

Dansk Stroke Register

Datadefinitioner

Basisskema



© SUNDK 2025

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
Hedeager 3
8200 Aarhus N

www.sundk.dk

Version: **8.0**
Versionsdato: 28.03.2025

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

Diagnose- og inklusionskriterier	5
Udenlandske patienter	6
Indberetning af patientforløb	7
Flere indberetninger til samme indlæggelsesforløb	8
Tilbagemeldingsskema	8
Registreringsskemaer i DanStroke	9
Definition af variable	9
Patientdata	10
CPR nr.	10
Udskrivelsesdiagnose	10
Symptomdebut	10
Indlagt (af anden årsag) ved symptomdebut	10
Dato og klokkeslæt for ankomst til første hospitalsafdeling	11
Stroke unit	11
Overflyttet til anden afdeling	11
Status ved den akutte kontakt	12
Civilstand	12
Boligform	12
Alkohol	12
Rygning	12
Kendt sygdom	12
Sværhedsgrad af stroke ved den akutte kontakt	13
Scandinavian Stroke Scale	13
Interventioner/behandling	13
Ikke faglig relevant	13
Undersøgt med CT/MR-scanning	13
Undersøgt med ultralyd/CT-/MR-angiografi af halskar	13
Dysfagiscreening	14
Trombocythæmmende behandling – påbegyndt eller genoptaget	14
Oral antikoagulationsbehandling – påbegyndt eller genoptaget	15
Data fra Landspatientregistret til beregning af indikatorer	16
Tidlig mobilisering	16
Første vurdering ved fysioterapeut	16

Påbegyndt genoptræning ved fysioterapeut	17
Første vurdering ved ergoterapeut	17
Påbegyndt genoptræning ved ergoterapeut	17
Screening for atrieflimren/monitorering af hjerterytme	18
Udskrivelse med genoptræningsplan	18
Modified Rankin Scale (mRS)	19
Komorbiditet	19
Diabetes	20
Atrieflimren	20
AMI (akut myokardie infarkt)	20
Hypertension	20
Tidligere stroke	22
Tidligere TIA	22
PAD (perifær arteriel sygdom)	22
Bilagsfortegnelse	23

Diagnose- og inklusionskriterier

Alle patienter >18 år med akut stroke, aneurysmal subarachnoidal blødning (SAH) eller transitorisk iskæmisk anfald (TIA), der har haft et forløb af kortere eller længere varighed, skal indberettes til Dansk Stroke Register.

Akut defineres som symptomdebut indenfor den sidste uge. Der må dermed ikke være mere end 7 dage mellem symptomdebut og første akutte hospitalskontakt.

Stroke er i Dansk Stroke Register defineret i henhold til kriterier fra WHO, dvs. at der ved stroke forstås en tilstand på formodet vaskulær basis karakteriseret ved hurtig udvikling af kliniske symptomer på tab af fokal eller evt. global neurologisk funktion med en symptomvarighed på mere end 24 timer eller førende til patientens død.

TIA er defineret som fokale neurologiske udfaldssymptomer af under 24 timers varighed på formodet vaskulær basis.

I Dansk Stroke Register omfatter definitionen af stroke patienter med intracerebral hæmoragi, iskæmisk stroke, stroke uden specifikation af type, transitorisk iskæmisk anfald (TIA) og verificeret aneurysmal subarachnoidalblødning (SAH). Registreringen omfatter følgende ICD-10 koder:

- I 61 Hjerneblødning
- I 63 Hjerneinfarkt
- I 64 Akut stroke uden specifikation
- G 45 Transitorisk cerebral iskæmi og beslægtede syndromer – alle DG 45 diagnoserne medtages undtagen Amaurosis fugax G 45.3 og Global forbigående Amnesi G 45.4
- I 60.0 til og med I 60.7 Aneurysmal Subarachnoidalblødning Blødninger fra andre vaskulære malformationer (herunder ekstracraniale aneurismer ved AVM), SAH udgående fra dissekerende eller infektiøse (mykotiske) aneurismer, eller SAH, hvor der ikke findes en blødningskilde, medtages ikke. Ustabile aneurismer, som kan give smerter, men hvor der ikke påvises blødning, medtages ikke. Hvis blødningen fra et aneurisme kun giver anledning til en intracerebral blødning, registreres det, som var der en SAH. Patienter indberettes hvad enten de er blevet behandlet kirurgisk, endovaskulært eller man har undladt behandling.

De ovennævnte ICD-10 koder skal være registreret som aktionsdiagnose eller som bidiagnose til aktionsdiagnosen DZ508 Kontakt mhp. anden form for genoptræning eller DZ509 Kontakt mhp. genoptræning UNS.

Patienter med subdural hæmatom, epidural blødning, retinainfarkt, samt infarkt og ICH (intracerebral hæmatom) forårsaget af traume, infektion eller en intracerebral malign proces er

således ikke omfattet af ovennævnte definition. Ligeledes omfatter definitionen ikke patienter med udelukkende diffuse symptomer, f.eks. isoleret svimmelhed eller hovedpine, eller asymptomatiske patienter med infarkt påvist ved CT eller MR skanning.

Alle patienter, som opfylder ovennævnte kriterier, skal indberettes til Dansk Stroke Register. Patienten skal blot have en kontakt til et sygehus; enten indlæggelse eller ambulant kontakt. Registreringen starter ved ankomst til sygehuset; på den første afdeling patienten har kontakt til, uanset på hvilken afdeling forløbet påbegyndes.

I tilfælde hvor registrering er påbegyndt i forbindelse med mistanke om stroke, men hvor diagnosen senere frafaldes, skal patienten ikke indberettes til Dansk Stroke Register.

