

Dansk Hjertesvigtdatabase

Datadefinitioner

© RKKP 2024

Henvendelse kan ske til:
Kvalitetskonsulent Anne Nakano
annjes@rkkp.dk
21 68 76 88

Udgiver:
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram
Hedeager 3
8200 Aarhus N

www.rkkp.dk

Version 6.1
Versionsdato: 12.03.2024

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

Indledning	4
Diagnose- og inklusionskriterier	4
Inklusionsdiagnoser	5
Procedure ved indberetning	6
Eksklusionskriterier	6
Svarkategori "ikke relevant"	7
Dataindberettende enheder	7
Definition af variable	8
Patientdata	8
Status ved start af aktuelle sygdomsforløb	8
Det diagnostiske forløb	10
Den medicinske behandling	11
Fysisk træning	13
Patientuddannelse	13
Udskrivelsesdiagnose	14
Genindlæggelse	15
Opfølgende indikatorer	15
Referencer	17
Bilag	18
Operationalisering af inklusionskriterier	18
Tilbagemeldingsskema	20
Flowchart for in- og eksklusion i Dansk Hjertesvigtdatabase	21

Indledning

Hjertesvigt er en fælles betegnelse for en heterogen sygdoms enhed, der har det til fælles, at udgangspunktet er en kardiell dysfunktion. Hjertesvigt har forskellige kliniske objektive manifestationer bl.a. kronisk versus akut og systolisk versus non-systolisk (ref. 1, 2).

I Dansk Hjertesvigt database inkluderes førstegangsregistrerede patienter med hjertesvigt, som enten er diagnosticeret under indlæggelse eller ambulat i hospitals regi.

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

Styregruppen i DHD er tværfagligt sammensat med læger, sygeplejersker, fysioterapeuter og patientrepræsentanter. Der er lægefaglig repræsentation fra alle fem regioner samt almen praksis. Det er styregruppen, der løbende udvælger et sæt af indikatorer med tilhørende standarder til måling af kvaliteten af de sundhedsfaglige kerneydelser til patienter med hjertesvigt. Hidtil har indikationerne i DHD udelukkende vedrørt kvaliteten af sundhedsfaglige ydelser i hospitals regi. Men i 2017 blev det aftalt mellem Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation (PLO), at almen praksis også skal indberette data for patienter med hjertesvigt til DHD. Aktuelt er indberetningen fra almen praksis dog ikke påbegyndt.

Det aktuelle indikatorsæt gældende for hospitaler fremgår af databasens hjemmeside:
<https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/dansk-hjertesvigtdatabase/>.

Datadefinitioner i indeværende dokument er gældende for måling af kvaliteten af de sundhedsfaglige kerneydelser til **patienter med hjertesvigt i hospitals regi**.

Diagnose- og inklusionskriterier

Alle patienter ≥ 18 år med førstegangsregistreret hjertesvigt som aktionsdiagnose (A-diagnose), skal indberettes til DHD ud fra følgende kriterier (ref. 3):

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

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

Ved symptomer forstås:

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

Ved objektive tegn på hjertedysfunktion forstås:

- F.eks. krepitation ved lungestetoskopi, ødemer, samt tegn til strukturel hjertesygdom, eller ekkokardiografisk påvist nedsat LVEF ($\leq 40\%$), diastolisk dysfunktion eller forhøjet fyldningstryk.

Styregruppen opfatter patienter med hjertesvigt som:

Patienter med symptomer på hjertesvigt, som opstartes i medicinsk behandling, sædvanligvis diuretika og/eller ACE-hæmmer (ATII-receptor antagonist), samt objektiv evidens for, at der er en kardiell årsag til hjertesvigtsymptomerne, herunder specielt ekkokardiografisk verificering af kardiell dysfunktion (systolisk og/eller diastolisk dysfunktion), kardiomegali/stase ved røntgen af thorax eller EKG-forandringer, som kan støtte mistanke om hjertesvigt.

Indberetning til DHD vedrører alle patienter med førstegangsdiagnosticeret hjertesvigt som behandles i det danske sundhedsvæsen, såfremt de opfylder inklusionskriterierne. For *udlændinge* uden dansk cpr-nr. indberettes data svarende til indlæggelsesforløbet; men der vil ikke være mulighed for opfølgning i forhold til indikatorer, der ligger ud over indlæggelsesforløbet.

