har haft kontakt på hjerteafdeling med:

- Gyldigt Dansk CPR
- Bopæl i Danmark
- Alder ≥ 18 år ved starttidspunkt for indexforløb
- A-diagnose for AMI (DI210*, DI211*, DI213*, DI214, DI219, DI248*, DI249) eller
- Procedurekode for PCI (KFNG*) eller CABG (KFNA*, KFNB*, KFNC*, KFND*, KFNE*, KFNF*)
Symbolet * betyder inkl. alle underkoder

Eksklusionskriterier:

- Inkluderet i databasen ≤ 12 mdr. før den aktuelle kontakt
- Død indenfor 14 dage efter indexforløb
- Kontakt på hjertemedicinsk afdeling med hjertesvigt (DI50*) som A-diagnose +/- 365 dage fra indesevent

Etablering af indexevent og indexforløb

Indexevent:

Den hospitalskontakt der medfører, at patienten inkluderes i DHRD på baggrund af AMI diagnose eller PCI/CABG, benævnes indexevent.

Indexforløb:

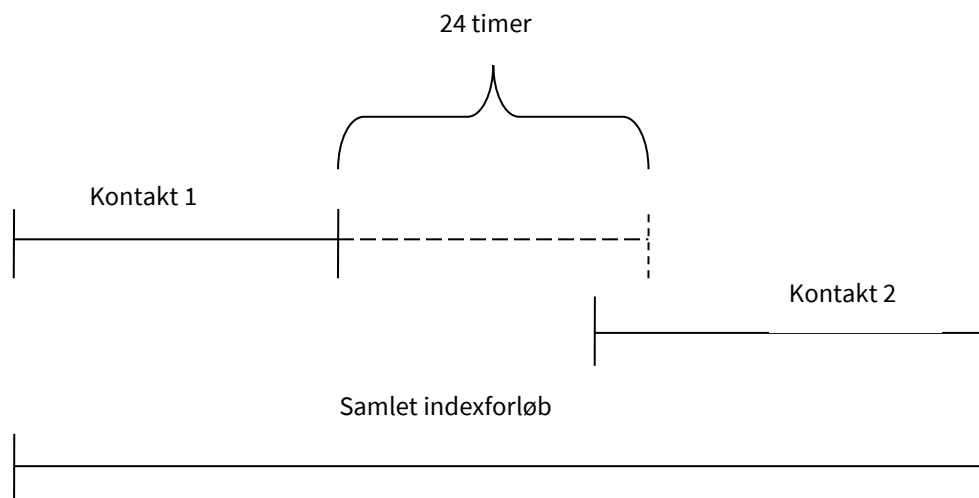
Patientens indexevent kan indebære overflytninger mellem flere hospitalsenheder og/eller afdelinger. De samlede hospitalskontakter anses i den forbindelse som ét indexforløb.

Ved etablering af indexforløb kobles kontakter, hvor afslutningstidspunktet efterfølges af en ny kontakt med starttidspunkt indenfor 24 timer, til samme indexforløb (figur 1). Sammenkoblingen sker, uanset hvilket speciale afdelingerne tilhører.

Opfølgningstiden for indikatorerne starter ved indexforløbets afslutningsdato som beregnes automatisk via landspatientsregisteret. For enkelte indikatorer kan opfølgningstiden også inkludere indexforløbet, hvis behandlingen/undersøgelsen kan foregå på sygehuset inden udskrivning. Det vil i alle tilfælde være beskrevet i datadefinitionen af den enkelte indikator.

Indexforløbets afslutningsdato afgør hvilken opgørelsesperiode forløbet indgår i. Det tilstræbes at indexforløbets afslutningsdato oplyses til kommunen i den kliniske korrespondance/genoptræningsplan mhp. at kommunerne kan følge, hvorvidt de leverer de krævede ydelser indenfor de fastsatte tidsgrænser som beskrevet i datadefinitionerne for indikatorerne.

Figur 1. Dannelse af indexforløb i LPR



Nogle forløb vil indebære, at patienten indenfor en periode har flere forløb med diagnoser/procedurer der alle kunne udgøre et indexforløb. For at imødekomme dette, er der et forløbshierarki hvor forekomsten af et højere forløb indenfor 30 dage, overruler det initiale forløb. Hierarkiet er:

1. CABG
2. PCI
3. AMI

Dette skal forhindre, at patientens opfølgningstid starter inden patienten reelt er færdigbehandlet og klar til rehabilitering. Et eksempel kan være, at patienten først har indlæggelsesforløb grundet AMI, udskrives, for 2 uger efter at blive behandlet med PCI. I det tilfælde bliver patienten inkluderet i DHRD på baggrund af PCI behandlingen og opfølgningstiden starter ved afslutningsdatoen for sidste kontakt i PCI-forløbet.

Sådan fordeles patienterne til en hospitalsenhed

Patienter der inkluderes i databasen skal indgå i indikatoropgørelserne for den hospitalsenhed der var ansvarlig for hjerterehabiliteringen. Nedenstående algoritme beskriver hvordan patienterne fordeles.

| Scenarier | Allokeres til |
|--|---|
| Indexforløb inkluderer en eller flere kontakter til patientens hjemsygehus | Hjerteafdeling på hjemsygehuset hvor den første inkluderende kontakt er registreret. |
| Indexforløb inkluderer ikke kontakt til patientens hjemsygehus men patienten har senest 3 mdr. efter afslutning af indexforløb, haft kontakt (uagtet prioritet og kontaktttype) på hjemsygehus med relevant A-diagnose | Hjerteafdeling på hjemsygehuset hvor første relevante A-diagnose er registreret. Hvis ingen kontakt til hjerteafdeling, så første afdeling uanset speciale. |
| Indexforløb inkluderer et eller flere udesygehuse og patienten har senest 3 mdr. efter afslutning af indeksforløb, ikke haft kontakt (uagtet prioritet og kontaktttype) på hjemsygehus med relevant A-diagnose | Hjerteafdeling på udesygehus hvor den første inkluderende kontakt er registreret. |

Definitioner:

- Hjemsygehus
Hospitalsenheden der har patientens bopælskommune i sit optageområde (Se tilhørsforhold i [Bilag 1](#))
- Udesygehus
Hospitalsenhed der **ikke** har patientens bopælskommune i sit optageområde
- Relevante A-diagnoser: DI01*, DI02*, DI05*, DI06*, DI07*, DI08*, DI09*, DI10*, DI11*, DI12*, DI13*, DI15*, DI20*, DI21*, DI23*, DI24*, DI25*, DI26*, DI27*, DI28*, DI30*, DI31*, DI32*, DI34*, DI35*, DI36*, DI37*, DI38*, DI39*, DI40*, DI41*, DI42*, DI43*, DI44*, DI45*, DI46*, DI47, DI470A, DI470B, DI470C, DI470D, DI470H, DI470HA, DI470HB, DI471, DI471E*, DI471F*, DI471G, DI471H, DI51*, DI52*, DI70, DI709, DI71*, DI748, DI749, DI77*, DI78, DI789, DI79, DI790, DI95*, DI97, DI970, DI971*, DI978, DI979, DI98, DI980, DI981, DI988, DI99*, DZ035*, DZ941, DZ943, DZ95*, DZ50*, DZ713*. Symbolet * betyder inkl. alle underkoder.