I tilfælde hvor samme patient får flere strokes eller TIA-tilfælde under samme (indlæggelses)forløb, skal der kun indberettes ét forløb til databasen. Er patienten derimod blevet udskrevet/afsluttet efter stroke/TIA, skal der foretages en ny indberetning, såfremt patienten har en akut kontakt med nyt stroke/TIA, hvis stroke/TIA er opstået mere end 24 timer efter udskrivelsen, og det kan udelukkes, at der er tale om en forværring af forrige stroke. Der vil således være tale om et nyt forløb.

Der er i Dansk Stroke Register lagt vægt på at få indsamlet et afgrænset datasæt, som kan anvendes til at belyse væsentlige elementer af håndteringen af patienter med stroke. Det er ikke målsætningen og ej heller praktisk muligt at foretage en detaljeret registrering af det enkelte patientforløb, som fuldstændigt afspejler alle aspekter af det specifikke forløb. Nedenstående variable med tilhørende definitioner vil således forhåbentlig være relevante og dækkende for det absolutte flertal af patienterne med stroke, men ikke nødvendigvis for alle.

Indberetning til Dansk Stroke Register vedrører alle patienter, som behandles i det offentlige sundhedssystem i Danmark, såfremt de i øvrigt opfylder inklusionskriterierne i relation til de enkelte sygdomsområder.

Endvidere skal alle patienter med akut stroke og aneurysmal SAH have foretaget vurdering af funktionsniveau (modified Rankin Scale (mRS)) 3 måneder efter den akutte kontakt (indberettes via LPR). Se bilag 5 'Manual til Vurdering af funktionsniveau hos patienter med akut stroke 3 mdr. efter akut kontakt' her: <https://www.sundk.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/dansk-stroke-register/indberetning/>

Udenlandske patienter

For udlændinge indberettes data svarende til forløbet i Danmark. Der vil dog ikke være mulighed for opfølgning i forhold til indikatorer, der ligger ud over forløbet. Dette gør sig også gældende for patienter fra Grønland og Færøerne.

Danske borgere, som får akut stroke, TIA eller SAH uden for Danmark, skal kun indberettes til databasen, hvis de ikke har været indlagt/haft kontakt til sundhedsvæsenet i udlandet, og hvis de opfylder inklusionskriterierne.

Dansk Stroke Register dækker ikke patienter indlagt i Grønland, da den danske Sundhedslov ikke er gældende i Grønland. Hvis en patient i Grønland får udført en behandling af et dansk sygehus, vil resultatet blive tilskrevet den enhed i Danmark, som er ansvarlig for behandlingen.

Indberetning af patientforløb

Dansk Stroke Register er baseret på data indtastet i KIP (KvalitetsIndberetningsPlatform), automatiseret indhentning af data fra EPJ-systemerne via webservice samt data fra CPR-registret, Landspatientregistret (LPR), Lægemedicinalstatistikregistret (LSR), Landsregistret Karbase, Atrieflimren i Danmark og Dansk Diabetes Database.

Inklusion af patientforløb i databasen kan ske på flere måder:

1. Direkte dataindtastninger, som foretages i KIP.

Her skelnes mellem dataregistrering og dataindberetning. *Dataregistreringen* i KIP påbegyndes på den afdeling, hvor patienten starter sit forløb. Hvis patienten flyttes til et andet sygehus, vil det "nye" sygehus have ansvaret for registreringen af den resterende del af patientens data (registreringsskemaet følger patienten).

Når et forløb indebærer kontakter på flere afdelinger/sygehuse, skal der lokalt laves aftaler mellem de involverede parter ift. ansvaret for at foretage selve *dataindberetningen* i KIP. Det vil sige, at én afdeling foretager indberetningen af alle patientens data, selvom behandlingen har fundet sted på flere afdelinger. Denne afdeling er en dataindberettende enhed.

Det er den dataindberettende afdeling, som tildeles resultaterne (opfyldelse af kvalitetsmålene) af behandlingen.

Det er kun muligt at indgå i databasen, hvis der er *indleveret* (*sendt*) registreringskema i KIP. Oprettelse af et skema er således ikke tilstrækkeligt.

Vejledning til KIP findes her: <https://www.sundk.dk/teknisk-dokumentation/kip-kvalitets-indberetnings-platform/>

2. Automatiseret indberetning fra regionernes EPJ-systemet via webservice.

Her indsamles registreringer fra regionernes EPJ-systemer på de relevante patientforløb, og disse sendes til DanStroke.

Hver region har udviklet egen opsætning af, hvorledes data til DanStroke indhentes automatiseret fra eget EPJ-system.

Læs mere om webservice her: <https://www.sundk.dk/teknisk-dokumentation/rkkp-webservice/>

Flere indberetninger til samme indlæggelsesforløb

Det sker, at der indsendes flere indberetninger til det samme indlæggelsesforløb til DanStroke. Eftersom en patient kun skal inkluderes én gang i databasen pr. stroke, håndteres disse flergangsindberetninger med samme systematik.

Håndtering af flere indberetninger til samme indlæggelsesforløb – uanset datakilde (KIP eller Webservice)::

- Ved flere indberetninger med samme CPR nr og samme tidspunkt for akut kontakt: Den sidste indberetning anvendes.
- Ved flere indberetninger med samme CPR nr men med forskellige tidspunkter for akut kontakt i indberetningerne, og hvor der er **mere** end 24 timer imellem: Det antages, at det drejer sig om et nyt stroke (jf. inklusionskriterierne), og derfor beholdes alle indberetninger i databasen.
- Ved flere indberetninger med samme CPR nr men med forskellige tidspunkter for akut kontakt, og hvor der er **mindre** end 24 timer imellem: Alle indberetninger samles til én række, hvor variabeludfaldene "ja/dato-klokkeslæt" bliver prioriteret over "nej", og hvor det tidligste tidspunkt prioriteres blandt de relevante dato-klokkeslæt efter tidspunkt for akut kontakt.