Inklusionsdiagnoser

Patienter med hjertesvigt, som skal inkluderes i DHD, defineres ud fra en af følgende førstegangs hospitalsaktionsdiagnoser ved udskrivelse/ambulant kontakt:

- DI11.0 Incompensatio cordis hypertensiva
- DI13.0 Morbus cordis hypertensivus et morbus hypertensivus renalis med hjertesvigt
- DI13.2 Morbus cordis hypertensivus et morbus hypertensivus renalis med hjertesvigt og nyresvigt
- DI42.0 Cardiomyopathia congestiva
- DI42.6 Cardiomyopathia alcoholica
- DI42.7 Cardiomyopathia forårsaget af medikamina eller andre ydre påvirkninger
- DI42.9 Cardiomyopathia uden specifikation
- DI50.0 Incompensatio cordis congestiva
- DI50.1 Incompensatio cordis sinistri
- DI50.1b Kardialt lungeødem
- DI50.9 Hjerteinkompensation uden specifikation

Procedure ved indberetning

Kun patienter, som indlægges for første gang eller har første ambulante fremmøde med en af ovenstående aktionsdiagnoser, skal inkluderes i DHD. Hvis en patient fx. indlægges på et heldøgnsafsnit under aktionsdiagnosen Pneumoni med bi-diagnosen Hjertesvigt (DI50.0) og herefter udskrives med opfølgning og kontrol i ambulatoriet, skal vedkommende kun inkluderes i DHD, såfremt patientens aktionsdiagnose hermed skifter til DI50.0. Endvidere inkluderes patienten også, hvis han/hun ved opfølgning i ambulatoriet på et senere tidspunkt får en hjertesvigtssdiagnose som aktionsdiagnose.

Hvis det vurderes, at det drejer sig om hjertesvigt, hvor atrieflimren er sekundært til hjertesvigt, skal patienten registreres i DHD.

Registreringen kan foregå fortløbende for hver enkelt patient eller 12 uger efter den første kontakt. Det anbefales, at klinikken løbende forholder sig til dækningsgradsoversigten, som kan findes i regionernes ledelsesinformationssystem. Her er det muligt at se alle patienter, som indlægges med hjertesvigt som aktionsdiagnose. Via en gennemgang af disse patienter, kan klinikken identificere, om der er relevante patienter på listen, der opfylder inklusionskriterierne og dermed skal indberettes til databasen, eller om der skal indleveres et tilbagemeldingsskema, så patientens navn fjernes fra dækningsgradsopgørelsen, da vedkommende ikke opfylder inklusionskriterierne. En anden mulighed er et udtræk fra det Patient Administrative System (indeholdende liste med cpr.nr for de relevante inklusionsdiagnoser, hvor dato for 'forløbsstart' er 12 uger tidligere).

Eksklusionskriterier

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

I forhold til henholdsvis in- og eksklusionskriterier, se venligst bilag 1 inklusiv figur, bagerst i dette dokument.

Svarkategori "ikke relevant"

Det er af analyse-mæssige årsager besluttet, at det ikke skal være muligt at afkrydse en rubrik med "ikke relevant" for de enkelte variable. Ved fastsættelsen af standarden for den enkelte indikator tages der højde for, at standarden ikke er relevant for alle patienter, idet standarden reduceres ud fra en faglig vurdering af andelen af patienter for hvilke, indikatoren ikke er relevant.

Som eksempler kan nævnes:

Eksempel:

ACE-Hæmmer/ATII-receptorantagonist: Har en standard på min. 90 %. Dette betyder, at man forventer, det er muligt at opnå, at 90 % af patienterne med hjertesvigt med nedsat systolisk funktion (LVEF \leq 40 %), er i eller opstartes i behandling med ACE-hæmmer/ATII-receptor antagonist senest 8 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt. Heri ligger implicit, at der vil være 10 %, som enten har kontraindikationer, eller af anden årsag ikke kan opstarte behandlingen.

Dataindberettende enheder

De dataindberettende enheder er de afdelinger/enheder eller kardiologiske ambulatorier/hjertesvigtklinikker, som varetager den primære behandling og kontrol af hjertesvigtpatienten. Herunder alle de afdelinger, der er vurderet og oprettet som dataindberettende afdelinger til DHD.

Definition af variable

Patientdata

Cpr.nr.

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

Aktuelle sygdomsforløb

- Første gang behandleren møder patienten, der har hjertesvigt, markeres det i registreringsskemaet, om patienten ved inklusion i DHD er døgnindlagt (stationær) eller ambulant. Definitionen på døgnindlagt er, at patienten er indlagt akut på mindst 2 sammenhængende datoer, og således har én nat på sygehus.

Dato for indlæggelse / første ambulante kontakt

- Angives som dd-mm-åå.