2. Indikatorer

| Indikatornavn | Beskrivelse | Sektor | Status |
|---------------------------------|---|------------------------------------|------------------|
| 1. Ambulant opfølgning | Andel patienter med AMI, CABG, PCI med ambulant opfølgning ≤ 2 uger efter udskrivelse | Hospital | Aktiv |
| 2. Deltagelse i rehabilitering | Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der ≤ 6 mdr. efter event har deltaget i mindst et af fire specificerede kerneelementer | Hospital, kommune | Aktiv |
| 3a. Kostscreening | Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der ≤ 3 mdr. efter event er screenet med hjertekostskema eller vurderet individuelt ved klinisk diætist | Hospital, kommune | Aktiv |
| 3b. Diætbehandling | Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der ≤ 12 mdr. efter event har modtaget diætbehandling ved klinisk diætist | Hospital, kommune | Aktiv |
| 4a. Angst/depressionsscreening | Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der er screenet for angst og depression ved start og afslutning på hjerterehabiliterings-forløbet | Hospital, kommune | Aktiv |
| 4b. Angst/depressionsscreening. | Andel patienter med AMI, PCI eller CABG med positiv angst og/eller depressionsscore ved start, der har forbedret score med $\geq 10\%$ ved afslutning | Hospital, kommune | Aktiv |
| 5. Stigning i arbejdskapacitet | Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der stiger $\geq 10\%$ i arbejdskapacitet eller ≥ 30 m i 6-minutters gangtest | Hospital, kommune | Aktiv |
| 6. Rygning | Andel rygere med AMI, PCI eller CABG, der indenfor 12 mdr. har opfyldt behandlingsmål for rygestatus | Hospital, kommune | Aktiv |
| 6a. Rygning | Andel rygere med AMI, PCI eller CABG, der indenfor 6-18 mdr. har opfyldt behandlingsmål for rygestatus | Hospital, kommune og almen praksis | Ikke aktiv |
| 7a. Opnåelse af LDL mål | Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der indenfor 6 mdr. har opfyldt behandlingsmål for LDL-kolesterol. | Hospital | Aktiv |
| 7b. Opnåelse af LDL mål | Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der indenfor 6-18 mdr. har opfyldt behandlingsmål for LDL-kolesterol | Hospital og almen praksis | Aktiv |
| 8a. Opnåelse af blodtryksmål | Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der indenfor 6 mdr. har opfyldt behandlingsmål for blodtryk | Hospital | Aktiv |
| 8b. Opnåelse af blodtryksmål | Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der indenfor 6-18 mdr. har opfyldt behandlingsmål for blodtryk | Hospital og almen praksis | Ikke aktiv |
| 9. Diabetes | Andel patienter med AMI, PCI eller CABG og DM2, der er i behandling med GLP-1 eller SGLT-2 | Hospital og almen praksis | Aktiv (1.1.2024) |
| 10. Årsstatus | Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der har fået foretaget årsstatus i almen praksis 6-18 mdr. | Almen praksis | Ikke aktiv |

Sammenhængen mellem rehabiliteringsforløbet og indikatorerne

I skemaet herunder er der angivet hvordan aktiviteter i forskellige perioder af rehabiliteringsforløbet relaterer sig til indikatoropgørelserne. Indikatoren "opnåelse af LDL-mål" der indhentes automatisk via laboratorieregisteret samt inaktive indikatorer er ikke med i skemaet.

| Periode efter udskrivelse | Aktivitet | Ansvarlig | Indikatorer |
|---------------------------|--|---|---|
| 0-14 dage | Patientkontakt | Sygehus | 1. Ambulant opfølgning |
| 0-3 måneder | Kostscreening HADS ved start Arbejdstest ved start Rygestatus ved start | Sygehus eller kommune | 3a. Kostscreening 3b. Diætbehandling 4a. Angst/depr.screening 4b. Angst/depr.screening 5. Stigning i arbejdskapacitet 6. Ophør med rygning |
| 0-6 måneder | Fysisk træning Patientundervisning Diætbehandling Rygestopintervention Blodtryksmåling | Sygehus eller kommune (blodtryk altid sygehus) | 2. Deltagelse i rehabilitering 8. Opnåelse af blodtryksmål |
| 0-12 måneder | Diætbehandling | Sygehus eller kommune | 3b. Diætbehandling |
| 3-12 måneder | HADS ved afslutning Arbejdstest ved afslutning Rygestatus ved afslutning | Sygehus eller kommune | 4a. Angst/depr.screening 4b. Angst/depr.screening 5. Stigning i arbejdskapacitet 6. Ophør med rygning |
| 6-18 måneder | Indløsning af GLP1/SGLT2 | Sygehus eller almen praksis | 9. Diabetes |

Indikator 1. Ambulant opfølgning

| Indikatorområde | Indikator | Data kilde | Indikatorberegning |
|---------------------|---|------------|--|
| Ambulant opfølgning | Andel patienter med AMI, CABG, PCI med ambulant opfølgning ≤ 2 uger efter udskrivelse | LPR | <p>Tæller: Patienter med ambulant opfølgning ≤ 2 uger efter udskrivelse</p> <p>Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG</p> |

Beskrivelse

- Patienter med AMI, PCI eller CABG, der har ambulant opfølgning ≤ 2 uger fra afslutningsdato af indexforløb. Første ambulante opfølgning betragtes som en sygeplejerske- eller lægekontakt i et hjertemedicinsk ambulatorium med relevant A-diagnose.

Kodning - Sygehus

Indikatoren opgøres på baggrund af A-diagnosekoder og procedurekoder i landspatientregisteret

- Hospitalskontakt (fysisk fremmøde, udekontakt (hjemmebesøg eller udebesøg), virtuel kontakt (telefon eller videokonsultation)) med relevant A-diagnosekode
- Relevante A-diagnoser: DI01*, DI02*, DI05*, DI06*, DI07*, DI08*, DI09*, DI10*, DI11*, DI12*, DI13*, DI15*, DI20*, DI21*, DI23*, DI24*, DI25*, DI26*, DI27*, DI28*, DI30*, DI31*, DI32*, DI34*, DI35*, DI36*, DI37*, DI38*, DI39*, DI40*, DI41*, DI42*, DI43*, DI44*, DI45*, DI46*, DI47, DI470A, DI470B, DI470C, DI470D, DI470H, DI470HA, DI470HB, DI471, DI471E*, DI471F*, DI471G, DI471H, DI51*, DI52*, DI70, DI709, DI71*, DI748, DI749, DI77*, DI78, DI789, DI79, DI790, DI95*, DI97, DI970, DI971*, DI978, DI979, DI98, DI980, DI981, DI988, DI99*, DZ035*, DZ941, DZ943, DZ95*, DZ50*, DZ713*. Symbolet * betyder inkl. alle underkoder.

Tidsgrænser

- Kontaktens startdato ≤ 2 uger efter afslutningsdato for indexforløb

Indikator 2. Deltagelse i rehabilitering

| Indikatorområde | Indikator | Data kilde | Indikatorberegning |
|-----------------------------|--|------------------|--|
| Deltagelse i rehabilitering | Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der ≤ 6 mdr. efter event har deltaget i mindst et af følgende elementer: Fysisk træning, Patientundervisning, Diæt behandling ved klinisk diætist eller Rygestop intervention | LPR, Kommuner | Tæller: Patienter der ≤ 6 mdr. efter indexforløb har deltaget i mindst et af følgende elementer: Fysisk træning, Patientundervisning, Diæt behandling ved klinisk diætist eller Rygestop intervention Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG |

Beskrivelse

- Indikatoren er opfyldt ved deltagelse i mindst et af fire specificerede kerneelementer af rehabiliteringsindsatsen på sygehus eller kommunalt.

Kodning – Sygehuse

- Hospitalskontakt (fysisk fremmøde, udekontakt (hjemmebesøg eller udebesøg), virtuel kontakt (telefon eller videokonsultation)) med relevant A-diagnosekode og procedure- eller tillægskode for mindst én af følgende:
 - Fysisk træning: AWG1, AWG2, BLKZ*, BLNA*, BLNR*, BZFB0,
 - Patientundervisning: BZFA00*, BVDH, BVDS, BVDY0*, BZFC8
 - Diætbehandling: BUG*, BUBD, BUBD0, BUBD1
 - Relevante A-diagnoser: DI01*, DI02*, DI05*, DI06*, DI07*, DI08*, DI09*, DI10*, DI11*, DI12*, DI13*, DI15*, DI20*, DI21*, DI23*, DI24*, DI25*, DI26*, DI27*, DI28*, DI30*, DI31*, DI32*, DI34*, DI35*, DI36*, DI37*, DI38*, DI39*, DI40*, DI41*, DI42*, DI43*, DI44*, DI45*, DI46*, DI47, DI470A, DI470B, DI470C, DI470D, DI470H, DI470HA, DI470HB, DI471, DI471E*, DI471F*, DI471G, DI471H, DI51*, DI52*, DI70, DI709, DI71*, DI748, DI749, DI77*, DI78, DI789, DI79, DI790, DI95*, DI97, DI970, DI971*, DI978, DI979, DI98, DI980, DI981, DI988, DI99*, DZ035*, DZ941, DZ943, DZ95*, DZ50*, DZ713*. Symbolet * betyder inkl. alle underkoder.