Har en patient flere sygdomsforløb med stroke (dvs. adskilte forløb), vil samme patient skulle inkluderes i databasen flere gange.

Tilbagemeldingsskema

I regionernes ledelsesinformationssystemer kan databasens dækningsgrad følges.

Dækningsgraden vedrører kompletheden af patientregistreringen: antal patientforløb registreret i databasen i forhold til det totale antal patientforløb med en sygehuskontakt med en relevant diagnose (stroke/TIA/SAH) (dvs. både LPR-registreringer og indberettede til databasen).

antal patienter med stroke/TIA/SAH i indberettet til DanStroke

total antal patienter med stroke/TIA/SAH med sygehuskontakt (LPR+indberetning til DanStroke)

Registreringen i LPR matches med DanStroke-indberetningen på baggrund af datoen for første kontakt til hospitalsafdeling. Da der kan forekomme fejlregistreringer på dato i KIP, tillades en margen på +/- 2 dage.

Ifald der optræder patientforløb på oversigten over dækningsgrad, som ikke opfylder databasens inklusionskriterier, kan disse fjernes ved at indberette et tilbagemeldingsskema. Det skal dog bemærkes, at hvis der er tale om fejl diagnose i LPR, skal ændringen foretages af den patientansvarlige afdeling.

Bemærk ligeledes, at tilbagemeldingsskemaet ikke fjerner de patientforløb, der er indberettet til databasen. Tilbagemeldingsskemaet vedrører kun dækningsgraden. Såfremt et patientforløb er indberettet til databasen, vil forløbet indgå i databasens population og dermed i indikatorberegningen. Det er muligt at fjerne fejlregistrerede patientforløb i databasen via KIP.

Tilbagemeldingsskemaet kan ses her: <https://www.sundk.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/dansk-stroke-register/indberetning/>

I tilbagemeldingsskemaet skal følgende anføres:

- Patientens CPR nr.
- Dato for ankomst til første hospitalsafdeling
- Patientens udskrivelsesdiagnose aneurysmal subarachnoidalblødning (SAH, I60), akut intracerebral hæmoragi (ICH, I61), akut iskæmisk apopleksi (I63), akut apopleksi uden specifikation (I64) eller transitorisk anfald af cerebral iskæmi (TIA, G45)

Registreringsskemaer i DanStroke

Basisskema: Alle patienter, som opfylder inklusionskriterierne til Dansk Stroke Register, skal indberettes til databasen via basisskemaet.

Trombolyseskema: Alle patienter med iskæmisk stroke, der behandles med trombolyse, skal derudover have oprettet et supplerende skema (trombolyseskema), som skal udfyldes og indberettes.

Trombektomiskema: Alle patienter med iskæmisk stroke, der behandles med trombektomi, skal desuden også have oprettet, udfyldt og indberettet et supplerende skema (trombektomiskema) (og evt. trombolyseskema, hvis patienten også har fået trombolyse).

SAH-skema: Alle patienter med aneurysmal SAH skal ud over basisskemaet også have udfyldt og indleveret et SAH-registreringsskema.

Definition af variable

Det er et gennemgående princip, at indberettede data skal være i overensstemmelse med oplysninger i journalen og således afspejle det aktuelle sygdomsforløb. Der kan i helt særlige situationer være en tilsyneladende mangel på overensstemmelse mellem indberetning og journal,

uden at der er tale om en fejlregistrering. Sådanne uoverensstemmelser kan skyldes den manglende detaljeringsgrad af registreringsskemaet, og det anbefales derfor at følge definitionerne beskrevet i dette dokument.

Patientdata

CPR nr.

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

Udskrivelsesdiagnose

- Angives som "Hjerneblødning (I61)", "Hjerneinfarkt (I63)", "Akut stroke uden specifikation (I64)", "Transitorisk cerebral iskæmi – TIA (G45)" eller "Aneurysmal subarachnoidalblødning (I60 til og med I60.7)"
- Angiver hoveddiagnose ved udskrivelse/afslutning i henhold til diagnose i patientjournalen.

Diagnoser	Synonym	Forkortelse
Hjerneblødning	Akut intracerebral hæmoragi	ICH
Hjerneinfarkt	Akut iskæmisk stroke	AIS
Akut stroke uden specifikation		TIA
Transitorisk cerebral iskæmi		SAH
Aneurysmal subarachnoidalblødning		

Symptomdebut

- Angives som dd-mm-åå samt tt-mm.
- Såfremt den præcise dato/tidspunkt for symptomdebut ikke kendes, kan der anvendes et skøn. I tilfælde, hvor stroke er opstået om natten, men først erkendt om morgenen, anvendes sidste tidspunkt, hvor patienten med sikkerhed ikke havde udviklet stroke.
- I tilfælde af, at TIA er efterfulgt af stroke, vil det således være stroke-episoden, som skal indberettes.
- Variablen er af central betydning for Dansk Stroke Register og er derfor obligatorisk at udfylde.

Indlagt (af anden årsag) ved symptomdebut

- Angiver, om patienten allerede var indlagt af anden årsag på tidspunktet, hvor patienten får symptomer på stroke (symptomdebut). Det kunne eksempelvis være på en kirurgisk afdeling, på en hjertemedicinsk afdeling etc.