Dato for udskrivelse (vedrører kun indlagte patienter):

- Angiver om patienten er blevet udskrevet på registreringstidspunktet.
- Angives som "Ja" eller "Nej" samt dato (dd-mm-åå) hvis "Ja".

Status ved udskrivelsen

- Angives som "Levende" eller "Død". Hvis patienten er død, angives dato for død (dd-mm-åå).

Overflyttet til anden afdeling

- Hvis patienten i forbindelse med det aktuelle patientforløb overflyttes til anden afdeling/hospital, som herefter skal varetage den videre dataindsamling og indberetning i forhold til hjertesvigtforløbet, skal der foretages en 'teknisk flytning af patientforløbet' i indberetningssystemet (KIP). *Endnu er denne funktion ikke mulig i systemet, hvorfor afdelingerne imellem må finde løsninger for at gøre hinanden opmærksomme på, når der er en patient, der skal indberettes til databasen.*
- Indberetning foretages af det hospital, som har hovedansvaret for patientens behandling.
- Dato for overflytning angives som dd-mm-åå.

Status ved start af aktuelle sygdomsforløb

Akut Myokardieinfarkt

- Angiver om patienten tidligere har fået påvist akut myokardieinfarkt.
- Angives som "Ja" eller "Nej".

- Skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen.

Apopleksi

- Angiver om patienten tidligere har fået påvist apopleksi.
- Angives som "Ja" eller "Nej".
- Skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen.

Har patienten behandlingskrævende COLD?

- Angiver om patienten tidligere har fået påvist behandlingskrævende kronisk obstruktiv lungesygdom.
- Angives som "Ja" eller "Nej".
- Skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen.

Diabetes

- Angiver om patienten har fået påvist diabetes (dækker både type 1 og type 2 diabetes).
- Angives som "Ja" eller "Nej".
- Skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen.

Hypertension

- Angiver om patienten ud fra en sundhedsfaglig vurdering har hypertensio arterialis.
- Angives som "Ja" eller "Nej".
- Skal være dokumenteret i patientjournalen, og gerne støttet af patientudsagn.

Er patientens s-Creatinin niveau $\geq 150 \mu\text{mol/l}$?

- Angiver om patienten har fået målt s-Creatinin niveau $\geq 150 \mu\text{mol/l}$.
- Angives som "Ja" eller "Nej".
- Værdien skal være anført og herved dokumenteret i patientjournalen.

Hvilken hjerterytme har patienten?

- Angiver om patienten har fået beskrevet hjerterytmen.
- Angives som sinusrytme "SR", Atrieflimmer eller Atrieflagren "Afli/Afla", "Andet" eller EKG mangler".
- Skal være dokumenteret i patientjournalen.

Alkoholforbrug

- Angiver hvor mange gentagne patienten drak ugentligt ved starten af det aktuelle sygdomsforløb
- Angives som "0-10 genstande pr. uge" eller "over 10 genstande pr. uge"
- Angives "Intet misbrug" eller "Nihil" i journalen, registreres dette som "0-10 genstande pr. uge".

Rygning

- Angiver patientens rygestatus ved starten af det aktuelle sygdomsforløb.
- Angives som "Ryger" (mere end 1 cigaret dagligt), "Tidligere ryger" (røgfri i over ½ år) eller "Aldrig røget"

Det diagnostiske forløb**Ekkokardiografi**

- Angiver om der er foretaget ekkokardiografi af patienten med bestemmelse af venstre ventrikels uddrivningsfunktion (Left Ventricular Ejection Fraction - LVEF).
- Angives som "Ja" eller "Nej" samt dato (dd-mm-åå), hvis "Ja".
- Besvares også med "Ja", hvis undersøgelsen er foretaget indenfor 6 måneder op til det aktuelle forløb, såfremt denne undersøgelse vurderes relevant at anvende på nuværende tidspunkt, og senest 7 hverdage efter indlæggelse/opstart af ambulante forløb.
- Hvis "Ja" angives endvidere den eksakte værdi for LVEF. Såfremt LVEF er angivet som et interval i journalen, skrives den værdi, der ligger midt i intervallet med en oprundet værdi. Eksempelvis: LVEF er vurderet til at ligge mellem 35 og 40%, så anføres 38% (37,5% oprundes til 38%).
- Hvis det ikke fremgår af journalen, om der er foretaget EKKO, sættes kryds i "Nej".

NYHA-klassifikation

- Angiver hvilken NYHA funktionsklasse patienten tilhørte på et givent tidspunkt inden for 12 uger efter indlæggelse/opstart af ambulante forløb. Det kan eksempelvis være ved udskrivelsen eller første ambulante kontrol.
- Angives som "NYHA: I", "NYHA: II", "NYHA: III" eller "NYHA: IV"

NYHA-definition:

NYHA I: Ingen begrænsninger. Almindelig fysisk aktivitet forårsager ingen træthed, dyspnø eller palpitationer.