Indberetning - Kommuner

- Indberetning i indtastningsskema for deltagelse samt dato for første deltagelse i mindst én af følgende
 - Fysisk træning
 - Patientundervisning
 - Diætbehandling
 - Rygestopsintervention

Tidsgrænser

- Procedurekode eller kommunal registrering ≤ 6 mdr. efter afslutningsdato for indexforløb

Indikator 3a. Kostscreening

| Indikatorområde | Indikator | Data kilde | Indikatorberegning |
|-----------------|--|---------------|--|
| Kostscreening | Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der ≤ 3 mdr. efter event er screenet med hjertekostskema eller vurderet individuelt ved klinisk diætist | LPR, Kommuner | Tæller: Patienter der ≤ 3 mdr. efter indexforløb er screenet med hjertekostskema eller vurderet individuelt ved klinisk diætist Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG |

Beskrivelse

- Indikatoren er opfyldt, når der er registreret kostscreening med Hjertekostskema (på sygehus eller kommunalt) eller foretaget individuel vurdering ved klinisk diætist (kommunalt) ≤ 3 mdr. efter AMI, PCI eller CABG.

Kodning - Sygehuse

- Hospitalskontakt (fysisk fremmøde, udekontakt (hjemmebesøg eller udebesøg), virtuel kontakt (telefon eller videokonsultation)) med relevant A-diagnose og procedurekode for screening med hjertekostskema.
 - Hjertekostskema**
 - "ZZV020L1 - Vurdering med hjertekostskema, fedtscore" + værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0100 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005, 10 = VPH0010 eller 100 = VPH0100)
 - og
 - "ZZV020L2 - Vurdering med hjertekostskema, FiskFrugtGrønt-score" + værdikode (tillægskode) for resultat : VPH0000-VPH0100 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005, 10 = VPH0010 eller 100 = VPH0100)
- Relevante A-diagnoser: DI01*, DI02*, DI05*, DI06*, DI07*, DI08*, DI09*, DI10*, DI11*, DI12*, DI13*, DI15*, DI20*, DI21*, DI23*, DI24*, DI25*, DI26*, DI27*, DI28*, DI30*, DI31*, DI32*, DI34*, DI35*, DI36*, DI37*, DI38*, DI39*, DI40*, DI41*, DI42*, DI43*, DI44*, DI45*, DI46*, DI47, DI470A, DI470B, DI470C, DI470D, DI470H, DI470HA, DI470HB, DI471, DI471E*, DI471F*, DI471G, DI471H, DI51*, DI52*, DI70, DI709, DI71*, DI748, DI749, DI77*, DI78, DI789, DI79, DI790, DI95*, DI97, DI970, DI971*, DI978, DI979, DI98, DI980, DI981, DI988, DI99*, DZ035*, DZ941, DZ943, DZ95*, DZ50*, DZ713*. Symbolet * betyder inkl. alle underkoder.

Indberetning – Kommuner

- Indberetning i indtastningsskema for resultat af kostscreening (hhv. Fedtscore og FiskFrugtGrønt-score) eller resultatet af individuel vurdering/screening ved klinisk diætist samt dato for gennemførelse.

Tidsgrænser

- Procedurekode under indexforløb eller procedurekode/kommunal registrering indenfor 3 mdr. efter afslutningsdato for indexforløb.

Indikator 3b. Diætbehandling

| Indikatorområde | Indikator | Data kilde | Indikatorberegning |
|-----------------|--|---------------|---|
| Diætbehandling | Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der ≤ 12 mdr. efter event har modtaget diætbehandling ved klinisk diætist | LPR, kommuner | <p>Tæller: Patienter der ≤ 12 mdr. efter indexforløb har modtaget diætbehandling ved klinisk diætist</p> <p>Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG med positiv kostscreening</p> |

Beskrivelse

- Indikatoren er opfyldt når der er givet diætbehandling ved en klinisk diætist ≤ 12 mdr. efter AMI, PCI eller CABG til patienter med positiv kostscreening. Positiv kostscreening er enten hjertekostskema <75% (i enten Fedtscoren eller FiskFrugtGrøntscoren) eller positiv vurdering af behov for diætbehandling ved klinisk diætist i kommune. Diætbehandling ved klinisk diætist opgøres på baggrund af aktivitetsregistrering fra sygehusene og indtastninger fra kommunerne.

Kodning - Sygehuse

- Modtaget diætbehandling
 - Dokumenteres i hospitalskontakt (fysisk fremmøde, udekontakt (hjemmebesøg eller udebesøg), virtuel kontakt (telefon eller videokonsultation)) med relevant A-diagnosekode (se oversigt) og procedurekode for diætbehandling (BUG*, BUBD, BUBD0 og BUBD1)
- Relevante A-diagnoser: DI01*, DI02*, DI05*, DI06*, DI07*, DI08*, DI09*, DI10*, DI11*, DI12*, DI13*, DI15*, DI20*, DI21*, DI23*, DI24*, DI25*, DI26*, DI27*, DI28*, DI30*, DI31*, DI32*, DI34*, DI35*, DI36*, DI37*, DI38*, DI39*, DI40*, DI41*, DI42*, DI43*, DI44*, DI45*, DI46*, DI47, DI470A, DI470B, DI470C, DI470D, DI470H, DI470HA, DI470HB, DI471, DI471E*, DI471F*, DI471G, DI471H, DI51*, DI52*, DI70, DI709, DI71*, DI748, DI749, DI77*, DI78, DI789, DI79, DI790, DI95*, DI97, DI970, DI971*, DI978, DI979, DI98, DI980, DI981, DI988, DI99*, DZ035*, DZ941, DZ943, DZ95*, DZ50*, DZ713*. Symbolet * betyder inkl. alle underkoder.

Indberetning – Kommuner

- Indberetning i indtastningsskema for diætbehandling ved en klinisk diætist samt dato for første deltagelse såfremt borgeren har positiv kostscreening (Hjertekostskema <75% (i enten Fedtscoren eller FiskFrugtGrøntscoren) eller positiv vurdering af behov for diætbehandling ved klinisk diætist i kommune)

Tidsgrænser

- Procedurekode eller kommunal registrering ≤ 12 mdr. efter afslutningsdato for indexforløb

Øvrigt

- Se bilag 3 for beskrivelse af forskelle imellem diætbehandling eller diætvejledning

Indikator 4a. Angst/depressionsscreening

| Indikatorområde | Indikator | Data kilde | Indikatorberegning |
|--------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| Angst/ Depressionsscreening | Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der er screenet for angst og depression ved start og afslutning på hjerterehabiliteringsforløbet | LPR, kommuner, National KIH database | <p>Tæller: Patienter der er screenet for depression ved start (< 3 mdr.) og afslutning (> 3 mdr. til ≤12 mdr.) på hjerterehabiliteringsforløbet</p> <p>Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG</p> |

Beskrivelse

- Screening ved start er opfyldt, når der i perioden 0-3 mdr. fra AMI, PCI eller CABG er registreret en screening for angst og depression og en scoreværdi ved screening for angst og depression. Screening ved afslutning er opfyldt, når der efter 3 mdr. og maksimalt 12 mdr. efter AMI, PCI eller CABG er registreret en screening for angst og depression og en scoreværdi ved screening for angst og depression.

Kodning – Sygehuse

- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) eller WHO5 og MDI2/ASS2 registreres med hospitalskontakt (fysisk fremmøde, udekontakt (hjemmebesøg eller udebesøg), virtuel kontakt (telefon eller videokonsultation)) med relevant A-diagnosekode (se oversigt) og procedurekoder for angst og depressions resultater i:
 - HADS
 - "ZZV020R1 - Vurdering af angst med HADS-A skala" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0021 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005 eller 21 = VPH0021)
 - "ZZV020R2 Vurdering af depression med HADS-D skala" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0021 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005 eller 21 = VPH0021)
 - WHO5 og MDI2/ASS2
 - "ZZV020S - Vurdering efter WHO-5 Trivselsindeks" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0025 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005 eller 15 = VPH0015)
 - "ZZV020R3A - MDI-2: trist til mode, ked af det" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0005 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005)
 - "ZZV020R3B - MDI-2: interesse for dine daglige gøremål og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0005 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005)
 - "ZZV020R4A - ASS-2, nervøs: anspændt eller følt indre uro" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0005 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005)
 - "ZZV020R4B - ASS-2: meget bekymret over selv de mindste ting i dagligdag" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0005 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005)
- Relevante A-diagnoser: DI01*, DI02*, DI05*, DI06*, DI07*, DI08*, DI09*, DI10*, DI11*, DI12*, DI13*, DI15*, DI20*, DI21*, DI23*, DI24*, DI25*, DI26*, DI27*, DI28*, DI30*, DI31*, DI32*, DI34*, DI35*, DI36*, DI37*, DI38*, DI39*, DI40*, DI41*, DI42*, DI43*, DI44*, DI45*, DI46*, DI47, DI470A, DI470B, DI470C, DI470D, DI470H, DI470HA, DI470HB, DI471, DI471E*, DI471F*, DI471G, DI471H, DI51*, DI52*, DI70, DI709, DI71*, DI748, DI749, DI77*, DI78, DI789, DI79,

DI790, DI95*, DI97, DI970, DI971*, DI978, DI979, DI98, DI980, DI981, DI988, DI99*, DZ035*, DZ941, DZ943, DZ95*, DZ50*, DZ713*. Symbolet * betyder inkl. alle underkoder.