- Et eksempel er, at hvis en patient er indlagt pga. operation i hoften og får symptomer på stroke postoperativt. Her vil der skulle svares 'ja' til 'indlagt af anden årsag'.
- Hvis patienten allerede er indlagt, når symptomer på stroke indtræffer, vil dato og tidspunkt for symptomdebut svare til tidspunkt for akut kontakt. Det være i det øjeblik, at symptomdebut indtræder, at strokeforløbet starter (index-tidspunkt) ift. indikatorberegningerne.
- Patienten er ikke 'indlagt af anden årsag' i de tilfælde, hvor vedkommende kommer på hospitalet med diffuse symptomer, svimmelhed eller andet, som efterfølgende viser sig at være et stroke. I disse tilfælde vil der skulle svares 'nej' til 'indlagt af anden årsag', og tidspunktet for første akutte kontakt er det tidspunkt, hvor patienten ankom på hospitalet med de diffuse symptomer

Dato og klokkeslæt for ankomst til første hospitalsafdeling

- Angives som dd-mm-åå samt tt-mm.
- Klokkeslæt (tt-mm) angiver tidspunktet, hvor patienten ankommer til hospitalet.
- For patienter med TIA, som evt. kun ses ambulant, angives dato og klokkeslæt for første ambulante kontakt i sekundærsektoren.
- Tidspunktet for akut kontakt anvendes i mange indikatorer som 'index-tidspunktet' i beregningen af, hvor lang tid der går, inden patienten scannes, mobiliseres, opstarter medicinsk behandling mv.
- Såfremt patienten allerede er indlagt på tidspunktet for symptomdebut, f.eks. i forbindelse med et kirurgisk indgreb, vil tidspunkt for symptomdebut og tidspunkt for ankomst være identisk. I disse tilfælde vil der skulle svares 'ja' til, at patienten var indlagt af anden årsag ved symptomdebut, og tidspunktet for symptomdebut vil blive anvendt som 'index-tidspunkt'.

Stroke unit

- Stroke unit er en sygehusafdeling/-afsnit, der udelukkende eller næsten udelukkende beskæftiger sig med udredning og behandling af patienter med stroke, og som er karakteriseret ved tværfaglige teams, et personale med særlig interesse for stroke, medinddragelse af pårørende og stadig kompetenceudvikling af personalet.
- Hvis patientens akutte kontakt er direkte på stroke unit, registreres dette.

Overflyttet til anden afdeling

- Angives som dd-mm-åå samt tt-mm.
- Angiver overflytning fra f.eks. skadestue, medicinsk visitationsafsnit eller intern medicinsk afdeling til stroke unit. Har patienten været overflyttet flere gange under sit sygdomsforløb, angives det, hvornår patienten overflyttes til stroke unit.
- Denne oplysning indgår kun ved indberetning via KIP.

Status ved den akutte kontakt

Civilstand

- Angives som "Samboende", "Bor alene" eller "Andet".
- "Samboende" angiver at patienten bor sammen med en anden voksen person, som udgør en afgørende del af patientens sociale netværk. Der kan både være tale om en ægtefælle, partner, voksne børn, ven eller veninde.
- "Bor alene" angiver, at patienten bor alene.
- "Andet" angiver, at patienten ikke klart kan placeres i en af de øvrige kategorier, f.eks. patienter bosiddende på plejehjem.
- Er civilstand ukendt, efterlades feltet tomt.

Boligform

- Angives som "Egen bolig (hus/lejlighed)" "Plejebolig" eller "Andet".
- "Egen bolig" angiver både eje- og lejebolig. "Plejebolig" angiver plejehjem (inkl. korttids-/aflastningsplads eller ældrebolig). Omfatter boliger der visiteres af kommunen).
- "Andet" angiver at patienten ikke klart kan placeres i en af de øvrige kategorier, f.eks. hvis patienten er hjemløs.
- Er boligform ukendt, efterlades feltet tomt.

Alkohol

- Angiver patientens sædvanlige forbrug i en normal uge forud for debut af aktuelle stroke/TIA/SAH.
- Angives som "0 - 10 genstande pr. uge" eller "Over 10 genstande pr. uge".
- Er alkoholforbruget ukendt, efterlades feltet tomt.

Rygning

- Angiver patientens rygevaner forud for debut af aktuelle stroke/TIA/SAH.
- Angives som "Ryger" (1 eller flere cigaretter daglig), "Tidligere ryger (røgfri i over ½ år)" eller "Aldrig ryger".
- Er rygestatus ukendt, efterlades feltet tomt.

Kendt sygdom

Til og med 2024 skulle tidligere kendte sygdomme eller sygdomme opstået i forbindelse med aktuelle indlæggelse/1. ambulante kontakt indberettes via KIP. Fra 2025 vil informationer herom hentes fra andre registre. Det vedrører diabetes, atrieflimren, AML, hypertension, tidl. stroke, tidl. TIA og perifer arteriel sygdom. Se definitionerne af disse i afsnittet [Komorbiditet](#).

Sværhedsgrad af stroke ved den akutte kontakt

Scandinavian Stroke Scale

- Angives for patienter med stroke og TIA
- Angives som score for hvert delement samt totalscore i henhold til Bilag 1.
- Angiver sværhedsgraden af stroke ved den første akutte kontakt.
- Foretages hurtigst muligt efter den akutte kontakt. Hvis skema udfyldes senere i forløbet eller evt. ved udskrivelse og score for delementer ikke kendes, kan totalscore angives.
- Scoringen gennemføres "bedside", og bør udføres prospektivt. Hvis SSS-scoren ikke er registreret i KIP af den første afdeling, patienten er i kontakt med, er det i orden at anvende prospektivt registrerede data fra journalen. Det vil sige, hvis SSS-vurderingen foreligger f.eks. på et scoringsskema knyttet til journalen incl. dato for scoring, de enkelte delscores (arm 4 osv.) og sum-score.

Interventioner/behandling

Ikke faglig relevant

Til og med december 2021 var det muligt at angive, hvorvidt en given intervention/behandling ikke var faglig relevant for den enkelte patient. Pr. 1. januar 2022 er denne mulighed fjernet. Årsagen hertil er, at der i databasen forekom en ikke ensartet indberetning i andelen af forløb med angivelse af 'ikke fagligt relevant' både regionalt men også blandt sammenlignelige afdelinger i samme region, som ikke kunne forklares af forskelle i patientpopulation. Variationen medførte vanskeligheder i tolkning af data på tværs af afdelinger og regioner.

Da visse interventioner/behandlinger ikke vil være fagligt relevante for alle, er udviklingsmål for indikatoropfyldelse justeret.

Undersøgt med CT/MR-scanning

- Angives for patienter med stroke og TIA
- Angives som dato (dd-mm-åå) og klokkeslæt (tt-mm).
- Datoen angiver, at patienten har undergået CT/MR-scanning efter den akutte kontakt med henblik på diagnosticering af stroke.
- Klokkeslæt angives som timer og minutter, hvor scanningen starter/ scanningstidspunktet angives

Undersøgt med ultralyd/CT-/MR-angiografi af halskar

- Angives for patienter med iskæmisk eller uspecifik stroke og TIA
- Angives som dato (dd-mm-åå) eller "Ikke faglig relevant."

- Datoen angiver, at patientens halskar er undersøgt med ultralyd eller CT/MR- angiografi.
- Undersøgelsen skal være dokumenteret i patientjournalen.
- Svarkategorien "Ikke faglig relevant" anvendes i situationer, hvor det ikke vil få nogen klinisk konsekvens at gennemføre en undersøgelse, f.eks. fordi patienten har en kort forventet restlevetid, alvorlige sequelae efter tidligere insulter eller non-carotis relateret minor stroke.
- Variablen angiver således ikke, hvorvidt patienten har behov for eller har undergået en operation, men blot hvorvidt der er foretaget en undersøgelse.

Dysfagiscreening

Vurdering med indirekte synketest

- Angives kun for patienter med stroke.
- Angives som dato (dd-mm-åå) og klokkeslæt (tt-mm).
- Datoen angiver, at der er udført indirekte synketest dvs. patientens: vågenhed, evne til at hoste og synke er vurderet umiddelbart efter den akutte kontakt, og før patienten er tilbudt mad og drikke.
- Klokkeslæt angives som tidspunktet, hvor patienten er blevet testet/den indirekte synketest er gennemført.
- Screeningen skal være dokumenteret i patientjournalen.

Vurdering med direkte synketest

- Angives kun for patienter med stroke.
- Angives som dato (dd-mm-åå) og klokkeslæt (tt-mm).
- Datoen angiver, at der er udført direkte synketest (vandtest med og uden fortykkelsesmiddel samt fast føde) som led i dysfagiscreening umiddelbart efter den akutte kontakt, og før patienten tilbydes et måltid mad.
- Klokkeslæt angives som tidspunktet, hvor patienten er blevet testet/den direkte synketest er gennemført.
- Vurderingen skal være dokumenteret i patientjournalen.

Der findes en række forskellige redskaber, som kan anvendes til at gennemføre screening for dysfagi. Det er formentlig ikke afgørende hvilken metode, der anvendes, når blot principper beskrevet ovenfor følges. Vejledning til at udføre vandtest kan findes på

<http://www.dsfa.dk/Dokumenter/Fagligt/Statusark-Dysfagi.pdf>. Eksempler på screeningstests er bl.a. The Gugging Swallowing Screen (GUSS) (se Bilag 4) og The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST) (Stroke 2009;40:555-561).

Trombocythæmmende behandling – påbegyndt eller genoptaget

- Angives for patienter med iskæmisk og uspecifik stroke og TIA uden atrieflimren.
- Angives som dato (dd-mm-åååå) og klokkeslæt (tt-mm).
- Angiver behandling med trombocythæmmende lægemidler:
B01AC04 Clopidogrel

B01AC06 Acetylsalicylsyre

B01AC07 Dipyridamol

B01AC22 Prasugrel

B01AC24 Ticagrelor

B01AC30 Orisantin, komb.

N02BA01 Acetylsalicylsyre

- Behandlingen kan enten være påbegyndt (gælder også bolus) eller genoptaget/fortsat under det aktuelle sygdomsforløb.
- Såfremt patienten er påbegyndt behandling inden det aktuelle sygdomsforløb, og der ikke pauseres, angives samme dato og klokkeslæt som for den akutte kontakt (ankomst til den første hospitalsafdeling). Såfremt patienten er påbegyndt behandling inden det aktuelle sygdomsforløb, og behandlingen pauseres men genoptages, da angives dato og klokkeslæt for, hvornår behandlingen blev genoptaget.
- Klokkeslæt angives som tidspunktet, hvor medicinen er givet til patienten, og vedkommende har taget/har fået medicinen.

Oral antikoagulationsbehandling – påbegyndt eller genoptaget

- Angives for patienter med iskæmisk og uspecifik stroke og TIA, som har atrieflimren.
- Angives som dato (dd-mm-åååå)
- Vedrører behandling med orale antikoagulantia, dvs. enten vitamin K antagonister f.eks. warfarin (Marevan®) og phenprocoumon (Marcoumar®) eller direkte orale antikoagulantia (DOAK) f.eks. dabigatran (Pradaxa®), rivaroxaban (Xarelto®) og apixaban (Eliquis®).