NYHA II: Let begrænsning af den fysiske aktivitet. Ingen gener i hvile men almindelig aktivitet (trappegang til 2. sal, græsplæneklipping, støvsugning, bære tungere indkøb) medfører enten træthed, dyspnø og/eller palpitationer.

NYHA III: Mærkbar begrænsning af den fysiske aktivitet. Ingen gener i hvile men selv mindre aktivitet (gang på flad vej, af- og påklædning, trappegang til 1. sal) medfører enten træthed, dyspnø eller palpitationer.

NYHA IV: Ude af stand til at være fysisk aktiv uden ubehag: symptomer på hjertesvigt er til stede selv i hvile og forværres af enhver form for fysisk aktivitet. (Ref. 2, 3, 4)

Det er vigtigt, at NYHA-klassifikationen I-IV fremgår i journalen. Det er dog tilladt at bruge den skrevne tekst i journalen til at vurdere NYHA-klasse.

Den medicinske behandling

For alle medikamenterne er det gældende, at standarden for indikatoren er fastsat efter en faglig vurdering, både i forhold til andelen af patienter, der bør have medikamentet, men også i forhold til hvor mange det realistisk vil være muligt at sætte i den pågældende medicinske behandling. F.eks. er betablokker-behandling vigtig for patienter med hjertesvigt, og ønskeligt bør antallet af patienter, som får betablokker være tæt på 100%. Imidlertid vil der være patienter, som af forskellige årsager ikke kan få denne behandling, enten fordi de ikke tåler den, frasiger sig behandlingen, eller behandlingen er kontraindiceret. Derfor er standarden på betablokker sat til min. 80 %. Dette betyder i praksis, at der er 20 % af patienterne, som af forskellige årsager ikke kan/skal have betablokker. Indeholdt i disse 20 % er alle årsager såsom ovenfor nævnte: Patienten kan ikke tåle behandlingen, frasiger sig behandlingen, eller behandlingen er kontraindiceret etc.

ACE-hæmmer/ATII-receptor antagonistbehandling

Det er nødvendigt at have oplyst LVEF på patienten for at udregne denne indikator. LVEF skal være målt i perioden fra 6 måneder før til 7 hverdage efter indlæggelse/første ambulante kontakt.

- Det monitoreres, hvorvidt patienter, der i eller opstartede behandling inden for 8 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt, har indløst en recept på den medicinske behandling. Recepten skal være indløst i perioden 90 dage før til 8 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt. Det antages, at en indløst recept svarer til, at patienten tager medicinen efter forskrifterne og dermed har fastholdt den medicinske behandling. Med indløst recept menes, at der findes en ekspeditionsdato i Lægemiddelstatistikregistret.
- Følgende ATC-koder indgår som ACE-hæmmer/ATII-receptor antagonist:
C09 (undtaget C09DX04) Midler med virkning på renin-angiotensinsystemet (undtaget ARNi (Valsartan og Sacubtril)).

Betablokker

Det er nødvendigt at have oplyst LVEF på patienten for at udregne denne indikator. LVEF skal være målt i perioden fra 6 måneder før til 7 hverdage efter indlæggelse/første ambulante kontakt.

- Det monitoreres, hvorvidt patienter, der i eller opstartede behandling inden for 12 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt, har indløst en recept på den medicinske behandling. Recepten skal være indløst i perioden 90 dage før til 12 uger dage efter indlæggelse/første ambulante kontakt. Det antages, at en indløst recept svarer til, at patienten tager medicinen efter forskrifterne og dermed har fastholdt den medicinske behandling. Med indløst recept menes, at der findes en ekspeditionsdato i Lægemiddelstatistikregistret.
- Følgende ATC-koder indgår som betablokker:
C07 Beta-blokerende midler

MRA (aldosteron antagonist)

Det er nødvendigt at have oplyst LVEF på patienten for at udregne denne indikator. LVEF skal være målt i perioden fra 6 måneder før til 7 hverdage efter indlæggelse/første ambulante kontakt.