- Indberetning til national KIH database med WHO+ASS2/MDI2 resultater samt datoer for gennemførelse (når muligt)

Indberetning – Kommuner

- Indberetning i indtastningsskema for HADS resultater (hhv. angst score og depressions score) samt datoer for gennemførelse af start- og slutscreening.
- Indberetning til national KIH database med WHO+ASS2/MDI2 resultater samt datoer for gennemførelse (når muligt)

Tidsgrænser

- Start: Procedurekode under indexforløb eller procedurekode/kommunal registrering ≤ 3 mdr. efter afslutningsdato for indexforløb.
- Afslutning: Procedurekode eller kommunal registrering >3 mdr. - ≤ 12 mdr. efter afslutningsdato for indexforløb

Øvrigt

- Se [bilag 4](#) for beskrivelse af WHO5 og MDI2/ASS2
- For omregning af WHO5-ASS2/MDI2 resultat til HADS – se: www.who5-hads.dk

Indikator 4b. Angst/depressionsscreening

| Indikatorområde | Indikator | Data kilde | Indikatorberegning |
|-------------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| Angst/ Depressions- screening | Andel patienter med AMI, PCI eller CABG med positiv angst og/eller depressionsscore ved start, der har forbedret score med $\geq 10\%$ ved afslutning | LPR, Kommuner, National KIH database | Tæller: Patienter der har forbedret score med $\geq 10\%$ ved afslutning Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG med positiv angst og/eller depressionsscore ved start |

Beskrivelse

- Indikatoren er opfyldt, når første screening er positiv (HADS depressionsscore ≥ 8 og/eller HADS angstscore ≥ 8), og der foreligger screening for angst og depression ved afslutning og scoreværdien er faldet mindst 10% ved afslutning af forløbet. Værdier for WHO5 samt MDI2 og ASS2 omregnes til HADS scores.

Kodning - Sygehuse

- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) eller WHO5 og MDI2/ASS2 registreres med hospitalskontakt (fysisk fremmøde, udekontakt (hjemmebesøg eller udebesøg), virtuel kontakt (telefon eller videokonsultation)) med relevant A-diagnosekode (se oversigt) og procedurekoder for angst og depressions resultater i:
 - HADS
 - "ZZV020R1 - Vurdering af angst med HADS-A skala" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0021 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005 eller 21 = VPH0021)
 - "ZZV020R2 Vurdering af depression med HADS-D skala" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0021 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005 eller 21 = VPH0021)
 - WHO5 og MDI2/ASS2
 - "ZZV020S - Vurdering efter WHO-5 Trivselsindeks" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0025 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005 eller 15 = VPH0015)
 - "ZZV020R3A - MDI-2: trist til mode, ked af det" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0005 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005)
 - "ZZV020R3B - MDI-2: interesse for dine daglige gøremål og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0005 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005)
 - "ZZV020R4A - ASS-2, nervøs: anspændt eller følt indre uro" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0005 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005)
 - "ZZV020R4B - ASS-2: meget bekymret over selv de mindste ting i dagligdag" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0005 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005)
- Relevante A-diagnoser: DI01*, DI02*, DI05*, DI06*, DI07*, DI08*, DI09*, DI10*, DI11*, DI12*, DI13*, DI15*, DI20*, DI21*, DI23*, DI24*, DI25*, DI26*, DI27*, DI28*, DI30*, DI31*, DI32*, DI34*, DI35*, DI36*, DI37*, DI38*, DI39*, DI40*, DI41*, DI42*, DI43*, DI44*, DI45*, DI46*, DI47, DI470A, DI470B, DI470C, DI470D, DI470H, DI470HA, DI470HB, DI471, DI471E*, DI471F*, DI471G, DI471H, DI51*, DI52*, DI70, DI709, DI71*, DI748, DI749, DI77*, DI78, DI789, DI79, DI790, DI95*, DI97, DI970, DI971*, DI978, DI979, DI98, DI980, DI981, DI988, DI99*, DZ035*, DZ941, DZ943, DZ95*, DZ50*, DZ713*. Symbolet * betyder inkl. alle underkoder.

- Indberetning til national KIH database med WHO+ASS2/MDI2 resultater samt datoer for gennemførelse (når muligt)

Indberetning – Kommuner

- Indberetning i indtastningsskema for HADS resultater (hhv. angst score og depressions score) samt datoer for gennemførelse af start- og slutscreening.
- Indberetning til national KIH database med WHO+ASS2/MDI2 resultater samt datoer for gennemførelse (når muligt)

Tidsgrænser

- Start: Procedurekode under indexforløb eller procedurekode/kommunal registrering ≤ 3 mdr. efter afslutningsdato for indexforløb.
- Afslutning: Procedurekode eller kommunal registrering >3 mdr. - ≤ 12 mdr. efter afslutningsdato for indexforløb

Algoritme regler

- Start: Ved flere registrerede screeninger anvendes test med højeste resultat
- Afslutning: Ved flere registrerede screeninger anvendes test med laveste resultat

Øvrigt

- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) er udviklet til screening for angst og depression i sundhedsvæsenet. Instrumentet består af 14 spørgsmål, 7 udsagn relateret til generaliseret angst og 7 til depression. Resultatet af HADS scoringerne kan være: For HADS-A: Ingen tegn på angst (HADS-A <8); Mulig angst (HADS-A 8-10); Stor sandsynlighed for angst (HADS-A >10) For HADS-D: Ingen tegn på depression (HADS-D <8); Mulig depression (HADS-D 8-10); Stor sandsynlighed for depression (HADS-D >10)
- Se [bilag 4](#) for beskrivelse af WHO5 og MDI2/ASS2
- For omregning af WHO5-ASS2/MDI2 resultat til HADS – se: www.who5-hads.dk
- Ved manglende oplysninger om resultatet af start- og/eller slut test er indikatoren uoplyst

Indikator 5. Stigning i arbejdskapacitet

| Indikatorområde | Indikator | Data kilde | Indikatorberegning |
|-----------------------------|---|---------------|--|
| Stigning i arbejdskapacitet | Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der stiger $\geq 10\%$ i arbejdskapacitet eller ≥ 30 m i 6-minutters gangtest | LPR, Kommuner | <p>Tæller: Patienter der stiger $\geq 10\%$ i arbejdskapacitet eller ≥ 30 m i 6-minutters gangtest</p> <p>Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG</p> |

Beskrivelse

- Indikatoren er opfyldt, når der foreligger test af arbejdskapaciteten med samme validerede målemetode ved opstart og ved afslutning af forløbet, og der registreres en stigning i arbejdskapacitet på mindst 10 % fra opstart til afslutning målt i watt ved arbejdstest på ergometercykel eller løbebånd, eller registreres en stigning på mindst 30 meter mellem opstart og afslutning målt ved 6 minutters gangtest.

Kodning - Sygehus

- Dokumenteres i hospitalskontakt (fysisk fremmøde) med relevant A-diagnosekode (se oversigt) og procedurekode for symptomlimeret test eller 6-minutters gangtest ved rehabiliteringsstart (0-3 mdr.) og afslutning (3-12 mdr.).
 - Symptomlimeret test**
 - "ZZ3930 – Arbejds-EKG" eller "ZZ3931 – Arbejds-EKG med iltmåling" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000. (f.eks. kodes en værdi på 90 watt: VPH0090 eller 110 watt: VPH0110)
 - 6-minutters gangtest**
 - "ZZ5080B - 6-minutters gangtest, meter" og værdikode (tillægskode) for meter VPH000 (f.eks. kodes et resultat på 40 meter: VPH0040 eller 200 meter: VPH0200)
- Relevante A-diagnoser: DI01*, DI02*, DI05*, DI06*, DI07*, DI08*, DI09*, DI10*, DI11*, DI12*, DI13*, DI15*, DI20*, DI21*, DI23*, DI24*, DI25*, DI26*, DI27*, DI28*, DI30*, DI31*, DI32*, DI34*, DI35*, DI36*, DI37*, DI38*, DI39*, DI40*, DI41*, DI42*, DI43*, DI44*, DI45*, DI46*, DI47, DI470A, DI470B, DI470C, DI470D, DI470H, DI470HA, DI470HB, DI471, DI471E*, DI471F*, DI471G, DI471H, DI51*, DI52*, DI70, DI709, DI71*, DI748, DI749, DI77*, DI78, DI789, DI79, DI790, DI95*, DI97, DI970, DI971*, DI978, DI979, DI98, DI980, DI981, DI988, DI99*, DZ035*, DZ941, DZ943, DZ95*, DZ50*, DZ713*. Symbolet * betyder inkl. alle underkoder.

