



Opfølgning på hjerteområdet



Status og udfordringer

Opfølgning på hjerteområdet
Status og udfordringer

© Sundhedsstyrelsen, 2023.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-520-6

Sprog: Dansk
Version: 1.0
Versionsdato: 16.05.2023
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
maj 2023

Indholdsfortegnelse

Introduktion	4
1. Videngrundlag	5
1.1. Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram (RKKP).....	5
1.2. Øvrige relevante rapporter.....	6
1.3. Manglende viden.....	6
1.4. Opgørelsesperiode	6
2. Status og udfordringer	7
2.1. Iskæmisk hjertesygdom	9
2.2. Hjerteklapsygdom	10
2.3. Hjertesvigt	10
2.4. Hjerterytmeforstyrrelser	11
2.5. Hjertestop	13
2.6. Pacemaker og Implanterbar Cardioverter Defibrillator (ICD)	14
2.7. Rehabilitering ved iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og hjerteklapsygdom	14
2.8. Hjertesygdom og psykisk sygdom.....	15
2.9. Multisygdom	16
2.10. Ulighed i sundhed	16
3. Konklusion.....	17
Referencer.....	18

Introduktion

Med opbakning fra både patientorganisationer og de faglige miljøer besluttede Sundhedsstyrelsen i 2017 at udfase pakkeforløbene på hjerteområdet, da de ikke fungerede efter hensigten. Det viste sig blandt andet vanskeligt at visitere patienterne entydigt mellem de enkelte pakkeforløb. Der var behov for en anden tilgang, og i stedet blev der udarbejdet *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for patienter med hjertesygdom* (1). Med de nye anbefalinger var ambitionen, at den enkelte patient fik tilbudt individuelt tilrettelagte og sammenhængende forløb af høj og ensartet kvalitet.

Med de kliniske kvalitetsdatabaser i regi af Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram (RKKP) og arbejdet i Den Multidisciplinære Hjertergruppe (DMHG) sikres både en løbende, bred og dybdegående opfølgning på kvaliteten af udvalgte faglige indikatorer, der tilsammen dækker hjerteområdet bredt. Sundhedsstyrelsen finder derfor, at den fremadrettede opfølgning på hjerteområdet i højere grad bør gøre brug af allerede eksisterende data i stedet for at opbygge nye monitoreringssystemer.

Sundhedsstyrelsen ønsker fremover at følge hjerteområdet bredt set og vil derfor lave en årlig opfølgning på status og udfordringer på baggrund af faglige konklusioner og anbefalinger formidlet i årsrapporter fra de kliniske kvalitetsdatabaser, der tilsammen dækker store dele af hjerteområdet. Derudover inddrages Sundhedsstyrelsens udgivelser samt øvrige rapporter, der afdækker udfordringer på området, fx udgivelser fra patientforeninger, i relevant omfang. Opfølgningen vil have fokus på ensartet og høj kvalitet på tværs af landet, udviklingstendenser samt udfordringer.

Til den årlige opfølgning vil Sundhedsstyrelsen indhente rådgivning fra styrelsens Udvalg for Hjertesygdomme, hvor både faglige eksperter på hjerteområdet, regioner, kommuner og patienter er repræsenteret.

1. Videngrundlag

1.1. Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

RKKP står for drift og udvikling af en lang række kliniske kvalitetsdatabaser, der danner afsæt for vurdering af kvalitet af den sundhedsfaglige behandling og det løbende forbedringsarbejde af indsatser og resultater.

På hjerteområdet findes følgende databaser:

- Ablation.dk
- Databasen for atrieflimren i Danmark
- DANARREST – Registrering af hjertestop på hospital
- Dansk pacemaker og ICD register
- Dansk Hjerteregister
- Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase
- Dansk Hjertestopregister
- Dansk Hjertesvigtdatabase
- Dansk Register for Akut Koronart Syndrom (udgiver endnu ikke årsrapporter)
- Databasen for familiær hyperkolesterolæmi (udgiver endnu ikke årsrapporter)

Hver database har tilknyttet relevante faglige eksperter, der bidrager til fortolkning af data. Resultaterne for hver database præsenteres i en årsrapport, hvor data sammenholdes med fagligt fastsatte standarder, og der kommenteres på kvalitetsudviklingen på de enkelte sygdomsområder. Resultaterne leveres desuden direkte ind i regionernes ledelsesinformationssystemer. Sundhedsdatastyrelsen står for godkendelse af nyoprettede databaser og stiller ligeledes krav til datasæt, variabler og indikatorer.

Databaserne får dels data fra Landspatientregisteret, dels fra de regionale patientjournal-systemer og dels ved, at afdelingerne manuelt indberetter data. I flere af databaserne er der forsøg i gang med at inkludere data fra kommuner og almen praksis, og det er lykkedes for enkelte.

Databasen Dansk Register for Akut Koronart Syndrom har endnu ikke præsenteret data for den akutte og præhospitale indsats for hjertepatienter i en årsrapport. Databasen for Familiær Hyperkolesterolæmi har endnu heller ikke udgivet data for opsporing, diagnostisering og behandlingskvalitet for Familiær Hyperkolesterolæmi.