- Det monitoreres, hvorvidt patienter, der i eller opstartede behandling inden for 12 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt, har indløst en recept på den medicinske behandling. Recepten skal være indløst i perioden 90 dage før til 12 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt. Det antages, at en indløst recept svarer til, at patienten tager medicinen efter forskrifterne og dermed har fastholdt den medicinske behandling. Med indløst recept menes, at der findes en ekspeditionsdato i Lægemiddelstatistikregistret.
- Følgende ATC-koder indgår som MRA (aldosteron antagonist):
C03D Kaliumbesparende diuretika

SGLT2-hæmmer

Det er nødvendigt at have oplyst LVEF på patienten for at udregne denne indikator. LVEF skal være målt i perioden fra 6 måneder før til 7 hverdage efter indlæggelse/første ambulante kontakt.

- Det monitoreres, hvorvidt patienter, der i eller opstartede behandling inden for 12 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt, har indløst en recept på den medicinske behandling. Recepten skal være indløst i perioden 90 dage før til 12 uger efter indlæggelse/første ambulante kontakt. Det antages, at en indløst recept svarer til, at patienten tager medicinen efter forskrifterne og dermed har fastholdt den medicinske behandling. Med indløst recept menes, at der findes en ekspeditionsdato i Lægemiddelstatistikregistret.
- Følgende ATC-koder indgår som SGLT2-hæmmer:
A10BK Natrium-glucose co-transporter 2 (sglt2-hæmmer)
A10BD15 Metformin og dapagliflozin
A10BD16 Metformin og canagliforzin
A10BD19 Linagliptin og empagliflozin
A10BD20 Metformin og empagliflozin
A10BD21 Saxagliptin og dapagliflozin

Fysisk træning

Det er nødvendigt at have oplyst LVEF på patienten for at udregne denne indikator. LVEF skal være målt i perioden fra 6 måneder før til 7 hverdage efter indlæggelse/første ambulante kontakt

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

Hovedparten af patienterne med hjertesygdom har gavn af at være fysisk aktive livslangt og kan profitere af fysisk træning. En betydelig andel af hjertepatienter bør derfor anbefales fysisk træning som en del af behandlingen, og henvises til fysisk genoptræning via en genoptræningsplan i forbindelse med udskrivelse eller ambulante udredning og behandling (ref. 5). Da der vil være patienter, som ikke er relevante for henvisning til fysisk træning, eller som takker nej til fysisk træning, er standarden for denne indikator aktuelt 50%.

Der skal ligge en lægefaglig, individuel vurdering til grund for, om en patient er træningsegnede og skal henvises til superviseret fysisk træning (ref. 4,5). Patienten med hjertesvigt er typisk præget af forringet kondition og muskelfunktion og vil profitere af udholdenheds- og styrketræning jf. gældende NBV (ref. 5).

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

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

Patientuddannelse

Det er nødvendigt at have oplyst LVEF på patienten for at udregne denne indikator. LVEF skal være målt i perioden fra 6 måneder før til 7 hverdage dage efter indlæggelse/første ambulante kontakt.

Angiver om patienten under opfølgning i hjertesvigtssygdomsklinik/under indlæggelse påbegynder et individualiseret struktureret undervisningsprogram inden for 12 uger.

Angives som:

- ”Ja” samt dato (dd-mm-åå) for undervisningsstart hvis ”Ja”. Eftersom patientundervisning strækker sig over et længere behandlingsforløb, betragtes en start på undervisning i et eller flere af emnerne, tilpasset den individuelle patient, som en opfyldelse af indikatoren.
- ”Nej” angives, såfremt det fremgår af journalen, at undervisningsprogram er overvejet/vurderet i forhold til patienten, men ikke efterfølgende er blevet effektueret. ”Nej” angives endvidere, hvis patientens tilstand ikke er vurderet egnet til at gennemgå et struktureret undervisningsprogram (moribund, konfus etc.), eller hvis struktureret undervisningsprogram ikke på noget tidspunkt er blevet nævnt i journalen.

Ved et struktureret undervisningsprogram forstås, at patienten gennemgår et undervisningsprogram fastsat ud fra kriterier eller guidelines, som kan identificeres med ESC guidelines for hjertesvigt. Der skal i afdelingen være et undervisningsmateriale, som den enkelte sygeplejerske kan bruge til formålet.

Patienten skal både have mundtligt og skriftligt information. Programmet kan indeholde information om ernæring ved en klinisk diætist, fysisk træning ved en fysioterapeut, symptom, medicin- og sygdomsforståelse samt betydningen af risikofaktorer ved hjertesvigtssygeplejerske eller kardiolog.

Udskrivelsesdiagnose

Angiver udskrivelsesdiagnose i relation til det aktuelle forløb. Det vil sige den diagnose, patienten afslutter sit forløb med. Om udskrivelsen/afslutningen er til 'død' eller 'egen læge' eller noget helt tredje er underordnet.