Indberetning – Kommuner

- Indberetning af arbejdstest resultater i indtastningsskema (enten Watt-max test eller 6-minutters gangtest) samt datoer for gennemførelse af start- og slut test.

Tidsgrænser

- Start: Procedurekode under indexforløb eller procedurekode/kommunal registrering ≤ 3 mdr. efter afslutningsdato for indexforløb.
- Afslutning: Procedurekode eller kommunal registrering >3 mdr. - ≤ 12 mdr. efter afslutningsdato for indexforløb

Algoritme regler

- Start: Ved flere registrerede screeninger anvendes test med laveste resultat
- Afslutning: Ved flere registrerede screeninger anvendes test med højeste resultat

Indikator 6. Ophør med rygning – 12 mdr.

| Indikatorområde | Indikator | | Data kilde | Indikatorberegning |
|-------------------|--|--|---------------|--|
| Ophør med rygning | Andel rygere med AMI, PCI eller CABG, der indenfor 12 mdr. har opfyldt behandlingsmål for rygestatus | | LPR, Kommuner | <p>Tæller: Patienter der ved afslutning har opfyldt behandlingsmål for rygestatus</p> <p>Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG som er aktive ryger ved indexforløb</p> |

Beskrivelse

- Indikatoren er opfyldt, når rygestatus er registreret som aktiv ryger ved indexforløbet, og der er registreret ny rygerstatus som rygestopper eller tidligere ryger ved opfølgning \leq 12 mdr. efter indexforløbet.

Kodning - Sygehuse

- Dokumenteres i hospitalskontakt (fysisk fremmøde, udekontakt (hjemmebesøg eller udebesøg), virtuel kontakt (telefon eller videokonsultation)) med relevant A-diagnosekode (se oversigt) og procedurekode for rygestatus
 - ZZP01A1A - Ryger
 - ZZP01A1B2 - Tidligere ryger
 - ZZP01A1B3 – Aldrig ryger
- Relevante A-diagnoser: DI01*, DI02*, DI05*, DI06*, DI07*, DI08*, DI09*, DI10*, DI11*, DI12*, DI13*, DI15*, DI20*, DI21*, DI23*, DI24*, DI25*, DI26*, DI27*, DI28*, DI30*, DI31*, DI32*, DI34*, DI35*, DI36*, DI37*, DI38*, DI39*, DI40*, DI41*, DI42*, DI43*, DI44*, DI45*, DI46*, DI47, DI470A, DI470B, DI470C, DI470D, DI470H, DI470HA, DI470HB, DI471, DI471E*, DI471F*, DI471G, DI471H, DI51*, DI52*, DI70, DI709, DI71*, DI748, DI749, DI77*, DI78, DI789, DI79, DI790, DI95*, DI97, DI970, DI971*, DI978, DI979, DI98, DI980, DI981, DI988, DI99*, DZ035*, DZ941, DZ943, DZ95*, DZ50*, DZ713*. Symbolet * betyder inkl. alle underkoder.

Indberetning – Kommuner

- Resultat af rygestatus i indtastningsskema (hhv. "Ryger", "Tidligere ryger" eller "Aldrig ryger") samt dato for angivelse af rygestatus.

Rygerdefinitioner

- Ryger: \geq 1 cigaret dagligt indenfor 30 dage
 - Ved event: \geq 1 cigaret dagligt indenfor 30 dage inden startdato for indexforløb
 - Ved rehabiliteringsafslutning: \geq 1 cigaret dagligt indenfor 30 dage inden rehabiliteringsafslutning
- Tidligere ryger: Er stoppet og har været røgfri i mere end 1 måned
- Aldrig røget: Har aldrig røget \geq 1 cigaret dagligt

Tidsgrænser

- Start: Procedurekode under indexforløb eller procedurekode/kommunal registrering \leq 3 mdr. efter afslutningsdato for indexforløb.
- Afslutning: Procedurekode eller kommunal registrering $>$ 3 mdr. - \leq 12 mdr. efter afslutningsdato for indexforløb

Algoritmeregler

- Start: Ved flere registreringer anvendes den første
- Afslutning: Ved flere registreringer anvendes den sidste

Indikator 6a. Ophør med rygning - 6-18 mdr. – ikke aktiv

| Indikatorområde | Indikator | Data kilde | Indikatorberegning |
|--------------------------|--|------------------------------|--|
| Ophør med rygning | Andel rygere med AMI, PCI eller CABG, der indenfor 6-18 mdr. har opfyldt behandlingsmål for rygestatus | LPR, Kommuner, Almen praksis | Tæller: Patienter der ved afslutning har opfyldt behandlingsmål for rygestatus 6-18 mdr. Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG som er aktive rygere ved indexforløb |

Beskrivelse

- Indikatoren er ikke aktiv da den er afhængig af data fra almen praksis

Indikator 7a. Opnåelse af LDL mål – 6 mdr.

| Indikatorområde | Indikator | Data kilde | Indikatorberegning |
|---------------------|--|---------------------------|--|
| Opnåelse af LDL mål | Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der indenfor 6 mdr. har opfyldt behandlingsmål for LDL-kolesterol | LPR, Laboratoriedatabasen | <p>Tæller: Patienter der ved afslutning har opfyldt behandlingsmål for LDL-kolesterol</p> <p>Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG</p> |

Beskrivelse

Indikatoren er opfyldt, når LDL målet er opnået \leq 6 mdr. efter AMI, PCI eller CABG i opgørelsesperioden. LDL målet følger de nationale retningslinjer på registreringstidspunktet (Dansk Cardiologisk Selskabs nationale behandlingsvejledning).

Kodning - Sygehus

- LDL trækkes fra LABKA databasen og kræver ikke manuel registrering.
Følgende koder anvendes til formålet: NPU01568, NPU10171, DNK35308

Tidsgrænser

- LABKA registrering \leq 6 mdr. efter afslutningsdato for indexforløb

Algoritme regler

- Ved flere registreringer \leq 6 mdr. anvendes den seneste.

Indikator 7b. Opnåelse af LDL mål – 6-18 mdr.

| Indikatorområde | Indikator | Data kilde | Indikatorberegning |
|---------------------|---|---------------------------|--|
| Opnåelse af LDL mål | Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der indenfor 6-18 mdr. har opfyldt behandlingsmål for LDL-kolesterol | LPR, Laboratoriedatabasen | <p>Tæller: Patienter der ved afslutning har opfyldt behandlingsmål for LDL-kolesterol</p> <p>Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG</p> |

Beskrivelse

Indikatoren er opfyldt, når LDL målet er opnået 6-18 mdr. efter AMI, PCI eller CABG i opgørelsesperioden. LDL målet følger de nationale retningslinjer på registreringstidspunktet (Dansk Cardiologisk Selskabs nationale behandlingsvejledning).

Kodning - Sygehus

- LDL trækkes fra LABKA databasen og kræver ikke manuel registrering.
Følgende koder anvendes til formålet: NPU01568, NPU10171, DNK35308

Tidsgrænser

- LABKA registrering 6-18 mdr. efter afslutningsdato for indexforløb

Algoritme regler

Ved flere registreringer 6-18 mdr. anvendes den seneste.

Indikator 8a. Opnåelse af blodtryksmål – 6 mdr.

| Indikatorområde | Indikator | Data kilde | Indikatorberegning |
|--------------------------|--|------------|---|
| Opnåelse af blodtryksmål | Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der indenfor 6 mdr. har opfyldt behandlingsmål for blodtryk | LPR | Tæller: Patienter der ved afslutning har opfyldt behandlingsmål for blodtryk Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG |

Beskrivelse

- Indikatoren er opfyldt, når BT målet er opnået \leq 6 mdr. efter AMI, PCI eller CABG. Ved flere registreringer \leq 6 mdr. anvendes den seneste. BT målet følger nationale retningslinjer på registreringstidspunktet (Dansk Cardiologisk Selskabs nationale behandlingsvejledning).