Dækningsgraden, dvs. hvor stor en andel af de relevante patientforløb, som er inkluderet i databasen, varierer mellem databaserne og mellem indikatorerne i de enkelte databaser. I enkelte tilfælde må der tages forbehold for manglende data, men generelt vurderer Sundhedsstyrelsen, at databaserne er valide til at tegne et billede af status og udfordringer på hjerteområdet.

Da data fra de kliniske kvalitetsdatabaser præsenteres i årlige rapporter, vil data ikke være tidstro, men de overordnede udfordringer og tendenser på hjerteområdet, som data afspejler, forventes ikke at ændre sig med korte intervaller. Hvis der er behov for yderligere at belyse udvalgte områder, kan der indhentes data fra Sundhedsdatastyrelsen.

COVID-19 pandemien og sygeplejestrejken i 2021 har haft indflydelse på sundhedsvæsenets drift, og det er muligt, at data for 2020-2021 ikke helt afspejler de normale tilstande på hjerteområdet.

1.2. Øvrige relevante rapporter

I denne første udgave af rapport om opfølgning på hjerteområdet inddrages flere udgivelser, der kan bidrage til at tegne et billede af status på hele hjerteområdet, herunder Hjerterforeningens rapport *Livet med en hjertesygdom* (2) fra 2021. Det fremgår i de enkelte afsnit, hvilke udgivelser teksten bygger på.

1.3. Manglende viden

Det ville være relevant i højere grad at inkludere data fra almen praksis og kommunerne for at give et overblik over og status for hele forløbet for en hjertepatient. Desværre indgår disse kun i begrænset omfang i de kliniske kvalitetsdatabaser, og de bliver heller ikke præsenteret af andre aktører.

De kliniske databaser giver heller ikke det fulde billede, idet det typisk er procedurer og relativt nydiagnosticerede patienter, der registreres i de kliniske kvalitetsdatabaser. Således indgår patienter i længerevarende opfølgingsforløb typisk ikke i de kliniske databaser.

Endelig er der ingen viden om de patienter, der slet ikke henvender sig til læge med deres symptomer eller ikke møder op til de aftalte konsultationer.

1.4. Opgørelsesperiode

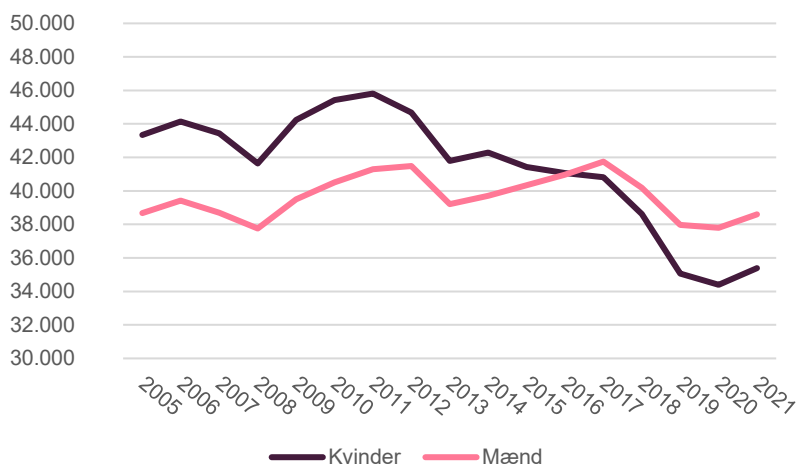
Denne rapport er den første af sin slags og tager udgangspunkt i de nyeste årsrapporter fra de kliniske kvalitetsdatabaser samt øvrige rapporter, der var tilgængelige ved udarbejdelse. Der er forskellige opgørelsesperioder på tværs af databaserne, da de ikke følger kalenderåret. De fleste årsrapporter er for 2021, mens få andre dækker perioden sommer 2021 til sommer 2022, og én rapport er for 2020. Det vil fremgå under hvert afsnit, hvilken tidsperiode teksten er baseret på.

2. Status og udfordringer

Hjertesygdom rammer årligt ca. 56.400 mennesker i Danmark, og omkring 12.000 danskere dør af hjerte-kar-sygdom i løbet af et år. Der har over de seneste årtier været en positiv udvikling på hjerteområdet, hvor antallet af nye tilfælde (incidens) samt det samlede antal tilfælde (prævalens) ligger relativt stabilt (figur 1-2), mens antallet af dødsfald, som skyldes hjerte-kar-sygdom, er halveret fra 1995 til 2018. Et eksempel er blodprop i hjertet, hvor dødeligheden i dag er faldet til under 5 %. Det store fald i dødeligheden af hjertesygdom (figur 3) skyldes både forebyggelsesindsatser og en generelt bedre behandling. Der har tidligere været lange ventetider til operation for hjertesygdomme, men det er anderledes i dag, til trods for fortsatte udfordringer. Flere mennesker lever derfor længere med deres hjertesygdom. Det store fald i dødeligheden af hjertesygdom har flere årsager. En af de primære årsager til faldet er en forebyggelsesindsats, som bl.a. har ført til at færre ryger samt lavere blodtryk og lavere kolesteroltal i befolkningen. En anden afgørende årsag er en generel bedre behandling bl.a. forbedret behandling af hjertesvigt og blodprop i hjertet (3).