Angives som:

- I11.0 (Incompensatio cordis hypertensiva)
- I13.0 (Morbus cordis hypertensivus et morbus hypertensivus renalis med hjertesvigt)
- I13.2 (Morbus cordis hypertensivus et morbus hypertensivus renalis med hjertesvigt og nyresvigt)
- I42.0 (Cardiomyopathia congestiva)
- I42.6 (Cardiomyopathia alcoholica)
- I42.7 (Kardiomyopathia forårsaget af medikamina eller andre ydre påvirkninger)
- I42.9 (Kardiomyopathia uden specifikation)
- I50.0 (Incompensatio cordis congestiva)
- I50.1 (Incompensatio cordis sinistri)
- I50.1b (Kardialt lungeødem)
- I50.9 (Hjerteinkompensation uden specifikation)

Genindlæggelse

Genindlæggelse omhandler en akut og uplanlagt genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivning/første ambulante kontakt, uanset årsag (ikke kun genindlæggelse med kardiologisk årsag), som strækker sig over mindst 2 datoer (mindst én overnatning på sygehus).

- Angiver om patienten er genindlagt indenfor 30 dage efter udskrivelse (for indlagte) eller første ambulante kontrol/kontakt (for ambulante).
- Angives som ”Ja” eller ”Nej” samt dato (dd-mm-åå) hvis ”Ja”.

Opfølgende indikatorer

De opfølgende indikatorer monitoreres på alle patienter med diagnosen hjertesvigt, som følges et år efter inklusionen i databasen. Populationen omfatter kun personer, som er live et år efter inklusionen.

Indikatorer, hvor den prævalente patientgruppe udgør populationen, beregnes på baggrund af data fra den dedikerede indberetning (KIP), Landspatientregistret, Lægemiddelstatistikregistret og CPR-registret.

Ekkokardiografi

- Angives for patienter med LVEF \leq 40%. LVEF skal være målt i perioden 6 måneder før til 7 hverdage dage efter indlæggelse/første ambulante kontakt.
- Angiver om patienten med hjertesvigt har fået foretaget ekkokardiografi i perioden 30 – 365 dage efter indlæggelsen/første ambulante kontakt.
- Gennemførelse af ekkokardiografi kodes og indberettes med én af følgende procedurekoder (inkl. dato):
 - UXUC80 Transthorakal ekkokardiografi
 - UXUC81 Transøsofageal ekkokardiografi

Medicinsk behandling

Det monitoreres, hvorvidt patienter, der var i eller opstartede ibehandling inden for 3 måneder efter indlæggelse/første ambulante kontakt, har indløst en recept på den medicinske behandling. Recepten skal være indløst i perioden 180 – 365 dage efter indlæggelse/første ambulante kontakt. Det antages, at en indløst recept svarer til, at patienten tager medicinen efter forskrifterne og dermed har fastholdt den medicinske behandling. Med indløst recept menes, at der findes en ekspeditionsdato i Lægemiddelstatistikregistret.

Der monitoreres på samme typer af medicin, som indgår i monitoreringen af den incidente population.

ACE-hæmmer/ ATII-receptor antagonistbehandling/ARNi

- Monitoreres hos patienter med LVEF \leq 40%. LVEF skal være målt i perioden 6 måneder før til 7 hverdage dage efter indlæggelse/første ambulante kontakt
- Følgende ATC-koder indgår som ACE-hæmmer/ATII-receptor antagonist/ARNi:
C09 Midler med virkning på renin-angiotensinsystemet

Betablokker

- Monitoreres hos for patienter med LVEF \leq 40%. LVEF skal være målt i perioden 6 måneder før til 7 hverdage dage efter indlæggelse/første ambulante kontakt
- Følgende ATC-koder indgår som betablokkere:
C07 Beta-blokerende midler

MRA (aldosteron antagonist)

- Monitoreres hos patienter med LVEF \leq 40%. LVEF skal være målt i perioden 6 måneder før til 7 hverdage dage efter indlæggelse/første ambulante kontakt
- Følgende ATC-koder indgår som MRA (aldosteron antagonist):
C03D Kaliumbesparende diuretika

SGLT2-hæmmer

- Monitoreres hos patienter med LVEF \leq 40%. LVEF skal være målt i perioden 6 måneder før til 7 hverdage dage efter indlæggelse/første ambulante kontakt
- Følgende ATC-koder indgår som SGLT2-hæmmer:
A10BK Natrium-glucose co-transporter 2 (sglt2-hæmmer)