Kodning - Sygehus

- Dokumenteres i hospitalskontakt (fysisk fremmøde, udekontakt (hjemmebesøg eller udebesøg), virtuel kontakt (telefon eller videokonsultation)), prioritet: planlagt (elektiv) med relevant A-diagnosekode (se oversigt) og procedurekode for blodtryksmåling og værdikoder for systolisk og diastolisk blodtryk.
 - Konsultationsblodtryk**
 - "ZZ3160 – Blodtryksmåling" og VPH værdikoder (tillægskoder) for systolisk og diastolisk blodtryk (f.eks. ved blodtryk 120/80: VPH0120 + VPH0080)
 - Hjemmeblodtryk**
 - "ZZ3170 - Hjemmeblodtryksmåling udført af patienten" og VPH værdikoder (tillægskoder) for systolisk og diastolisk blodtryk (f.eks. ved blodtryk 120/80: VPH0120 + VPH0080)
 - Døgnblodtryksmåling**
 - ZZ3180 - Døgn-blodtryksmåling og VPH værdikoder (tillægskoder) for systolisk og diastolisk blodtryk (gennemsnit i dagtid) (f.eks. ved blodtryk 120/80: VPH0120 + VPH0080)
- Relevante A-diagnoser: DI01*, DI02*, DI05*, DI06*, DI07*, DI08*, DI09*, DI10*, DI11*, DI12*, DI13*, DI15*, DI20*, DI21*, DI23*, DI24*, DI25*, DI26*, DI27*, DI28*, DI30*, DI31*, DI32*, DI34*, DI35*, DI36*, DI37*, DI38*, DI39*, DI40*, DI41*, DI42*, DI43*, DI44*, DI45*, DI46*, DI47, DI470A, DI470B, DI470C, DI470D, DI470H, DI470HA, DI470HB, DI471, DI471E*, DI471F*, DI471G, DI471H, DI51*, DI52*, DI70, DI709, DI71*, DI748, DI749, DI77*, DI78, DI789, DI79, DI790, DI95*, DI97, DI970, DI971*, DI978, DI979, DI98, DI980, DI981, DI988, DI99*, DZ035*, DZ941, DZ943, DZ95*, DZ50*, DZ713*. Symbolet * betyder inkl. alle underkoder.

Tidsgrænser

- Procedurekode registrering \leq 6 mdr. efter afslutningsdato for indexforløb

Algoritmeregler

- Ved flere registreringer \leq 6 mdr. anvendes den seneste

Indikator 8b. Opnåelse af blodtryksmål - 6-18 mdr. - ikke aktiv

| Indikatorområde | Indikator | Data kilde | Indikatorberegning |
|---------------------------------|---|-------------------|---|
| Opnåelse af blodtryksmål | Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der ved indenfor 6-18 mdr. har opfyldt behandlingsmål for blodtryk | LPR | Tæller: Patienter der ved afslutning har opfyldt behandlingsmål for blodtryk efter 6-18 mdr. Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG |

Beskrivelse

Indikatoren er ikke aktiv da den er afhængig af data fra almen praksis,

Indikator 9. Patienter med DM2 i behandling med GLP-1 eller SGLT-2

| Indikatorområde | Indikator | Data kilde | Indikatorberegning |
|-----------------|--|------------|---|
| Diabetes | Andel patienter med AMI, PCI eller CABG og DM2, der er i behandling med GLP-1 eller SGLT-2 | LPR | <p>Tæller: Andel der indløst recept på GLP-1 eller SGLT-2 efter 6-18 mdr.</p> <p>Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG der havde DM2 diagnose ved event</p> |

Beskrivelse

Indikatoren er opfyldt når patienter med AMI, PCI eller CABG der havde diabetes mellitus type 2 (DM2) ved event har indløst recept for GLP-1 eller SGLT-2 i perioden 6-18 mdr. efter event.

Kodning - Sygehus

- DM2 population samt debutdato trækkes fra RKKP databasen Dansk Diabetes Database (DDiD)
- Indløsning af GLP-1 og SGLT-2 trækkes fra Lægemedelstatistikregisteret
Følgende ATC koder anvendes til formålet: A10BJ*, a10AE56, A10BK*, A10BD15, A10BD16, A10BD19, A10BD20, A10BD21, A10BD23 og A10BD24

Tidsgrænser

- Debutdato for DM2 \leq afslutningsdato for indexforløb
- LSR registrering 6-18 mdr. efter afslutningsdato for indexforløb

Indikator 10. Årsstatus i almen praksis – ikke aktiv

| Indikatorområde | Indikator | Data kilde | Indikatorberegning |
|-----------------|---|------------|---|
| Årsstatus | Andel patienter med AMI, PCI eller CABG, der har fået foretaget årsstatus i almen praksis 6-18 mdr. | LPR | Tæller: Andel der har fået foretaget årsstatus i almen praksis 6-18 mdr. Nævner: Patienter med AMI, PCI eller CABG |

Beskrivelse

Indikatoren er ikke aktiv da den er afhængig af data fra almen praksis,

3. Ændringslog

| Version | Dato for ændring | Beskrivelse | Ansvarlig |
|---------|------------------|--|-----------|
| 1.1 | 12.12.2022 | Tilføjet eller "ZZ3931 – Arbejds-EKG med iltmåling" som mulighed i indikator 6. | ADMS |
| 1.2 | 05.01.2023 | Ændret begrebet watt-max test til symptomlimiteret test | ADMS |
| 1.3 | 23.01.2023 | Præcisering af "individuel vurdering ved klinisk diætist" i 4a og 4b | ADMS |
| 1.4 | 16.03.2023 | Yderligere præcisering af individuel vurdering ved klinisk diætist i 4a-b | ADMS |
| 1.5 | 27.04.2023 | <ul style="list-style-type: none"> Allokering af patienter: præciseret at der fortrinsvis allokeres til hjerteafdeling hvis der har været kontakt hertil s. 8 Sproglig rettelse til indikatorer hvor proceduren kan forekomme under primær indlæggelse i afsnittet "tidsgrænser" Indikator 3: fjernet "AWG*" som mulige procedurekoder for at registrere træning Indikator 4a: fjernet sætning om "hjertesund" Indikator 4b: præcisering i "indberetning kommuner" | ADMS |
| 1.6 | 01.06.2023 | <ul style="list-style-type: none"> Indsat kapitel Introduktion | AN |
| 1.6 | 28.06.2023 | <ul style="list-style-type: none"> Indsat AWG1 og AWG2 igen | AN |
| 1.7 | 10.08.2023 | <ul style="list-style-type: none"> Indsat Sammenhæng mellem rehabiliteringsforløbet og indikatorer, samt Bilag 3 Diætbehandling eller diætvejledning | AN |
| 2 | 01.01.2024 | <ul style="list-style-type: none"> Diverse rettelser i indledende kapitel Eksklusion af patienter med hjertesvigt i 1 Populationsdannelse Indikator 1 – patientpopulation slettes. Erstatte af deskriptive data. LDL og blodtryksindikatorer rettet så registrering ≤ 6 mdr. efter afslutningsdato for indexforløb gælder Rygestopsintervention (BRXT*) udgår på sygehuse DZ500 erstattes af DZ50* som relevant a-diagnose DZ713* tilføjet som relevant a-diagnose BZFC8 flyttes fra fysisk træning til patientundervisning BUBD0-1 tilføjet som procedurekode i indikatorer relaterede til diæt Muligheder for WHO5 samt MDI2/ASS2 inkluderes i angst/depressionsindikatorer Tilføjet almen praksis indikatorer (LDL, blodtryk og årsstatus) Tilføjet indikator ang. GLP1/SGLT2 til DM2 ptt | ADMS |
| 2.1 | 23.01.2024 | <ul style="list-style-type: none"> Fjernet DI50 som relevant diagnosekode Rettet nummerering så de passer med officiel dokumentation | ADMS |