Svarende til følgende ATC-koder:

B01AA (vitamin K antagonister)

B01AE07 (dabigatran)

B01AF01 (rivaroxaban)

B01AF02 (apixaban)

B01AF03 (edoxaban)

- Der spørges, om oral antikoagulationsbehandling er påbegyndt eller genoptaget. Angivelse af dato (dd-mm-åååå) indikerer, at behandlingen er påbegyndt eller genoptaget.
- Behandlingen kan enten være påbegyndt eller genoptaget/fortsat under det aktuelle sygdomsforløb. Såfremt patienten er påbegyndt behandling inden det aktuelle sygdomsforløb, og der ikke pauseres, angives samme dato som for den akutte kontakt (ankomst til den første hospitalsafdeling)). Såfremt patienten er påbegyndt behandling inden det aktuelle sygdomsforløb, og behandlingen pauseres men genoptages, da angives datoen for, hvornår behandlingen blev genoptaget (eller er planlagt genoptaget, ifald behandlingen først genoptages, når patienten er udskrevet).
- Såfremt at der foreligger ordination (inkl. startdato og recept) samt en plan i EPJ (fx aftale om INR kontrol, kontrol af nyrefunktion), vil det tælle som iværksat behandling.

Data fra Landspatientregistret til beregning af indikatorer

I Dansk Stroke Register indhentes data fra Landspatientregistret (LPR) til beregning af indikatorer omhandlende tidlig mobilisering, vurdering ved fysio-/ergoterapeut, iværksat genoptræning, screening for atrieflimren, udskrivelse med genoptræningsplan, samt vurdering af funktionsniveau med modified Ranning Scale.

Alle SKS-koder, som skal indberettes, er også beskrevet i Tjeklisten. Denne kan ses her:

<https://www.sundk.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/dansk-stroke-register/indberetning/>

Tidlig mobilisering

- Angives kun for patienter med stroke.
- Angives hvornår patienten har været mobiliseret første gang efter den akutte kontakt.
- Mobilisering defineres som: patienten er ude af sengen til siddende stilling, stående stilling eller gang – selvstændigt eller assisteret, afhængigt af patientens almen tilstand.
- Ved ude af sengen til siddende stilling forstås mobilisering til stol. Mobilisering til siddende stilling på sengekanten er således ikke tilstrækkeligt.
- Vurderingen skal være dokumenteret i patientjournalen.
- Tidlig mobilisering kodes og indberettes med følgende procedurekode (inkl. tidspunkt)::
 - ZZP0030A: Tidlig mobilisering påbegyndt
- Klokketallet angives som tidspunktet, hvor patienten er blevet mobiliseret/mobiliseringen er gennemført.

Første vurdering ved fysioterapeut

- Angives for alle patienter med stroke og SAH.
- Angiver hvornår patienten er vurderet af fysioterapeut med henblik på afklaring af omfang og type af rehabilitering.
- Ved en vurdering forstås, at der ved første fysioterapeutiske undersøgelse tages stilling til patientens behandlingsbehov med henblik på afklaring af omfang og type af rehabilitering samt tidspunkt for påbegyndelse af fysioterapeutisk genoptræning. Jf. kodekataloget til indberetning af fysioterapeutiske og ergoterapeutiske ydelser til Sundhedsdatastyrelsen (2019) beskrives vurderingen som *Undersøgelse og vurdering, herunder hører også optagelse af anamnese i forbindelse med førstegangundersøgelse samt almene test under en times varighed*. Se desuden bilag 3.
- Vurderingen skal være dokumenteret i journalen.
- Første vurdering ved fysioterapeut kodes og indberettes med følgende procedurekode (inkl. tidspunkt). Alle underkoder til procedurekoden er gældende:
 - ZZ5049*: Ergo-/fysioterapeutisk undersøgelse eller vurdering
 - Samt den fagspecifikke tillægskode ZNB02 Fysioterapi
- Klokketallet angives som tidspunktet, hvor patienten er blevet vurderet første gang (den

fysioterapeutiske vurdering er foretaget).

Påbegyndt genoptræning ved fysioterapeut

- Angives for alle patienter med stroke
- Angiver hvornår patienten påbegynder genoptræning ved fysioterapeut
- Genoptræning kodes og indberettes med én af følgende procedurer (inkl. tidspunkt). Alle underkoder til procedurekoderne er gældende:
 - BTNA*: Funktionstræning
 - BLNC*: Neuromuskulær bevægelsesterapi
 - BLNR*: Aktivitetstræning af fysisk funktion
 - Samt den fagspecifikke tillægskode ZNB02 Fysioterapi

Første vurdering ved ergoterapeut

- Angives for alle patienter med stroke og SAH.
- Angiver hvornår patienten er vurderet af ergoterapeut med henblik på afklaring af omfang og type af rehabilitering.
- Ved en vurdering forstås, at der ved første ergoterapeutiske undersøgelse tages stilling til patientens behandlingsbehov med henblik på afklaring af omfang og type af rehabilitering samt tidspunkt for påbegyndelse af ergoterapeutisk genoptræning. Jf. kodekataloget til indberetning af fysioterapeutiske og ergoterapeutiske ydelser til Sundhedsdatastyrelsen (2019) beskrives vurderingen som *Undersøgelse og vurdering, herunder hører også optagelse af anamnese i forbindelse med førstegangsundersøgelse samt almene test under en times varighed*. Se desuden bilag 2.
- Vurderingen skal være dokumenteret i journalen.
- Første vurdering ved ergoterapeut kodes og indberettes med følgende procedurekode (inkl. tidspunkt). Alle underkoder til procedurekoden er gældende:
 - ZZ5049*: Ergo-/fysioterapeutisk undersøgelse eller vurdering
 - Samt den fagspecifikke tillægskode ZNB03 Ergoterapi
- Klokkeslæt angives som tidspunktet, hvor patienten er blevet vurderet første gang (den ergoterapeutiske vurdering er foretaget).

Påbegyndt genoptræning ved ergoterapeut

- Angives for alle patienter med stroke.
- Angiver hvornår patienten påbegynder genoptræning ved ergoterapeut
- Genoptræning kodes og indberettes med én af følgende procedurer (inkl. tidspunkt). Alle underkoder til procedurekoderne er gældende:
 - BTP*: Færdighedstræning ifm. daglig livsførelse
 - BLNC*: Neuromuskulær bevægelsesterapi
 - BLNR*: Aktivitetstræning af fysisk funktion
 - BEF*: Mund, svælg- og ansigtsstimulation
 - BRA*: Træning med relation til kognitive og intellektuelle funktioner
 - Samt den fagspecifikke tillægskode ZNB03 Ergoterapi

Screening for atrieflimren/monitorering af hjerterytme

- Angives for alle patienter med akut iskæmisk stroke eller akut stroke uden specifikation samt patienter med TIA – uden kendt atrieflimren.
- Angiver om patienten har fået monitoreret deres hjerterytme i minimum 3 døgn. Jævnfør behandlingsvejledningen fra Dansk Cardiologisk Selskab (Kardiel Embolikilde) anbefales det, at patienter i sinusrytme, hvor et fund af paroksysk atrieflimren vil få terapeutisk konsekvens, bør screenes med mindst 3 døgns Holtermonitorering eller herunder telemetri under indlæggelse.
- Screening for atrieflimren kodes og indberettes med én af følgende procedurekoder (inkl. dato):
 - ZZ4020: EKG-monitorering ad modum Holter
 - ZZ4021: Delprocedure ved Holter-monitorering
 - ZZ4021A: Påsætning af Holter-monitorering
 - ZZ4021B: Aftagning af Holter-monitorering
 - ZZ4021C: Analyse af Holter-monitorering
 - ZZ4022 Kontinuerlig trådløs EKG monitorering
 - ZZ4023* Delprocedure ved kontinuerlig trådløs EKG monitorering
 - ZZ4030: Anvendelse af kardiel eventrecorder
 - ZZ4031: Delprocedure ved anvendelse af kardiel eventrecorder
 - ZZ4031A: Påsætning af kardiel eventrecorder
 - ZZ4031B: Aftagning af kardiel eventrecorder
 - ZZ4031C: Analyse ved anvendelse af kardiel eventrecorder
- Der skal være en dokumenteret lægefaglig begrundelse for monitorering af hjerterytme.

Udskrivelse med genoptræningsplan

- Angives for alle patienter med stroke.
- Angiver om der i forbindelse med udskrivelsen af patienten fra sygehus er udarbejdet en genoptræningsplan. Genoptræningsplanen skal jf. "Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivelse fra sygehus" som minimum indeholde en beskrivelse af patientens tidligere funktionsevne før stroke, en beskrivelse af patientens funktionsevne på udskrivelsestidspunktet samt beskrivelse af patientens genoptræningsbehov på udskrivelsestidspunktet.
- Udarbejdelse af genoptræningsplan kodes og indberettes med én af følgende procedurekoder (inkl. dato for udarbejdelsen af planen):
 - ZZ0175X*: Almindelig genoptræning (alle underkoder til procedurekoden er gældende)
 - ZZ0175Y: Specialiseret genoptræning
 - ZZ0175V: Rehabilitering på specialiseret niveau
- Der skal være en dokumenteret lægefaglig begrundelse for genoptræning efter udskrivelse fra sygehus.

Modified Rankin Scale (mRS)

- Angives for patienter med akut stroke og SAH 3 mdr. efter den akutte kontakt (ankomst til den første hospitalsafdeling).
- Angiver patientens funktionsniveau ud fra et standardiseret scoringsredskab.
- Angives som en score 0 – 6. 0: Ingen symptomer 1: Ingen synlig funktionsnedsættelse, 2: Nogen funktionsnedsættelse 3: Moderat funktionsnedsættelse, 4: Moderat alvorlig funktionsnedsættelse, 5: Svær funktionsnedsættelse, 6: Død eller 9: Uoplyst.
- Foretages i tidsrummet fra 3 mdr. minus 2 uger og til senest 3 mdr. plus 4 uger efter dato for akut kontakt med akut stroke eller SAH.
- Indberettes via Landspatientregisteret med følgende procedure – og værdikoder samt dato:
 - ZZV020M + VPH0000: Værdi 0 Ingen symptomer
 - ZZV020M + VPH0001: Værdi 1 Ingen synlig funktionsnedsættelse
 - ZZV020M + VPH0002: Værdi 2: Nogen funktionsnedsættelse
 - ZZV020M + VPH0003: Værdi 3: Moderat funktionsnedsættelse
 - ZZV020M + VPH0004: Værdi 4: Moderat alvorlig funktionsnedsættelse
 - ZZV020M + VPH0005: Værdi 5: Svær funktionsnedsættelse
 - ZZV020M + VPH0006: Værdi 6: Død
 - ZZV020M + VV00005 eller ZZV020M + VPH0009: Værdi 9: Uoplyst
- Dato for vurdering: Dato angiver den dag, hvor vurdering af patientens funktionsniveau er foretaget
- Såfremt patienten er afdød ved døden inden opfølgning er mulig, er det ikke nødvendigt at indberette mRS-scoren (død=6) til Landspatientregisteret, da RKKP indhenter information om vitalstatus + dato i CPR-registret.
- Se bilag 5:
Manual til Vurdering af funktionsniveau hos patienter med akut stroke 3 mdr. efter akut kontakt <https://www.sundk.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/dansk-stroke-register/indberetning/>.

Komorbiditet

Fra 2025 hentes information om tidligere kendte sygdomme og sygdomne opstået i forbindelse med aktuelle indlæggelse/1. ambulante kontakt fra nationale registre eller andre kliniske kvalitetsdatabaser.

Tidsperioden for afsøgning er 10 år bagud i tid fra tidspunkt for akut kontakt og frem til udskrivesdato (udskrivelse fra sygehuset). Datakilden betinger dog, hvor lang tid bagud i tid, det er muligt at undersøge, om en person tidligere har/har haft en given sygdom.

Diabetes

Datakilden er den kliniske kvalitetsdatabase: Dansk Diabetes Database. Indgår patientens CPR nr. i populationsdatasættet med en inklusionsdato indenfor den definerede tidsperiode, antages det, at patienten har diabetes.

I Dansk Diabetes Database dannes populationen på baggrund af kontakter i LPR og/eller indløste recepter jf. Lægemiddelstatistikregistret (siden 2005).

Atrieflimren

Datakilden er den kliniske kvalitetsdatabase: Atrieflimren i Danmark. Indgår patientens CPR nr. i populationsdatasættet med en diagnosedato indenfor den definerede tidsperiode, antages det, at patienten har atrieflimren.

I Atrieflimren-databasen findes patienter med atrieflimren på baggrund af kontakter i LPR (siden 2006), speciallægepraksis samt almen praksis (begge siden 2013).

AMI (akut myokardie infarkt)

Datakilden er Landspatientregistret. Ifald patienten har en registrering med diagnosen DI21* Akut myokardieinfarkt indenfor den definerede tidsperiode, antages det, at patienten har haft AMI. Der inkluderes både aktions- og bi-diagnoser. Desuden skal kontakten være fysisk og akut.

Hypertension

Datakilderne er Landspatientregistret og Lægemiddelstatistikregistret. Det antages, at patienten har hypertension, hvis patienten har en registrering med af de nævnte diagnoser inden for de sidste 10 år i Landspatientregistret eller har indløst recept på 2 præparater inden for to forskellige grupper (G1-G6) inden for det sidste år forud for den akutte kontakt med stroke. Det skal bemærkes, at nogle ATC-koder kan tælle med 2 gange, selv om der kun er indløst en recept jf. Lægemiddelstatistikregistret (eksempelvis C09BB).

DIAGNOSER	Indenfor 10 år
DI10	Blodtryksforhøjelse af ukendt årsag
DI11	Hypertensiv hjertesygdom
DI12	Hypertensiv nyresygdom
DI13	Blodtryksforhøjelse med både hjertesygdom og nyresygdom
DI15	Blodtryksforhøjelse med kendt årsag

**INDLØSTE RECEPTER Inden for 1 år
(ATC koder)**

C02A	Antiadrenerge midler, centralt virkende	G1
C02B	Antiadrenerge midler, ganglie-blokerende	G1
C02C	Antiadrenerge midler, perifert virkende	G1
C02L	Antihypertensiva og diuretika i kombination	G2
C03A	Low-ceiling diuretika, thiazider	G2
C03B	Low-ceiling diuretika, excl. thiazider	G2
C03D	Aldosteronantagonister og andre kaliumbesparende midler	G2
C03E	Diuretika og kaliumbesparende midler i komb.	G2
C03X	Andre diuretika	G2
C07B	Beta-blokerende midler og thiazider	G2
C07C	Beta-blokkere og andre diuretika	G2
C07D	Beta-blokkere, thiazider og andre diuretika	G2
C08G	Calciumantagonister og diuretika	G2
C09BA	Ace-hæmmere og diuretika	G2
C09DA	Angiotensin ii receptor blokkere (arbs) og diuretika	G2
C09XA52	Aliskiren og hydrochlorthiazid	G2
C02B	Antiadrenerge midler, ganglie-blokerende	G3
C02DD	Nitroferricyanid-derivater	G3
C02DG	Guanidin-derivater	G3
C04	Perifere vasodilatorer	G3
C05	Vasoprotectiva	G3
C07	Beta-blokerende midler	G4
C08	Calciumantagonister	G5
C09BB	Ace-hæmmere og calciumantagonister	G5
C09DB	Angiotensin ii receptor blokkere (arbs) og calciumantagonister (ccb)	G5

C09

Midler med virkning på renin-angiotensin systemet

G6

Tidligere stroke

Datakilden er den kliniske kvalitetsdatabase: Dansk Stroke Register. Indgår patientens CPR nr. i populationsdatasættet med en stroke-diagnose 10 år bagud i tid fra den akutte kontakt med stroke, antages det, at patienten tidligere har haft et stroke.

Tidligere TIA

Datakilden er den kliniske kvalitetsdatabase: Dansk Stroke Register. Indgår patientens CPR nr. i populationsdatasættet med en TIA-diagnose 10 år bagud i tid fra den akutte kontakt med stroke, antages det, at patienten tidligere har haft TIA.

PAD (perifær arteriel sygdom)

Datakilden er Landspatientregistret. Ifald patienten har en registrering af en karkirurgisk procedurekode 10 år bagud i tid fra den akutte kontakt med stroke, antages det, at patienten tidligere har PAD.

Følgende procedurekoder for karkirurgiske indgreb er definerende for PAD:

- KPDF*, KPEF*, KPAH*, KPBH*, KPCH*, KPDH*, KPEH*, KPFH*, KPGH*, KPAP*, KPBP*, KPCP*, KPDP*, KPEP*, KPFP*, KPBE*, KPCE*, KPDE*, KPEE*

Bilagsfortegnelse

BILAG 1: SSS-SCORE

BILAG 2: Vejledning til første ergoterapeutiske undersøgelse og vurdering af patient med akut stroke

BILAG 3: Vejledning til første fysioterapeutiske undersøgelse og vurdering af patient med akut stroke

BILAG 4: Screening for dysfagi GUSS

BILAG 5: Manual til Vurdering af funktionsniveau hos patienter med akut stroke 3 mdr. efter akut kontakt

Alle bilag forefindes på databasens hjemmeside: <https://www.sundk.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/dansk-stroke-register/indberetning/>

