

Kvalitetsudvikling

Dansk Hjertesvigtdatabase: Høj kvalitet i behandlingen – status og udvikling

Dansk Hjertesvigtdatabase har i mere end 20 år bidraget til høj og ensartet kvalitet i behandlingen af hjertesvigt. Årsrapporten viser solide resultater – og peger samtidig på nye muligheder for videre kvalitetsudvikling på tværs af sektorer

Styregruppens medlemmer: Inge Schjødt, Jens Jakob Thune, Inge-Lise Knøfler, Gunnar Gislason, Mette Houmann, Johannes Grand, Nadia Paarup Dridi, Pernille Villumsen, Palle Mark Christensen, Mikael Kjær Poulsen, Camilla Thomassen, Vibeke Brogaard Hansen, Malene Hansen, Susanne Aagaard, Anne Pauline Schroeder, Søren Vraa, Helle Broberg, Ditte Albrechtsen, Jens Erik Nielsen, Linda Mejer, Anne Nakano, Helle Hulegaard Sørensen og Inge Øster. **Interessekonflikter oplyst til SundK:** CT har undervist i hjertesvigt for AstraZeneca (er anmeldt til Lægemiddelstyrelsen).

Resultat fra årsrapporten, 1. juli 2024 – 30. juni 2025,
Dansk Hjertesvigtdatabase fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK).

Siden 2003 har Dansk Hjertesvigtdatabase bidraget til at sikre høj og ensartet kvalitet i behandlingen af patienter med hjertesvigt. Gennem mere end 20 år har databasen understøttet sundhedsvæsenet i den løbende kvalitetsudvikling på området – og resultaterne er positive.

I de nationale behandlingsvejledninger (NBV) fra Dansk Cardiologisk Selskab fremhæves det, at patienter med hjertesvigt og en venstre ventrikels uddrivningsfraktion (LVEF) $\leq 40\%$ bør opstartes i en basisbehandling bestående af ACE-hæmmer/ARB/ARNi¹, betablokker, MRA² og SGLT-2-hæmmer³. Denne behandling har veldokumenteret livsforlængende og morbiditetsreducerende effekt. Omvendt er underbehandling forbundet med nedsat livskvalitet samt øget sygelighed og dødelighed. Det er derfor meget positivt, at årsrapporten viser, at langt de fleste afdelinger iværksætter behandlingen kort tid efter diagnosen, og at en stor andel af patienterne fastholder den medicinske behandling over tid. Dette afspejler en høj kvalitet i den kliniske praksis i hjertesvigtklinikkerne.

Databasen har også fokus på non-farmakologisk behandling, herunder fysisk træning. Ifølge NBV anbefales superviseret fysisk træning til patienter med milde til moderate hjertesvigtsymptomer, da træning er dokumenteret at forbedre både fysisk funktionsniveau og livskvalitet. I databasen

monitoreres dette gennem indikatoren ”andel af patienter, der henvises til superviseret fysisk træning i sygehus- eller kommunalt regi” med et mål om, at mindst 50% af patienterne opnår dette. Årsrapporten viser, at 48% af patienterne på landsplan henvises til fysisk træning, hvilket ligger meget tæt på målet. Samtidig ses dog en betydelig variation mellem afdelingerne (22–78%).

Den store variation kan skyldes flere forhold. Dels kan der være reelle forskelle i kvalitet, dels variation i registreringspraksis, herunder forskellig fortolkning af, hvornår henvisning til fysisk træning kan sendes. Derudover kan organisatoriske forhold som afstand til træningstilbud, lokale arbejdsgange, tidspunktet for dialogen med patienten samt forskelle i patientpopulation spille en rolle. Samlet set peger resultaterne på et behov for øget vidensdeling og erfaringsudveksling mellem klinikere med henblik på at øge andelen af patienter, der tilbydes fysisk træning.

I den kommende tid står databasen over for flere vigtige udviklingstiltag. Efter en længere proces er data fra almen praksis nu tilgængelige, hvilket giver mulighed for at understøtte kvalitetsudvikling på tværs af sektorer. Samtidig er implementeringen af det nationale PRO-skema for hjertesvigt undervejs. Databasens styregruppe har derfor som mål at integrere PRO-hjertesvigtskemaet i databasen for yderligere at styrke kvaliteten af hjertesvigtbehandlingen og fremme patientinddragelse.

Årsrapporten har været i kommentering hos alle regioner.

Hele årsrapporten kan læses på SundK.dk: <https://www.sundk.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/dansk-hjertesvigtdatabase-dhd/viden-fra-databasen/>

Noter

¹ ACE-hæmmer/ARB/ARNi: angiotensin converting enzyme hæmmer/angiotensin II receptor-blokker/angiotensin II-receptorblokker og neprilysin-inhibitor

² MRA: mineralocorticoid-receptor-antagonister

³ SGLT2-hæmmer: sodium-glucose co-transporter 2 hæmmer