Bilag 1. Optageområder for sygehuse

Til vurderingen af rette "hjemssygehus" bruges de følgende optageområder:

| Region Hovedstaden | Kommunekode | Kommune |
|--|--------------------|---------------------------------------|
| Amager og Hvidovre Hospital, Amager | 155 | Dragør |
| | 185 | Tårnby |
| | 101 | Postnumre under Københavns Kommune |
| Amager og Hvidovre Hospital, Hvidovre | 153 | Brøndby |
| | 165 | Albertslund |
| | 167 | Hvidovre |
| | 101 | Postnumre under Københavns Kommune |
| Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler | 147 | Frederiksberg |
| | 101 | Postnumre under Københavns Kommune |
| Bornholms Hospital | 400 | Bornholm |
| | 411 | Christiansø |
| Herlev og Gentofte Hospital, Gentofte | 157 | Gentofte |
| | 173 | Lyngby-Tårnbæk |
| | 190 | Furesø |
| | 230 | Rudersdal |
| | 101 | Postnumre under Københavns Kommune |
| Herlev og Gentofte Hospital, Herlev | 151 | Ballerup |
| | 240 | Egedal |
| | 159 | Gladsaxe |
| | 163 | Herlev |
| | 175 | Rødovre |
| | 101 | Postnumre under Københavns Kommune |
| Rigshospitalet Glostrup | 165 | Albertslund |
| | 161 | Glostrup |
| | 169 | Høje-Tåstrup |
| | 183 | Ishøj |
| | 187 | Vallensbæk |

| | | |
|------------------------|-----|-----------------------------------|
| Nordsjællands Hospital | 250 | Frederikssund |
| | 260 | Halsnæs (Frederiksværk-Hundested) |
| | 210 | Fredensborg |
| | 270 | Gribskov |
| | 217 | Helsingør |
| | 219 | Hillerød |
| | 201 | Allerød |
| | 223 | Hørsholm |

Rigshospitalet Ingen tilknyttet kommune eller postnumre

Fordeling af postnumre i Københavns Kommune til hospitaler i Region Hovedstaden

| |
|--|
| 1000-1499 København K – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital |
| 1500-1799 København V – Hvidovre Hospital |
| 2100 København Ø – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital |
| 2150 Nordhavn – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital |
| 2200 København N – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital |
| 2300 København S – Amager Hospital |
| 2400 København NV – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital |
| 2450 København SV – Hvidovre Hospital |
| 2500 Valby – Hvidovre Hospital |
| 2700 Brønshøj – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital |
| 2720 Vanløse – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital |
| 2770 Kastrup – Amager Hospital |
| 2860 Søborg – Herlev Hospital |
| 2900 Hellerup – Gentofte Hospital |

| Region Sjælland | Kommunekode | Kommune |
|--|-------------|--------------|
| Holbæk Sygehus | 316 | Holbæk |
| | 326 | Kalundborg |
| | 350 | Lejre |
| | 306 | Odsherred |
| Nykøbing F Sygehus | 376 | Guldborgsund |
| | 360 | Lolland |
| | 390 | Vordingborg |
| Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse, Næstved | 370 | Næstved |
| Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse, Ringsted og Slagelse | 329 | Ringsted |
| | 330 | Slagelse |
| | 340 | Sorø |

| | | |
|--|--------------------|----------------|
| Sjællands Universitetshospital | 253 | Greve |
| | 320 | Faxe |
| | 259 | Køge |
| | 265 | Roskilde |
| | 269 | Solrød |
| | 336 | Stevns |
| Region Syddanmark | Kommunekode | Kommune |
| Sygehus Lillebælt, Kolding | 621 | Kolding |
| | 410 | Middelfart |
| | 607 | Fredericia |
| | 575 | Vejen |
| Sygehus Lillebælt, Vejle | 630 | Vejle |
| Odense Universitetshospital | 461 | Odense |
| | 480 | Nordfyn |
| Odense Universitetshospital, Svendborg | 479 | Svendborg |
| | 440 | Kerteminde |
| | 430 | Midtfyn |
| | 420 | Assens |
| | 482 | Langeland |
| | 492 | Ærø |
| | 450 | Nyborg |
| Sydvestjysk Sygehus | 561 | Esbjerg |
| | 573 | Varde |
| | 530 | Billund |
| | 563 | Fanø |
| | 575 | Vejen |
| Sygehus Sønderjylland | 510 | Haderslev |
| | 540 | Sønderborg |
| | 580 | Aabenraa |
| | 550 | Tønder |
| Region Midtjylland | Kommunekode | Kommune |
| Aarhus Universitetshospital | 751 | Aarhus |
| | 741 | Samsø |
| Hospitalsenhed Midt | 791 | Viborg |
| | 779 | Skive |
| | 740 | Silkeborg |

| | | |
|---------------------------------------|--------------------|-------------------|
| Regionshospitalet Gødstrup | 657 | Herning |
| | 756 | Ikast-Brande |
| | 661 | Holstebro |
| | 665 | Lemvig |
| | 760 | Ringkøbing-Skjern |
| | 671 | Struer |
| Regionshospitalet Horsens | 615 | Horsens |
| | 766 | Hedensted |
| | 746 | Skanderborg |
| | 727 | Odder |
| Regionshospitalet Randers | 706 | Syddjurs |
| | 707 | Norddjurs |
| | 710 | Favrskov |
| | 730 | Randers |
| Region Nordjylland | Kommunekode | Kommune |
| Aalborg Universitetshospital | 851 | Ålborg |
| | 849 | Jammerbugt |
| | 846 | Mariager |
| | 840 | Rebild |
| | 820 | Vesthimmerland |
| Aalborg Universitetshospital, Thisted | 787 | Thisted |
| | 773 | Morsø |
| Regionshospitalet Nordjylland | 813 | Frederikshavn |
| | 810 | Brønderslev |
| | 860 | Hjørring |
| | 825 | Læsø |

Bilag 2. Kodeliste – Sygehuse

| Indikator | Relevante koder |
|--|---|
| 1 Ambulant opfølgning | Ingen - automatisk |
| 2. Deltagelse | <ul style="list-style-type: none"> Fysisk træning: AWG1, AWG2, BLKZ*, BLNA*, BLNR*, BZFB0, Patientundervisning: BZFA00*, BVDH, BVDS, BVDY0*, BZFC8 Diætbehandling: BUG*, BUBD, BUBD0, BUBD1 |
| 3a Screenet med hjertekostskema | <ul style="list-style-type: none"> "ZZV020L1 - Vurdering med hjertekostskema, fedtscore" + værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0100 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005, 10 = VPH0010 eller 100 = VPH0100) "ZZV020L2 - Vurdering med hjertekostskema, FiskFrugtGrønt-score" + værdikode (tillægskode) for resultat : VPH0000-VPH0100 |
| 3b Diætbehandling ved klinisk diætist | <ul style="list-style-type: none"> Diætbehandling: BUG*, BUBD, BUBD0, BUBD1 |
| 4a/4b Angst og depressions screening og forbedring | <ul style="list-style-type: none"> HADS: "ZZV020R1 - Vurdering af angst med HADS-A skala" + værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0021 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005 eller 21 = VPH0021) "ZZV020R2 - Vurdering af depression med HADS-D skala" + værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0021 WHO5 og MDI2/ASS2: "ZZV020S - Vurdering efter WHO-5 Trivselsindeks" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0025 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005 eller 25 = VPH0025) "ZZV020R3A - MDI-2: trist til mode, ked af det" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0005 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005) "ZZV020R3B - MDI-2: interesse for dine daglige gøremål og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0005 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005) "ZZV020R4A - ASS-2, nervøs: anspændt eller følt indre uro" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0005 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005) "ZZV020R4B - ASS-2: meget bekymret over selv de mindste ting i dagligdag" og værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000-VPH0005 (f.eks. kodes resultatet 5 = VPH0005) |
| 5 Arbejdskapacitet | <ul style="list-style-type: none"> Symptomlimeret test: "ZZ3930 – Arbejds-EKG" eller "ZZ3931 – Arbejds-EKG med iltmåling" + værdikode (tillægskode) for resultat: VPH0000. (f.eks. kodes en værdi på 90 watt: VPH0090 eller 110 watt: VPH0110) 6-minutters gangtest: "ZZ5080B - 6-minutters gangtest, meter" + værdikode (tillægskode) for meter VPH000 (f.eks. kodes et resultat på 40 meter: VPH0040 eller 200 meter: VPH0200) |
| 6 Rygeophør | <ul style="list-style-type: none"> ZZP01A1A – Ryger, ZZP01A1B2 - Tidligere ryger, ZZP01A1B3 – Aldrig ryger |
| 7 LDL | Ingen – Automatisk |

| | |
|------------|--|
| 8 Blodtryk | <ul style="list-style-type: none">• Konsultationsblodtryk: "ZZ3160 – Blodtryksmåling" + VPH værdikoder (tillægskoder) for systolisk og diastolisk blodtryk (f.eks. ved blodtryk 120/80: VPH0120 + VPH0080) Hjemmeblodtryk: "ZZ3170 - Hjemmeblodtryksmåling udført af patienten" + VPH værdikoder (tillægskoder) for systolisk og diastolisk blodtryk Døgnblodtryk: "ZZ3180 - Døgn-blodtryksmåling" og VPH værdikoder (tillægskoder) for systolisk og diastolisk blodtryk (gennemsnit i dagtid) (f.eks. ved blodtryk 120/80: VPH0120 + VPH0080) |
| 9 DM2 | <ul style="list-style-type: none">• Ingen - Automatisk |

Symbolet * betyder inkl. alle underkoder.