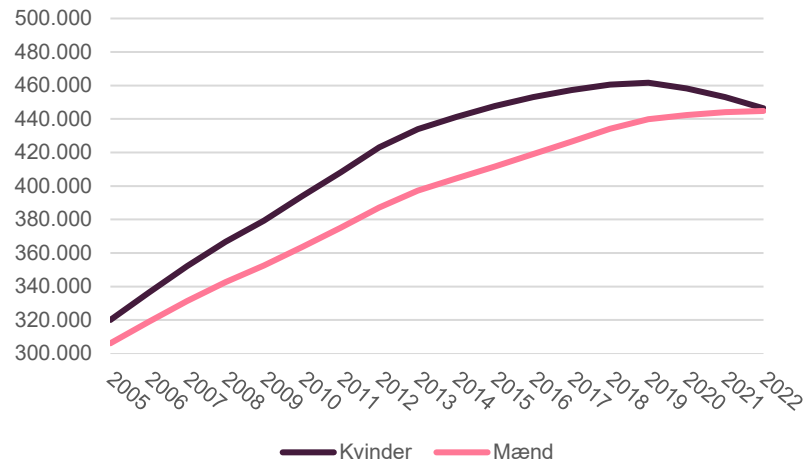
Status for de enkelte områder gennemgås i de følgende afsnit.

Figur 1. Antal nye tilfælde af hjerte-kar-sygdomme (18+ årige).



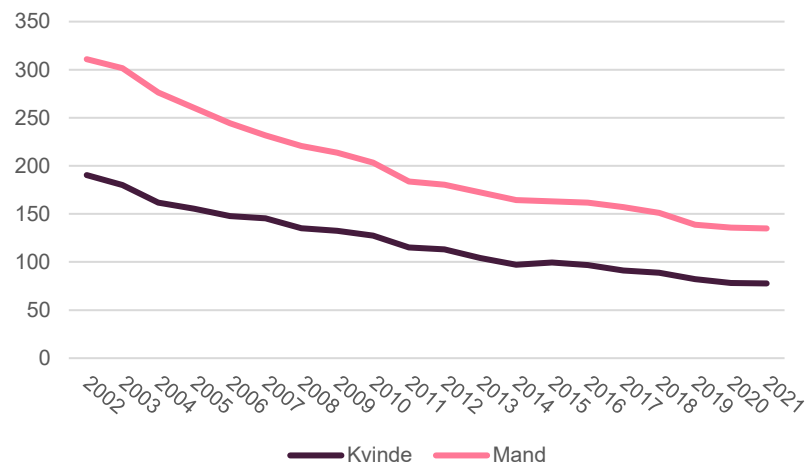
Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. september 2022, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: Omfatter ICD-10 koderne I00 - I99, E10.5, E11.5, E14.5, L97.9.
Anm.: Omfatter aktions- og bidiagnoser.

Figur 2. Antal tilfælde af hjerte-kar-sygdomme (18+ årige).



Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. september 2022, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: Omfatter ICD-10 koderne DI00 - DI99, DE10.5, DE11.5, DE14.5, DL97.9.
Anm.: Omfatter aktions- og bidiagnoser.

Figur 3. Dødelighed af hjertesygdomme (alle aldre), aldersstandardiseret rate pr. 100.000 personer.

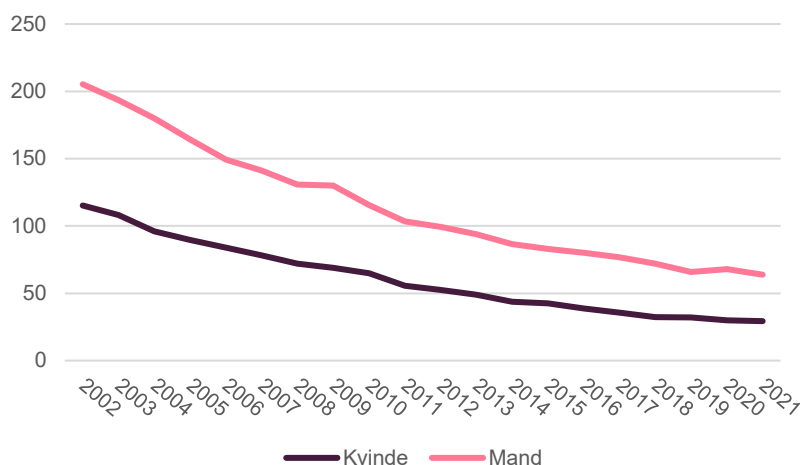


Kilde: Dødsårsagsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: Omfatter ICD-10 koderne I100-25, I27, I30-51.

2.1. Iskæmisk hjertesygdom

For iskæmisk hjertesygdom, som udgør hovedparten af patienter med hjertesygdom, ses et stort fald i dødeligheden de seneste år (figur 4).

Figur 4. Dødelighed af iskæmisk hjertesygdom (alle aldre), aldersstandardiseret rate pr. 100.000 personer.



Kilde: Dødsårsagsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Dødeligheden efter invasive kardiologiske og thoraxkirurgiske procedurer er generelt tilfredsstillende ifølge årsrapport for 2021 fra Dansk Hjerteregister (4). Som eksempel kan ballonudvidelse (PCI) nævnes, hvor dødeligheden inden for 30 dage efter primær PCI ligger på 5,4 % på landsplan og med en regional variation mellem 4,9 og 5,8 %. Alle afdelinger, der udfører PCI, opfylder dermed den fagligt fastsatte standard på <10%. Alle centre ligger også inden for standarden på <12% for 1-års dødelighed efter primær PCI.

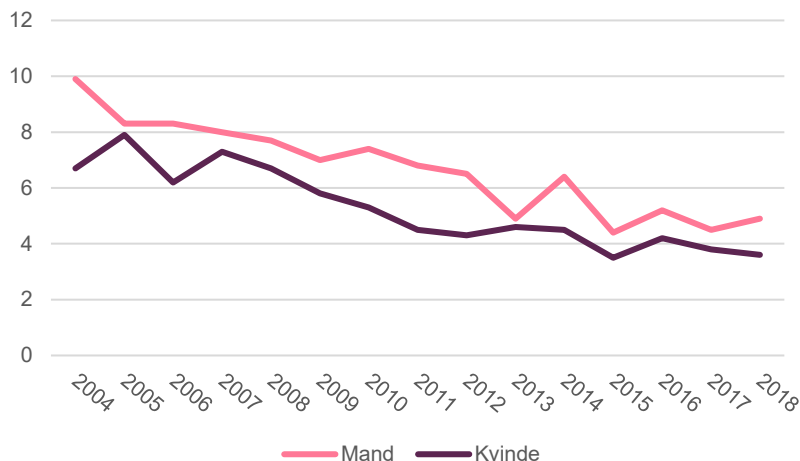
CT-KAG er en undersøgelsesmetode, der gennem de seneste 8-9 år har vundet indpas ved udredning af patienter, der er mistænkt for stabil iskæmisk hjertesygdom. Dansk Hjerteregister har endnu ikke fastlagt standarder og indikatorer for CT-KAG, men data fremgår af et appendiks til årsrapporten for 2021, hvor det fremgår, at der er stor variation mellem regioner og de enkelte afdelinger i brugen af CT-KAG. Der ses både variation i antal og indikation for undersøgelsen, og Region Midtjylland skiller sig ud ved at foretage et højt antal CT-KAG. Region Midtjylland står således for 30 % af undersøgelserne på landsplan.

Der er endvidere stor variation i forhold til hvorvidt patienter bliver viderehenvist til funktionsundersøgelse, KAG og revaskularisering efter CT-KAG. Det er angivet i årsrapporten, at årsager til variationen kan være case-mix, klinisk praksis og hvorvidt man har mulighed for invasive undersøgelser og behandling på centrene.

2.2. Hjerteklapsygdom

De seneste år er andelen af mennesker, der døde 1 år efter diagnosticering med hjerteklapsygdom (stenose eller insufficiens) (1-års dødelighed) være faldende, og for mænd er 1-års dødeligheden halveret fra 2004-2018 (figur 5).

Figur 5. 1-års dødelighed af hjerteklapsygdom (35+ årige), aldersstandardiseret andel.



Kilde: Hjerteforeningen - Databasen Hjertetal

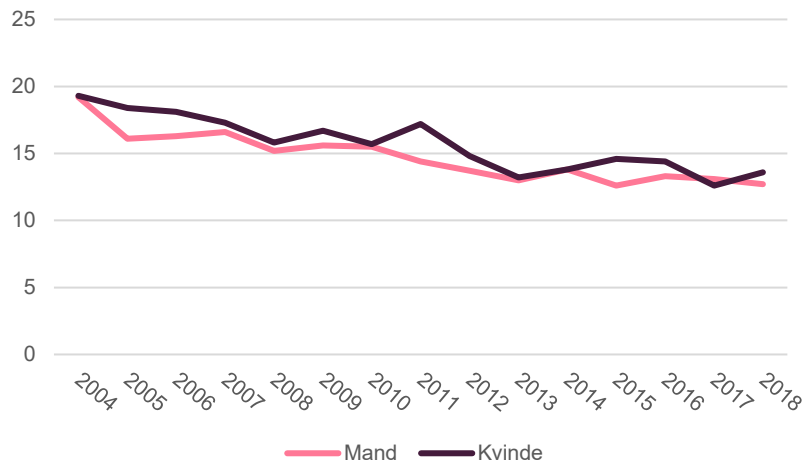
Ifølge Dansk Hjerteregisters årsrapport for 2021 var 30-dages dødeligheden af isoleret aortaklapoperation på 2,1 % og 1-års dødeligheden på 2,7 % på landsplan i 2021 (4). Der er ikke fastsat en faglig standard for indikatorerne.

Kvalitetsdatabasen fokuserer på operationstidspunktet og dødeligheden et år derefter og beskriver således kun data for en del af den samlede gruppe af patienter med hjerteklapsygdom, da mange patienter går i langvarige opfølgingsforløb, både før og efter operation.

2.3. Hjertesvigt

Alle indikatorer i Dansk Hjertesvigt database opfylder den fagligt fastsatte standard på landsplan i årsrapport 2021, som dækker perioden 1. juli 2021 til 30. juni 2022 (5). Der ses en faldende dødelighed for patienter med hjertesvigt (figur 6), og 1-års dødeligheden har været under 20 % de sidste 10 år.

Figur 6. 1-års dødelighed af hjertesvigt (35+ årige), aldersstandardiseret andel.



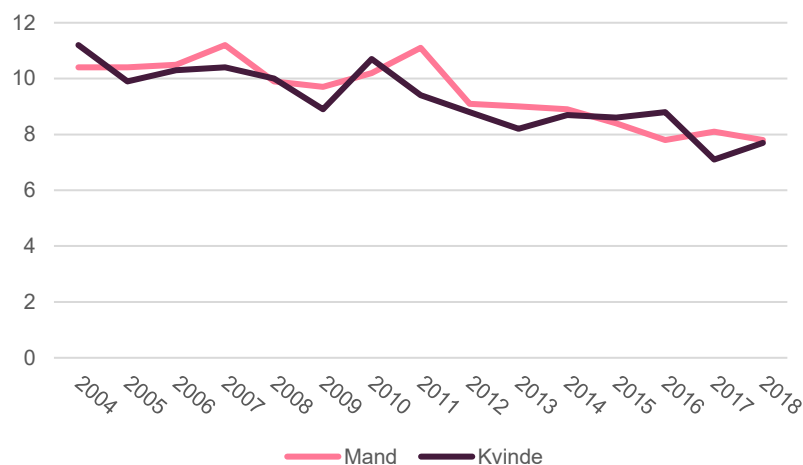
Kilde: Hjerteforeningen - Databasen Hjertetal

I opgørelsesperioden for årsrapporten var 1-års dødeligheden efter indlæggelse på 12 % på landsplan, mens 1-års dødeligheden var på 6 % for ambulante patienter. Dog ses regionale forskelle i andelen af patienter, der henvises til fysisk træning senest 12 uger efter indlæggelse eller første ambulante kontakt, og i andelen af patienter, der modtager behandling med ARNI (kombinationsbehandling med neprilysin-hæmmer og angiotensin II-antagonist).

2.4. Hjerterytmeforstyrrelser

Omkring 130.000 personer lever med atrieflimren i Danmark. Der har været et let fald i 1-års dødeligheden efter diagnose med atriumflimren fra 2004 og frem (figur 7).

Figur 7. 1-års dødelighed af atriumflimren (35+ årige), aldersstandardiseret andel.



Kilde: Hjerteforeningen - Databasen Hjertetal

Atrieflimren er en risikofaktor for iskæmisk stroke, og forebyggende behandling med blodfortyndende medicin anbefales til de fleste patienter. Ifølge årsrapport 2022 fra Databasen for Atrieflimren i Danmark, som dækker perioden 1. juli 2021 -30. juni 2022, er den generelle kvalitet af behandlingen forbedret over tid, og variationen mellem regionerne er aftagende.

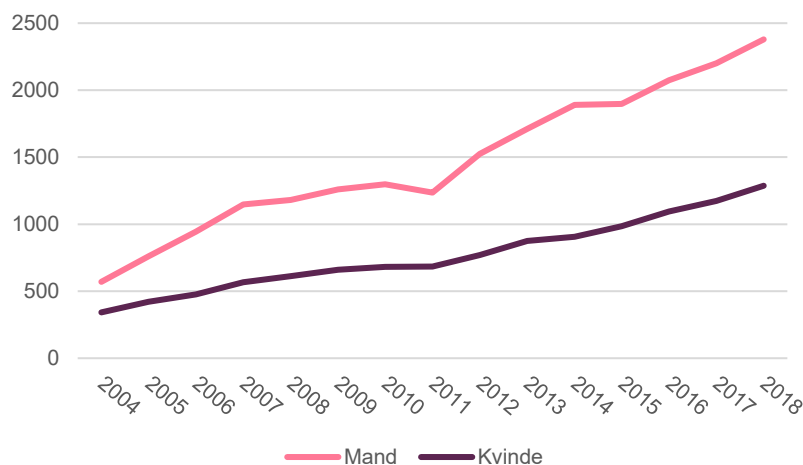
På nationalt niveau har dækningsgraden for behandling med blodfortyndende medicin været stigende igennem de sidste tre årsrapportsperioder. Den fagligt fastsatte standard på 90 % af patienter, der er sat i behandling med blodfortyndende medicin inden for 30 dage fra diagnosen er stillet, er for opfyldt på landsplan. Der er dog fortsat utilfredsstillende variation i mellem regionerne, hvor dækningsgraden varierer mellem 88 og 93 %.

På landsplan er forekomsten af iskæmisk apopleksi 0,9 % blandt patienter med atrieflimren, og den fastsatte standard på $\leq 0,8$ % er dermed ikke opfyldt. Årsrapporten vurderer, at 33 % (385 tilfælde) af patienter med kendt atrieflimren, som fik en iskæmisk stroke i opgørelsesperioden, ikke var i blodfortyndende behandling på tidspunktet for deres stroke. Denne andel varierer regionerne imellem med de laveste andele i Region Midtjylland og Region Nordjylland (hhv. 27,8 og 28,1 %) (6).

Det skal endvidere bemærkes, at andelen af nydiagnosticerede patienter med atrieflimren, der har fået udført ekkokardiografi i månederne omkring diagnosedato ikke opfylder den fagligt fastsatte standard på 80 %, og der er betydelig regional variation. Den nationale andel stiger dog hvert år. Det skal bemærkes, at det er angivet i årsrapporten, at der er en betydelig grad af manglende ydelses-rapportering, særligt fra afdelinger der arbejder i Sundhedsplatformen.