ARNi

- Monitoreres hos patienter med LVEF \leq 40%. LVEF skal være målt i perioden 6 måneder før til 7 hverdage dage efter indlæggelse/første ambulante kontakt
- Følgende ATC-koder indgår som ARNi:
C09DX04 Valsartan og Sacubtril

Referencer

1. Dansk Cardiologisk Selskab 2023. Behandlingsvejledning: Akut hjertesvigt
<https://www.cardio.dk/akut-hf>
2. Dansk Cardiologisk Selskab 2023. Behandlingsvejledning: Kronisk hjertesvigt,
<https://www.cardio.dk/chf>
3. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European journal of heart failure. 2016; 18(8):891-975.
4. Dansk Hjertesvigtdatabase 2023. Evidensrapport
<https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/dansk-hjertesvigtdatabase/dokumentation/>
5. Dansk Cardiologisk Selskab 2023. Behandlingsvejledning: Hjerterehabilitering
<https://www.cardio.dk/hjerterehabilitering>

Bilag

Operationalisering af inklusionskriterier

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

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

Metoden beskrevet i dette bilag kan være en hjælp til at identificere patienter, der potentielt opfylder inklusionskriterierne.

Det anbefales, at denne metode anvendes i alle regioner eller et tilsvarende lokalt/regionalt system med henblik på at få en mere korrekt og ensartet indberetning til DHD fra alle dele af landet.

I det følgende beskrives RKKPs metode til hjælp til identificering af egnede patienter til inklusion i DHD:

1. Fra LPR trækkes oplysninger om alle patienter (behandlet enten ambulant eller indlagt) kodet med en af følgende aktionsdiagnoser:
 - DI11.0 (Incompensatio cordis hypertensiva)
 - DI13.0 (Morbus cordis hypertensivus et morbus hypertensivus renalis med hjertesvigt)
 - DI13.2 (Morbus cordis hypertensivus et morbus hypertensivus renalis med hjertesvigt og nyresvigt)
 - DI42.0 (Cardiomyopathia congestiva)
 - DI42.6 (Cardiomyopathia alcoholica)
 - DI42.7 (Cardiomyopathia forårsaget af medikamina eller andre ydre påvirkninger)
 - DI42.9 (Cardiomyopathia uden specifikation)
 - DI50.0 (Incompensatio cordis congestiva)
 - DI50.1 (Incompensatio cordis sinistri)
 - DI50.1b (Kardialt lungeødem)
 - DI50.9 (Hjerteinkompensation uden specifikation)

2. Herefter findes patienternes 1. kontakt i udtrækket – de antages at være incidente ifm. deres første kontakt med sygehuset (enten som indlagt eller ambulat kontakt) med aktionsdiagnose blandt de ovenstående.
3. Disse patienter samkøres med udtræk fra DHD mhp. at beregne databasens dækningsgrad og overensstemmelsesgrad:
 - a) Der er indberettet til DHD og patientforløbet kan genfindes i udtrækket fra LPR (*dækningsgraden er opfyldt*)
 - b) Patientforløbet findes i LPR-udtrækket men ikke kan genfindes i DHD (*dækningsgraden er ikke opfyldt*)
 - c) Patientforløbet findes i DHD men ikke kan genfindes i LPR med relevant aktionsdiagnose (*overensstemmelsesgraden er ikke opfyldt*)
4. I regionernes ledelsesinformationssystemer (LIS) præsenteres den aktuelle dækningsgrad, overensstemmelsesgrad samt indikatorresultater. Afdelingerne kan se egne resultater.
5. Hvis patientforløb fremgår på dækningsgradsopgørelsen som ikke-opfyldt, gennemgås disse på afdelingen mhp. vurdering af, om inklusionskriterierne til DHD er opfyldt. Hvis inklusionskriterierne er opfyldt, indberettes patientforløbene til DHD. Er det derimod ikke tilfældet, skal forløbene fjernes fra oversigten ved hjælp af et tilbagemeldingsskema.
6. Hvis patientforløb fremgår på oversigten over overensstemmelsesgrad som ikke-opfyldt, må disse også gennemgås mhp. vurdering af inklusionskriterier til DHD. Er inklusionen korrekt, må indberetningen til LPR revideres. Hvis indberetningen var en fejl, må de indberettede skemaer genåbnes og slettes.