Bilag 3. Diætbehandling eller diætvejledning

Diætbehandling eller diætvejledning- same same but different?

Overordnet set tilbydes der behandling i regionerne, og der tilbydes forebyggende og sundhedsfremmende indsatser til borgere i kommunerne (Sundhedsloven §119 Stk. 2).

Diætvejledning vil nok være det mest logiske, at tilbyde borgerne vedr. kost ved hjertesygdomme.

Men i DHRD har diætisterne i styregruppen indført en indikator kaldet **diætbehandling**.

Fejl?

Nej bestemt ikke. Men terminologien kan let forvirre.

Her følger vores korte version, som bud på uddybning og forklaring:

- Kostvejledning tilbydes raske i forbindelse med forebyggelse, hvor raske får almene officielle kostråd af en ikke nærmere defineret faggruppe.

Diætvejledning er *ikke* det samme som kostvejledning.

- Diætvejledning er den individuelle orienterede samtale om baggrunden for diætprincipperne (her ift. hjertesygdommen) og deres anvendelse i praksis. Diætvejledning anses reelt, som en del af diætbehandlingen(!)
- Diætbehandling: Favner et individuel forløb (intervention) i forhold til et ernæringsproblem for personer med behov for diæt (hjertekost) omfattende mere end samtalen om diæten:

Diætbehandling omfatter:

- 1) Ernæringsudredning/Dataindsamling, incl. Kostanamnesen, som er central, som redskab til indsamling af data. Andre data kan f.eks. være sociale forhold, antropometriske målinger og biokemiske parametre (blodprøvesvar)
- 2) Ernæringsdiagnose/analyse; Ernæringsvurdering, diætetisk problemstilling.
- 3) Ernæringsintervention/planlægning; udvælgelsen af pædagogisk teori/didaktisk metode. At overveje de handlinger, der skal udføres. At fastsætte mål sammen med patienten. At vælge de materialer, der er nødvendige for behandlingen.
- 4) Handling, dvs. diætvejledningen omkring diætprincipperne, journalføring.
- 5) Monitorering/evaluering; fornyet dataindsamling og analyse, vurdering af pt/ borgerens forståelse, motivation og effektmål.

Diætbehandlingen er, hvor det er muligt evidensbaseret.

Diætbehandling kan også ske i gruppe, her er det primært handlingen (diætvejledningen omkring principperne), der er i centrum, da dataindsamling og analyse ofte kræver mere individuelle hensyn. 2

Kliniske diætister er den faggruppe, som er uddannet til at varetage diætbehandling jvf. virksomhedsområdet: § 1. Virksomhed som klinisk diætist omfatter **diætbehandling af ernæringsrelaterede sygdomme så som diabetes, allergi, hjertesygdomme, fedme, spiseforstyrrelser, sygdomsbetinget væggtab m.v., herunder såvel udformning af diæten som personlig vejledning af patienten. Stk. 2. Virksomheden omfatter desuden kostvejledning til raske personer med sygdomsforebyggende formål.** (Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse om virksomhed som klinisk diætist. BEK nr. 880 af 30/09/1996)

Vi bruger altså fortsat begge termer, og faktisk anvender vi mere og mere "diæt- og ernæringsbehandling" i vores ydelse. Behandlings"toningen" påfører ikke et lægefagligt element til hjerterehabiteringen eller stiller større krav til kommunerne i fremtiden i forhold kost- og ernæringsområdet og den diætiske ernæringsindsats. Vi har døbt indikatoren Diætbehandling qua det er mere dækkende for diætistens ydelse i hjerterehabiteringen (vurdering, diagnostik, monitorering), som altså favner flere elementer end diætvejledning gør. Både patienten i regionerne og borgerne i kommuner bør få muligheden for diætbehandling efter behov.

Kommunernes Landsforening (KL) udvidede i 2019 fællessprog 3 (FS3) til også at omfatte forebyggelsesindsatser, hvor termerne for ernæringsområdet blev defineret. I FS3 anvendes nu kostvejledning og diætbehandling (<https://www.kl.dk/media/51641/vejledning-til-fsiii-sundhedsfremme-og-forebyggelse.pdf>.)

Definitionen og beskrivelsen af diætbehandling i FS3 tager afsæt i NCP-modellen*, som er den nyere model diætister anvender, når de udøver deres behandling.

* NCP: Nutrition Care Process

Her følger uddrag af FS3 vedr. terminologien: **Eksempler**

Kostvejledning

Vejledning om de officielle (generelle) kostråd suppleret af relevante ernæringsanbefalinger.

Formålet med kostvejledning er, at borgeren tilegner sig viden om de officielle kostråd og gældende ernæringsanbefalinger i forhold til generel sundhed og forebyggelse af sygdom.

Kostvejledning kan fx omhandle: - Vejledning om sunde mad- og måltidsvaner - Undervisning i kostråd - Valg af fødevarer og sammensætning af måltider - Udredning, monitorering og evaluering i et forebyggende og/eller sundhedsfremmende perspektiv - mm.

Bilag 4. WHO5 og MD2/ASS2 beskrivelse

WHO-5 er et spørgeskemabatteri, der måler den mentale trivsel og livskvaliteten inden for de sidste to uger. WHO5 udgøres af fem spørgsmål, der hvert vurderes på en Likert-skala fra 0-5. Scoren fra hvert spørgsmål lægges sammen og multipliceres med 4, således ender det med en skala, der går fra 0 til 100. En høj score indikerer høj trivsel mens en lav score (< 50) indikerer dårlig trivsel [1]. WHO-5 er et internationalt anerkendt spørgeskema, med en forholdsvis høj sensitivitet (0,57-1,00) og specificitet (0,63-0,89) [2].

Undersøgelser viser, at WHO-5 kan bruges til at screene for depression og angst, hvis en score indikerer dårlig trivsel, dog skal screeningen følges op med et andet spørgeskema [1,3].

MDI-2 er de to første spørgsmål, der måler generelle symptomer på depression, fra depressionsskalaen, Major Depression Inventory (MDI). De to spørgsmål måles på en seks-point Likert-skala fra 0 til 5, og en høj score indikerer højt niveau af depressionssymptomer [1]. MDI er et valideret generisk spørgeskema, mens MDI-2 endnu ikke er valideret [4].

ASS-2 måler generelle symptomer på angst, og er de to første spørgsmål fra angstskaalen, Anxiety Symptom Scale (ASS). De to spørgsmål måles på en seks-point Likert-skala fra 0 til 5, og en høj score indikerer højt niveau af angstsymptomer [1]. ASS er et generisk spørgeskema, der endnu ikke valideret, men bruges i almen praksis i dag og valideringsproces er i gang i forskningsenheden for almen praksis, Aarhus Universitet. ASS-2 er ligeledes ikke valideret [4].

Kilder:

1. Johnsen NF, Christensen KB, Jensen SN, Gislason G. *Kan kombinationen af WHO-5/ASS-2/MDI-2 erstatte HADS til screening for angst og depression blandt hjertepatienter med iskæmisk hjertesygdom?* Hjerteforeningen, 2022.
2. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard, S, Bech P. *The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature.* Psychother Psychosom 2015; 84: 167–176.
3. Folker H, Folker AP. *WHO-5 som en simpelt instrument til måling af livskvalitet i den daglige klinik.* Ugeskrift for læger, 29. februar 2008.
4. PRO-sekretariatet. *PRO Hjerterehabilitering – Opsamlingsrapport fra workshopforløb for udvikling af PRO-værktøj indenfor Hjerterehabilitering.* Sundhedsdatastyrelsen, 2019.