Ablation.dk er en landsdækkende database for kateterbaseret ablation af hjerterytmeforstyrrelser, hvor patienter med atrieflimren udgør langt størstedelen. Der har været en stor stigning i antallet af ablationer fra 2004-2018, særligt blandt mænd (figur 8). Ifølge årsrapporten for 2021 (7) er antallet af ablationer i gennemsnit steget 4,4 % pr. år siden 2012 på baggrund af et øget antal af atrieflimren ablationer.

Figur 8. Antallet af ablationer (35+ årige).



Kilde: Hjerteforeningen - Databasen Hjertetal

Antallet af alvorlige komplikationer ved ablationer i 2021 var få og ligger, ligesom de foregående år, under forventet niveau baseret på internationale data. Antallet af reablationer inden for første år efter atrieflimrens ablation var ligeledes lavere end forventet.

89 % af patienterne, som har fået registreret symptomstatus før og efter 1 år, har oplevet en forbedring i deres symptomer, og den fagligt fastsatte standard på > 70 % er dermed opfyldt. Andelen af patienter, der mangler registrering af symptomstatus ved 1-årsopfølgning er dog stor på enkelte centre.

2.5. Hjertestop

Ifølge årsrapport 2021 fra Dansk Hjertestopregister, som drives af regionerne med økonomisk støtte fra Trygfonden, er der sket betydelige forbedringer i den akutte behandling af hjertestop uden for hospital, som årligt rammer omkring 5000 danskere. I 2021 blev der i 79 % af hjertestoptilfælde udenfor hospital givet hjertelungeredning inden ambulansens ankomst, svarende til en firedobling siden 2001. Andelen af hjertestoppatienter der fik stød med en hjertestarter inden ankomst af ambulance har været stigende og i 2021 var andelen 11,9 %. I perioden 2001-2021 er der sket en klar stigning i andelen af personer, der overlever 30 dage efter et hjertestop uden for hospital, fra 3,9 % i 2001 til 13,1 % i 2021 (8).

Ifølge DANARREST – Registrering af hjertestop på hospitals årsrapport for 2021 er den fagligt fastsatte standard på > 20% for 1-års overlevelse efter hjertestop på hospital opfyldt på landsplan, og det vurderes at være et acceptabelt niveau, når man sammenligner med udlandet (9).

Andelen af patienter, der var med EKG-monitorering på tidspunktet for hjertestop, opfylder dog ikke den fagligt fastsatte standard på >65%, hverken på landsplan eller for de enkelte regioner. Der ses store forskelle mellem de enkelte hospitaler og mellem afdelingstyper.

2.6. Pacemaker og Implanterbar Cardioverter Defibrillator (ICD)

Ifølge årsrapport for 2020 fra Dansk Pacemaker og ICD-register er der sket en betydelig øgning i brugen af pacemaker og ICD. Således er antallet af første pacemaker implantat øget fra 461 til 807 pr. mio. indbyggere i perioden 2001 til 2020, og antallet af første ICD implantat er øget fra 56 til 193 pr. mio. indbyggere i samme periode. Der er regionale forskelle i antallet af implantater pr. mio. indbyggere (10). Ifølge årsrapporten kan dette formentlig skyldes forskelle i befolkningssammensætningen, forskelle i tilgangen til hvilken behandling patienterne tilbydes eller forskelle i kapacitet til behandlingen. Dette er dog ikke afdækket yderligere i årsrapporten.

2.7. Rehabilitering ved iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og hjerteklapsygdom

Dansk Hjerterehabileringsdatabases årsrapport 2021, der dækker perioden juni 2021 til juni 2022, indeholder data fra 45 % af landets kommuner (kommunerne i Region Midtjylland og Region Syddanmark samt Vordingborg, Lolland og Guldborgsund kommuner) (11). Ifølge årsrapporten var det i opgørelsesperioden kun halvdelen af patienter med et rehabiliteringsbehov ved iskæmisk hjertesygdom, som deltog i rehabiliterende indsatser på sygehus eller i kommune. Styregruppen for databasen har iværksat en undersøgelse af årsagerne til manglende deltagelse i hjerterehabilering. Foreløbige resultater tyder på, at manglende/mangelfuld registrering samt overlap med populationen for Dansk Hjerterevigtssdatabase er primære årsager til den lave deltagelse.

Dansk Hjerterehabileringsdatabase har fastsat en faglig standard på 70 %, der skal nå behandlingsmålet for kontrol af blodtryk og LDL-kolesterol hos patienter med iskæmisk hjertesygdom. På landsplan opnåede kun 37 % det anbefalede behandlingsmål for LDL-kolesterol og blodtryk ved afslutningen af hjerterehabileringsforløb i opgørelsesperioden. For nogle patienter kan behandlingsmålet for LDL-kolesterol kun nås ved anvendelse af ny og dyr medicin, der administreres af lipidklinikkerne. Ofte afslutter afdelingerne patienterne til almen praksis efter en enkelt kontrol eller umiddelbart efter udskrivelse fra sengeafdelingen ved iskæmisk hjertesygdom, hvilket kan medvirke til, at der ikke sker en tilstrækkelig systematisk opfølgning (11).

De non-farmakologiske indsatser ved rehabilitering af patienter med hjertesvigt eller iskæmisk sygdom er i højere grad blevet overdraget til kommunerne efter udgivelse af Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom* (1). Disse indebærer indsatser som fysisk træning, ernæringsindsats, tobaksafvæn-

ning, sygdomsmestring, psykosocial støtte og opsporing af angst og depression. De eksisterende tilbud for non-farmakologiske indsatser lever til en vis grad ikke op til Sundhedsstyrelsens *Nationale kliniske retningslinje for hjerterehabilitering* (12).

Personer med hjertesygdom anbefales rygestopintervention for bl.a. at mindske og forebygge åreforkalkning. I opgørelsesperioden lykkedes rygeophør kun for 28 % af patienter med iskæmisk hjertesygdom efter rygestopintervention i enten kommunalt eller hospitalsregi. Denne andel er lavere end i tidligere år. Årsrapporten fremhæver, at andelen af patienter, der opnår rygeophør i rehabiliteringsforløbene, har været faldende siden 2015, hvor ca. 50 % af patienterne opnåede rygestop. Andelen i denne opgørelsesperiode er således markant under den fastsatte standard på 60 %.

Sundhedsstyrelsens *Nationale kliniske retningslinjer for hjerterehabilitering* anbefaler, at patienter med hjertesygdom får vurderet deres behov for kostintervention. Hvis der vurderes behov, bør der tilbydes diætistbehandling som led i hjerterehabilitering (12). I årsrapport 2021 fremgår, at 40 % af patienter blev screenet for behov for kostintervention, hvilket er markant lavere end den fastsatte standard på 70 %. Standarden er derimod opfyldt for andelen af patienter med positiv kostscreening, som modtager diætistbehandling, da 80 % fik diætbehandling (11).

I Sundhedsstyrelsens *Nationale kliniske retningslinje for hjerterehabilitering* (12) anbefales personer med iskæmisk hjertesygdom og/eller hjertesvigt fysisk træning som et 12-ugers forløb samt patientuddannelse med undervisning i otte specifikke emner. Dansk Hjerterehabileringsdatabase har udgivet *Strukturrapport 2021* om de strukturelle forhold vedrørende hjerterehabilitering i Danmark (13). Kortlægningen viser, at fysisk træning varetages af alle responderende kommuner, mens 82 % af de responderende hospitaler varetager fysisk træning. Dog tilrettelægges træningen kun i 71 % af kommunerne og 42 % af hospitalerne som et 12-ugers forløb. Ifølge årsrapport 2021 fra Dansk Hjerterehabileringsdatabase var 32% af patienterne på landsplan påbegyndt indenfor 4 uger efter udskrivelse, og standarden på mindst 80% er således ikke opfyldt (11). Patientuddannelse varetages i 97 % af de responderende kommuner, mens det varetages af 64 % af hospitalerne. Af de kommuner, der tilbyder patientuddannelse, underviser 44 % i alle otte relevante emner. Det samme gør sig gældende for 81 % af hospitalerne (13)

2.8. Hjertesygdom og psykisk sygdom

Patienter med hjertesygdom er i øget risiko for angst og depression, og det anbefales i *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom* (1) at have øget opmærksomhed på dette gennem hele rehabiliteringsforløbet. De kliniske retningslinjer for hjerterehabilitering anbefaler ligeledes at opspore depression og angst hos patienter (12).

På landsplan blev 68 % patienter med iskæmisk hjertesygdom screenet for depression ved afslutningen af et hjerterehabiliteringsforløb i opgørelsesperioden for Dansk Hjerterehabiliteringsdatabases årsrapport 2021, hvilket er under den fastsatte standard på 80 %. Der ses en regional variation fra 51 % i Region Midtjylland til 91 % i Region Syddanmark (11). Styregruppen for databasen vurderer dog, at data ikke giver et retvisende billede af kvaliteten, da der er betydelig varierende indberetningspraksis.

Mennesker med psykiske lidelser har desuden en øget forekomst af hjertekarsygdomme. Det skyldes dels risikofaktorer som rygning, dårlig kost, fysisk inaktivitet og alkohol, men også at den medicinske behandling af psykiske lidelser ofte giver bivirkninger som fx vægtøgning og påvirkning af hjerte- og kar. Der er en markant overdødelighed hos mennesker med psykiske lidelser, og det skyldes i høj grad hjertesygdom (14).

2.9. Multisygdom

Nogle kombinationer af sygdomme og tilstande forekommer hyppigere end andre. Således optræder forhøjet kolesteroltal hyppigt sammen med diabetes og hjertekarsygdom som fx forhøjet blodtryk, iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og/eller følger efter blodprop eller blødning i hjernen. Blandt personer, som har hjertekarsygdom er der flere, der samtidig har KOL sammenlignet med baggrundsbefolkningen (15).

Mange patienter med iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt har uerkendt diabetes eller prædiabetes. Omvendt har mange patienter med diabetes iskæmisk hjertesygdom og/eller hjertesvigt (16). Ifølge Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase blev 98 % af patienter med iskæmisk hjertesygdom screenet for diabetes inden afslutningen af et hjerterehabiliteringsforløb i opgørelsesperioden for årsrapport 2021 (11).

2.10. Ulighed i sundhed

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens rapport *Social ulighed i sundhed og sygdom* (17) fra 2020, at personer med kort uddannelse rammes oftere af en række sygdomme, herunder iskæmisk hjertesygdom. Rapporten viser også, at konsekvenserne af sygdommen er større for personer med kortere uddannelse. Ca. 2 gange flere personer med kort uddannelse vil ikke være tilbage i arbejde inden for 4 år efter diagnosen er stillet sammenlignet med personer med lang uddannelse. Risikoen for at dø indenfor 5 år efter diagnosen er stillet, er ligeledes højere for personer med kortere uddannelse.

Hjerteforeningen har i 2021 udgivet rapporten *Livet med en hjertesygdom*, som gennem en spørgeskemaundersøgelse afdækker hvordan hjertepatienter oplever livet med en hjertesygdom og mødet med sundhedsvæsenet. Det fremgår at særligt kvindelige hjertepatienter, patienter med hjertesvigt og hjertepatienter med kort uddannelse scorede lavt på fysisk og følelsesmæssig helbredsrelateret livskvalitet målt ved HeartQol (2).

3. Konklusion

Ved gennemgangen af årsrapporterne for de kliniske kvalitetsdatabaser på hjerteområdet ses det, at det generelt går godt med hjerteområdet i Danmark. Der er dog også områder med udfordringer og plads til forbedring.

Der ses betydelige udfordringer på området for hjerterehabilitering, hvor kun halvdelen af patienter med et rehabiliteringsbehov ved iskæmisk hjertesygdom deltog i rehabiliterende indsatser i perioden juni 2021-juni 2022. Der er udfordringer i både kommuner og på sygehuse, hvor tilbud om og indhold af fysisk træning og patientuddannelse ikke svarer til det anbefalede i Sundhedsstyrelsens *Nationale kliniske retningslinje for hjerterehabilitering*. Ligeså er der udfordringer med rygestopindsatserne i rehabiliteringsforløbene, som kun formår at have rygestopsucces for knap en tredjedel af patienterne.

Der ses udfordringer med at nå de ønskede behandlingsmål for den medicinske behandling af blodtryk og kolesterol for patienter med hjertesvigt og iskæmisk hjertesygdom. En mulig forklaring kan være tidlig afslutning fra de specialiserede hjerteafdelinger med tab af information og kontinuitet i overgangen fra sygehus til almen praksis.

Der ses også udfordringer med at nå de ønskede behandlingsmål for medicinsk behandling til forebyggelse af blodpropper ved atrieflimren, hvilket betyder, at flere patienter med atrieflimren oplever iskæmisk stroke, som muligvis kunne være undgået.

Der ses en stor variation mellem regioner og afdelinger i brugen af CT-KAG, både i forhold til antal og indikation for undersøgelsen. Der er således endnu ikke etableret en faglig konsensus om hvordan og hvornår undersøgelsen skal bruges. Det er ikke tilfredsstillende, at der fortsat er så stor variation i hvilken udredning patienterne tilbydes på tværs af landet.

Der er områder, der ikke er tilstrækkeligt belyst på grund af manglende tilgængelighed af data. Der er således behov for at data for akut behandling af patienter med hjertesygdom bliver tilgængelig i Dansk Register for Akut Koronart Syndrom. Der er ligeledes et behov for fortsat at arbejde på at inkludere data fra kommuner og almen praksis i de relevante kliniske kvalitetsdatabaser.

Sundhedsstyrelsen følger hjerteområdet og aktuelle udfordringer i regi af Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet hvor regionerne, Danske Regioner, KL, Sundhedsdatastyrelsen samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet er repræsenteret.

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom. 2018 Feb;
2. Hjerteforeningen. Livet med en hjertesygdom. <https://hjerteforeningen.dk/hjerteforskning/livetmed/>.
3. Hjerteforeningen. Fakta om hjerte-kar-sygdom i Danmark. <https://hjerteforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/noegletal/>.
4. Dansk Hjerteregister. Årsrapport 2021. 1. januar 2021 – 31. december 2021. 2022 Jun 29;
5. Dansk Hjertesvigtdatabase. Årsrapport 2021. 1. juli 2020-30. juni 2021. 2022 Jan;
6. Databasen for Atrieflimren i Danmark. Årsrapport 2022. 1. juli 2021 – 30. juni 2022. 2022 Dec 21;
7. Ablation.dk. Årsberetning 2021 - for kateterbaseret ablation af hjerterytmeforstyrrelser i Danmark. 2021;
8. Danske Hjertestopregister. Årsrapport 2021;
9. DANARREST – Registrering af hjertestop på hospital. Årsrapport 2021. 1. januar – 31. december 2021. 2022 Jun 3;
10. Danish Pacemaker and ICD Register. Annual Report 2020. 2021;
11. Dansk Hjerterehabileringsdatabase. Årsrapport 2021. 1. juni 2021 – 31. maj 2022. 2022 Dec 1;
12. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for hjerterehabilering 2013. 2015 Feb 20;
13. Dansk Hjerterehabileringsdatabase. Strukturrapport 2021. 2021 Dec;
14. Sundhedsstyrelsen. Fagligt oplæg til en 10-årsplan. Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser. 2022 Jan 13;
15. Møller SP, Laursen B, Johannesen CK, Statens Institut for Folkesundheds for Sundhedsstyrelsen. Multisygdom i Danmark. 2019;

16. Bojer AS, Hansen KB, Egstrup K, Jensen MT, Krarup NT, Snorgaard O, et al. Diabetes og hjertesygdom. <https://nbv.cardio.dk/diabetes>. 2022.
17. Sundhedsstyrelsen. Social ulighed i sundhed og sygdom. 2020;

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●