Tilbagemeldingsskema

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

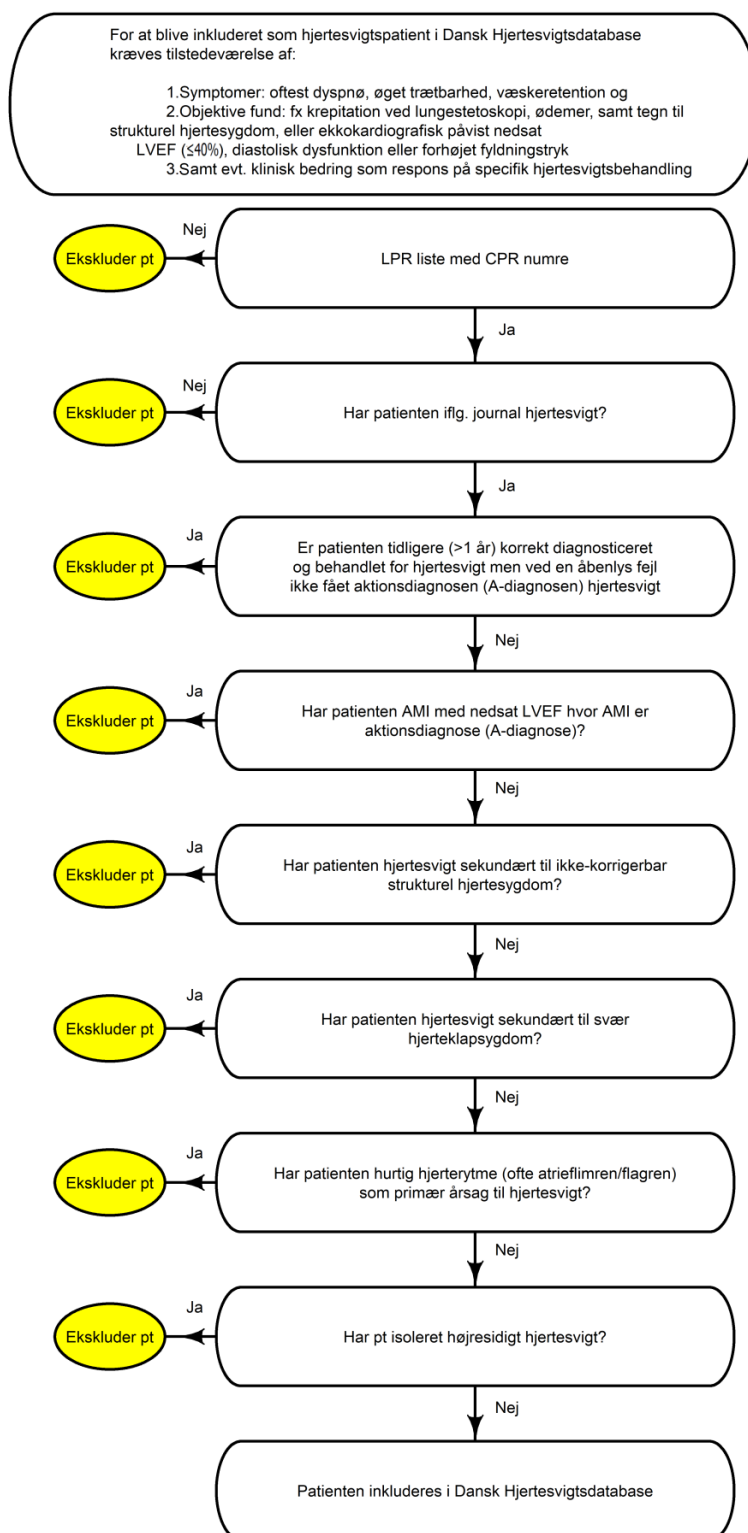
- Patientens CPR nr.
- Indlæggelsesdato eller dato for ambulans kontakt
- Årsag til at patienten ikke skal indberettes til DHD. Det er muligt at angive en af følgende årsager: "Patienten har tidligere kendt og korrekt diagnosticeret og behandlet hjertesvigt", "Patienter med akut myokardieinfarkt (AMI) med nedsat ejection fraction (EF/LVEF), hvor AMI er A-diagnosen", "Patienten har ikke korrigerbar strukturel hjertesygdom og deraf følgende hjertesvigt", "Primær årsag til hjertesvigt er hjerteklapsygdom og deraf følgende hjertesvigt", "Primær årsag til hjertesvigt er hurtig hjerteryhme (ofte atrieflimren) (kræver kardiologisk vurdering)", "Patienten har cor pulmonale", "Patienten har isoleret højresidig hjertesvigt", "Patienten har gået hos privatpraktiserende speciallæge i kardiologi og er blevet diagnosticeret og behandlet hos denne", "A-diagnose er ikke hjertesvigt" eller "Patientforløb flyttet i KIP til behandlingsansvarlig afd."

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

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

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

Flowchart for in- og eksklusion i Dansk Hertesvigtdatabase





regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram