

Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelig- hed - DANFRAIL

Dataindberetning for patientgrundlag
og indikatormonitorering

Version 1.3

Indhold

1. Indledning	1
Om Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed	1
Om Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK)	1
Formålet med dataindberetningsdokumentet	1
2. Ændringslog fra version 1.2 til 1.3	2
3. Drift og implementering af DANFRAIL	2
Opgørelsesperiode	3
Afrapportering	3
Datakilder	3
Variabelliste	3
5. Indikatoroversigt	4
Indikatortidslinje	4
6. Omfattede organisatoriske enheder	5
Indberetning til databasen	6
7. Patientgrundlag	7
8. Indikatorspecifikationer	8
Indikator 1. Vurdering af skrøbelighed	8
Indikator 2. Screenet for delirium	9
Indikator 3a. Tidlig mobilisering, ikke opererede	10
Indikator 3b. Tidlig mobilisering, opererede	11
Indikator 4. Stillingtagen til genoplivningsforsøg	13
Indikator 5. Ernæringsplan udarbejdet	14
Indikator 6. Vurderet ADL	15
Indikator 7a. Genhenvendelse, 7 dage	16
Indikator 7b. Genhenvendelse, 30 dage	16
Indikator 8a. Dødelighed, 7 dage	17
Indikator 8b. Dødelighed, 30 dage	17
9. Variable anvendt i DANFRAIL	18
Variable til dannelse af patientgrundlaget	18
Variable til beregning af indikatorer	18
Bilag 1	19

1. Indledning

Om Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed

Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed (DANFRAIL) har til formål at monitorere og forbedre behandlingskvaliteten for ældre med skrøbelighed i Danmark. Det er essentielt at ældre med skrøbelighed tilbydes optimal behandling, der gør det muligt at bibeholde en daglig livsførelse med så høj livskvalitet som muligt. Det er derfor vigtigt, at der tilbydes ensartet og korrekt behandling og opfølgning i alle dele af sundhedsvæsenet i hele landet.

Set i det lys har DANFRAILs styregruppe udvalgt et sæt af indikatorer med tilhørende standarder til at måle kvaliteten af de sundhedsfaglige kerneydelser til ældre, der lever med skrøbelighed. Styregruppen har designet databasen til dække patientforløb på tværs af sektorer, men der er i første omgang alene udarbejdet indikatorer for behandlingen i hospitalsregi. Dette skal ses som et udtryk for styregruppens fokus på at anvende eksisterende datakilder til indikatormonitoreringen for at minimere registreringsomfanget. Der er derfor også sat fokus på de kontakter, der afsluttes i akutmodtagelserne og hjemsendes efter kortvarig kontakt. Der er i styregruppen et brændende ønske om at få adgang til data fra primær sektor og data om patienternes oplevelser med henblik på at monitorere den sektorspecifikke behandling samt kommunikation og kontinuitet i behandlingsforløbene. For mere indblik i rationalet for valg af indikatorer og den bagvedliggende evidens henvises til evidensrapporten for DANFRAIL, som er tilgængelig på databasens hjemmeside samt dokument om baggrund og valg.

Om Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK)

De landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser har til formål at belyse kvaliteten af den sundhedsfaglige behandling og bidrage til at forbedre sundhedsvæsenets indsats og resultater. SundK står for drift og udvikling af de ca. 85 kvalitetsdatabaser herunder driften af DANFRAIL. SundK er en tværregional netværksorganisation, som er bygget op om de godkendte databaser, de tilhørende klinisk forankrede styregrupper og SundK's Videncenter. SundK arbejder under Sundhedslovens 1961, hvoraf det fremgår, at den kliniske kvalitetsdatabase herunder indholdsspecifikation, skal godkendes af Sundhedsdatastyrelsen, inden databasen kan gå i drift. Loven præciserer desuden, at indberetning af helbredsoplysninger kan ske uden samtykke fra personen, og at regionsråd, kommunalbestyrelser, privat-personer og institutioner, der driver hospitaler mv., har pligt til løbende at indberette oplysninger til databaserne, som er godkendt af Sundhedsdatastyrelsen.

Formålet med dataindberetningsdokumentet

Formålet er at beskrive:

- hvem, der forventes at indberette til DANFRAIL, og hvordan resultaterne afrapporteres (afsnit 6)
- hvordan de indberettede data anvendes til dannelse af patientgrundlag (afsnit 7 - Patientgrundlag)
- hvordan de indberettede data anvendes i indikatoropgørelse (afsnit 8 - Indikatorspecifikationer)
- hvilke data, der anvendes til indikatormonitoreringen i DANFRAIL (afsnit 9 - Kodeliste)

¹ Behandling omfatter [efter denne lov] undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient (LBK nr 1011 af 17/06/2023)

² Bekendtgørelse af Sundhedsloven. LBK nr. 903 af 26/08/2019

2. Ændringslog fra version 1.2 til 1.3

Indikator 2 – Screening for delirium.

Der oprettes pr. 1. april 2025 tre nye koder for redskaber til screening for delirium. Koderne/screeningsredskaberne medtages til opfyldelse af indikatoren.

Indikator 3a og 3b – Tidlig mobilisering

Koden ZZP0030A 'tidlig mobilisering påbegyndt' medtages også til opfyldelse af indikatorerne uanset om patienten er opereret eller ej.

Indikator 5 - Ernæringsplan udarbejdet.

Indholdet i ernæringsplanen er samstemt med Dansk Tværfagligt register for Høftenære Lårbensbrud, hvorved det er de samme kriterier, der er gældende for registrering af koden for ernæringsplan i de to databaser. Akut Kirurgi Databasen har valgt at pausere indikatoren, indtil der er oprettet en ny kode rettet mod genoptaget ernæring efter operation.

3. Drift og implementering af DANFRAIL

DANFRAIL startede den 1. april 2024 med den mulighed, at de enkelte afdelinger kan anvende hele 2024 til at komme i gang med implementeringen af DANFRAIL.

Styregruppen har blik for at en succesfuld implementering kræver tid og giver derfor mulighed for gradvis opstart af indberetning til databasen. De enkelte afdelinger kan i samarbejde med regionen planlægge lokale undervisningsforløb ift. fx screening af CFS eller delir samt lave lokale afprøvninger fx ved PDSA-metoden (plan-do-study-act) for at få screeningerne og registreringerne hensigtsmæssigt indarbejdet i de nuværende arbejdsgange. Styregruppen er derfor i dialog med regioner ift. udarbejdelse af individuelle implementeringsplaner i afdelingerne.

På baggrund af ovenstående forventer styregruppen først, at alle landets afdelinger er godt i gang med implementeringen den 1. januar 2025. Af den årsag udarbejdes den første rapport som en implementeringsrapport for perioden 1. april til 31. december 2024. Implementeringsrapporten giver styregruppen og regionerne mulighed for at auditere de foreløbige resultater og lære af de afdelinger, der viser lovende resultater. Datakvalitetsrapporten fokus er læring og offentliggøres derfor ikke.

4. Generelt

Opgørelsesperiode

DANFRAILs opgørelsesperiode går fra 1. januar til og med 31. december svarende til kalenderåret.

Afrapportering

Der afrapporteres dagligt og årligt fra DANFRAIL til de afdelinger, der er underlagt dataindberetning hertil.

Daglig formidling af indikatorresultater foregår via de løbende leverancer fra de Kliniske Kvalitetsdatabasers Afrapporteringssystem (KKA) til regionernes ledelsesinformationssystemer. Klinikere i de enkelte regioner kan tilgå ledelsesinformationssystemerne i egen region og dermed løbende se udviklingen i egne indikatorresultater. Som udgangspunkt er patienter, der indgår i opgørelserne, anonymiserede, men klinikere med behandlingsansvar kan få personlig adgang til systemet via hospitalets kvalitetsorganisation, så der kan opnås viden om manglende målopfyldelse og dermed handles derpå.

Indikatorresultaterne opgøres også årligt i en årsrapport, der fremviser resultaterne på lands-, regions- og afdelingsniveau for en etårig periode svarende til kalenderåret. I årsopgørelsen medtages indlæggelsesforløb med udskrivesdato i opgørelsesperiode (senest udskrivesdato: 31/12).

Datakilder

Datakilderne til DANFRAIL udgør følgende:

- Landspatientregisteret (LPR)
- Det Centrale Personregister (CPR)

Variabelliste

Overblikket over DANFRAILs indhold fremgår af [hjemmesiden](#) og SundK-dokumentation for DANFRAIL ([dokumentation.dk](#)).

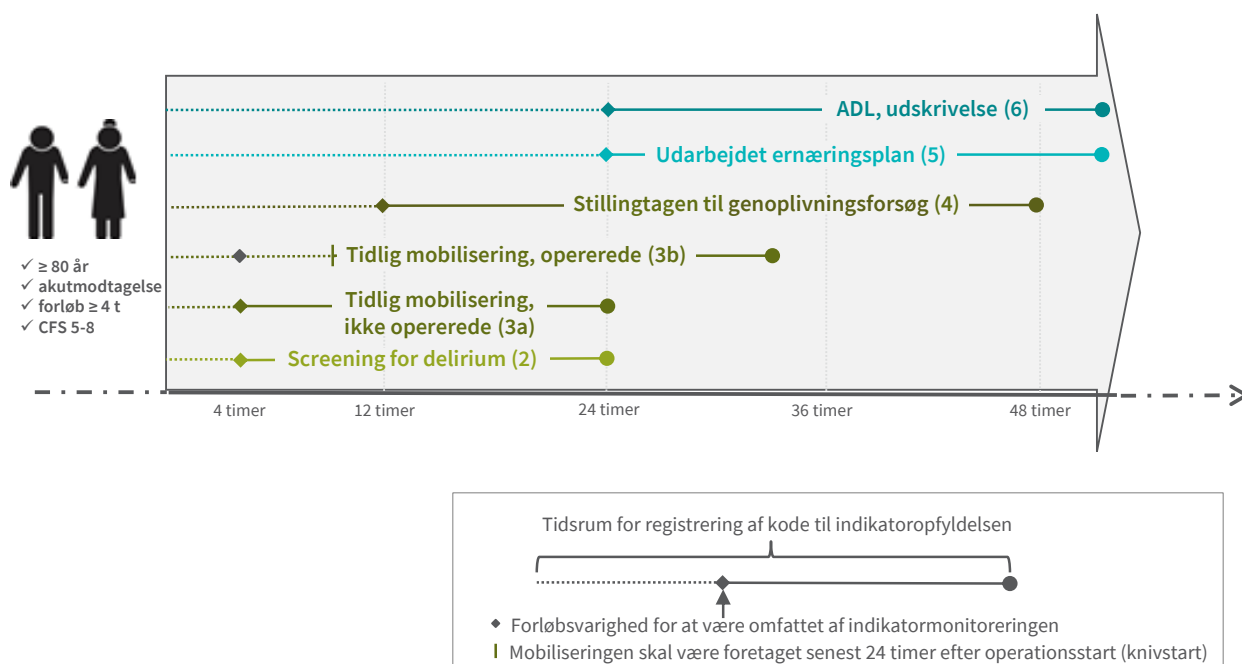
5. Indikatoroversigt

Område	Nr.	Indhold	Standard	Type
Vurdering af skrøbelighed	1	Andelen af patientforløb af mindst 4 timers varighed, hvor patienten er mindst 80 år, der vurderes med Clinical Frailty Scale (CFS)	<i>Ikke fastsat</i>	Proces
Screening for delirium	2	Andelen af patientforløb med CFS 5-8, hvor der screenes for delirium inden for 24 timer	<i>Ikke fastsat</i>	Proces
Tidlig mobilisering, ikke opererede	3a	Andelen af patientforløb med CFS 5-8, som ikke opereres, der mobiliseres indenfor 24 timer	<i>Ikke fastsat</i>	Proces
Tidlig mobilisering, opererede	3b	Andelen af patientforløb med CFS 5-8, som opereres, der mobiliseres indenfor 24 timer efter operation	<i>Ikke fastsat</i>	Proces
Stillingtagen til genoplivningsforsøg	4	Andelen af patientforløb med CFS 5-8 indlagt* mindst 12 timer, hvor der tages stilling til forsøg på genoplivning inden for 48 timer	<i>Ikke fastsat</i>	Proces
Ernæringsplan udarbejdet	5	Andelen af patientforløb med CFS 5-8 indlagt* mindst 24 timer, hvor der udarbejdes en ernæringsplan	<i>Ikke fastsat</i>	Proces
Vurderet ADL	6	Andelen af patientforløb med CFS 5-7 indlagt* mindst 24 timer, der får vurderet almindelig dagligdags livsførelse (ADL)	<i>Ikke fastsat</i>	Proces
Akut genhenvendelse	7a	Andelen af patientforløb med CFS 5-8, der har en akut genhenvendelse uanset årsag indenfor 7 dage	<i>Ikke fastsat</i>	Resultat
	7b	Andelen af patientforløb med CFS 5-8, der har en akut genhenvendelse uanset årsag indenfor 30 dage	<i>Ikke fastsat</i>	Resultat
Dødelighed	8a	Andelen af patienter med CFS 5-8, der dør inden for 7 dage	<i>Ikke fastsat</i>	Resultat
	8b	Andelen af patienter med CFS 5-8, der dør inden for 30 dage	<i>Ikke fastsat</i>	Resultat

*indlagt defineres som patientforløb af mindst 12 timers varighed

Indikatortidslinje

Nedenstående figur viser tidslinjen for procesindikatorerne og inklusionskriterier for en patient, der ankommer til akutmodtagelsen og overflyttes til anden afdeling.



6. Omfattede organisatoriske enheder

Akutmodtagelser, som modtager akutte patienter på mindst 80 år, er omfattet af dataindberetning til DANFRAIL gennem indberetning af SKS-koder til LPR. Derudover er alle afdelinger, der efterfølgende er involveret i behandlingen af patienter, der vurderes som skrøbelige (indikator 1), omfattet af dataindberetningen for de øvrige indikatorer.

DANFRAIL benytter sig af kortlægningen af akutmodtagelser, der er defineret i Databasen for Akutte Hospitalskontakter (DAH). Det svarer til akutmodtagelser, der fysisk er beliggende på ét af de 21 akutsygehuse. Derudover inkluderes afdelinger, der defineres/ser sig selv som akutafdelinger, og som udtrykker ønske for at være med i databasen.

DANFRAILs styregruppe opdaterer listen årligt i forbindelse med audit for at sikre, at alle relevante afdelinger er med, samt tager stilling til, om flere afdelinger skal omfattes. De specifikke afdelinger pr. 2024 er listet i bilag 1.

DANFRAIL afleverer data tilbage til de enkelte afdelinger via KKA ift. den pågældende afdelingskode i Sundhedsvæsenets Organisationsregister (SOR).

Indberetning til databasen

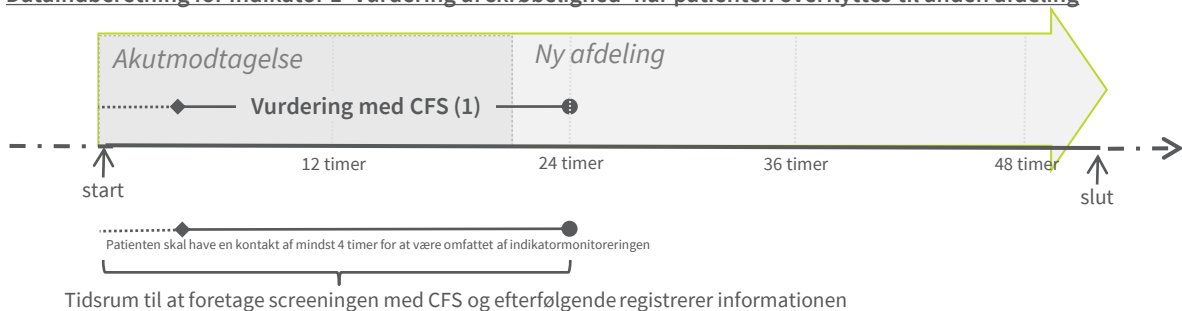
Alle afdelinger, der er involveret i patientforløb for patienter med skrøbelighed, er ansvarlig for at indberette data til databasen. For hver patient etableres ét samlet patientforløb på baggrund af de identificerede kontakter, som vist i figuren nedenfor (teknisk beskrivelse findes i afsnit 5).

Alle informationer (SKS-koder) samles i patientforløbet, hvormed alle registreringer indgår i indikatorberegningen uanset hvilken afdeling, der har registreret koden. Derfor skal den afdeling, patienten overflyttes til, fx ikke igen tage stilling til genoplivningsforsøg, hvis akutmodtagelsen allerede har haft samtalen med patienten, og har registreret det.

Det bemærkes også, at registreringer fra sundhedsprofessionelle ansat i andre afdelinger vil blive samlet i patientforløbet. Fx vil mobilisering eller ADL foretaget af fysio- eller ergoterapeuter på en patient med skrøbelighed blive koblet til denne patients informationer.

I tilfælde af indberetning af flere vurderinger af CFS, delirium mv. i patientens forløb, medtages den først indberettede vurdering efter ankomst til akutafdelingen.

Dataindberetning for indikator 1 'Vurdering af skrøbelighed' når patienten overflyttes til anden afdeling

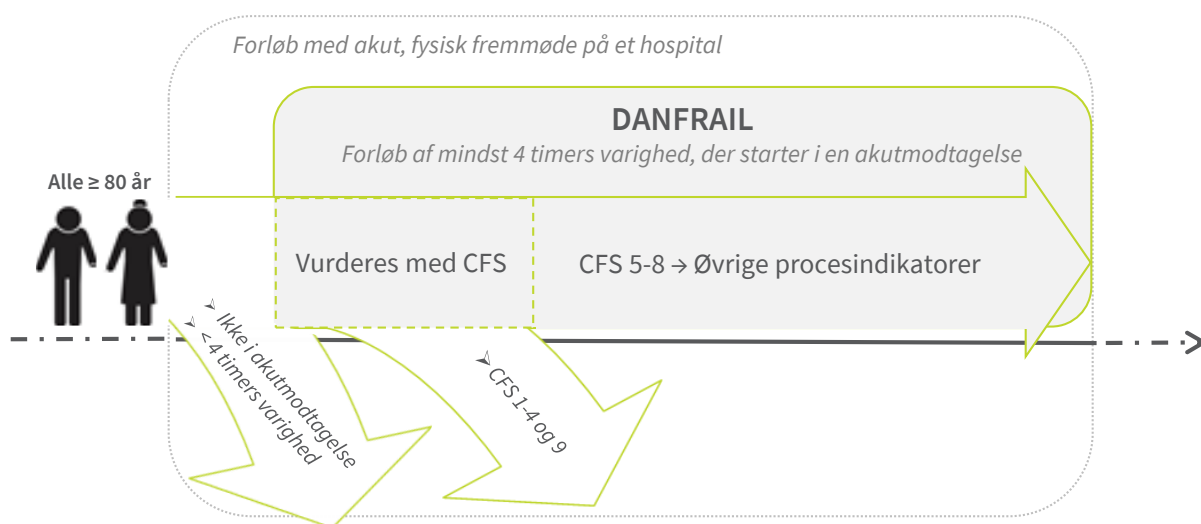


Dataindberetning for indikator 4 'Stillingtagen til genoplivningsforsøg' når patienten overflyttes til anden afdeling



7. Patientgrundlag

Patientgrundlaget er patienter på mindst 80 år registreret med en akut, somatisk fysisk fremmøde kontakt af mindst 4 timers varighed i Landspatientregisteret (LPR), der startes på én af de omfattende organisatoriske enheder (præciseret i Bilag 1). Alle kontakter er omfattet uanset årsag (diagnose).



Følgende ekskluderes:

- kontakter på mindre end 4 timer
- kontakter med diagnosekode DR97* indbragt uden livstegn
- patienter, der overflyttes til psykiatrisk afdeling
- patienter med erstatnings-cpr-nummer eller invalid CPR-status (koder: 20 (inaktiv), 30 (annulleret), 50 (dobbelnummer), 60 (ændret) og 70 (forsvundet))
- patienter uden bopæl i Danmark (koder: 05 og 07 (Grønland))

Akutte kontakter med fysisk fremmøde af mindst 4 timers varighed, hvor patienten er mindst 80 år, medtages i DANFRAIL. Dette betyder, at patienter med flere akutte kontakter i opgørelsesperioden tæller med svarende til antallet af gange, patienten har været i akut kontakt med hospitalet. Dermed vil antallet i nævneren svare til antallet af patientforløb for patienter på mindst 80 år og ikke nødvendigvis det unikke antal patienter, der har været i akut kontakt med hospitalet i løbet af opgørelsesperioden.

Prognostiske markører omfatter alder, køn, civilstatus, antallet af akutte kontakter inden for det seneste år og komorbiditet (Charlsons komorbiditetsindeks/multisygdom). De prognostiske markører trækkes via eksisterende data og opgøres ved starttidspunktet for den akutte kontakt.

NOTE: En akut, 'fysisk fremmøde' kontakt i LPR3 defineres som en kontakt, hvor der er angivet et sluttidspunkt [admin.prioritet = ATA1 Akut ; admin.konttype= ALCA00 Fysisk fremmøde] og hvor kontaktens sluttidspunkt ligger i opgørelsesperioden (afsluttet kontakter). De identificerede kontakter for hver patient samles til ét hospitalsforløb. Ved flere sammenhængende kontakter, der indeholder en akut kontakt, samles kontakterne til ét patientforløb, hvis der er mindre end 4 timer imellem sluttidspunkt og efterfølgende starttidspunkt mellem kontakterne (fx ved overflytning mellem afdelinger). Det samlede patientforløb medtages herefter som en akut kontakt.

8. Indikatorspecifikationer

Indikator 1. Vurdering af skrøbelighed

Andelen af patientforløb af mindst 4 timers varighed, hvor patienten er mindst 80 år, der vurderes med Clinical Frailty Scale (CFS)

Standarden er ikke fastsat - *målsætningen er at opnå en høj andel, der vurderes med CFS.*

Nævner:	Patientforløb af mindst 4 timers varighed, hvor patienten er mindst 80 år
	NOTE: - alle akutte kontakter for patienter på mindst 80 år medtages, uanset om der har været en akut kontakt lige op til den nuværende kontakt - patienter, der fylder 80 år i løbet af hospitalskontakten, medtages ikke
Tæller:	Patientforløb i nævneren, der vurderes med Clinical Frailty Scale (CFS) CFS registreres med følgende kode inklusiv værdikode (VPH), i LPR: ZZV020V Vurdering efter Clinical Frailty Scale (CFS) inklusiv værdikode (VPH) Værdikoden VPH indberettes som tillægskode til procedurekoden, fx indberettes en patient, der vurderes som 'mildt skrøbelig' svarende til en CFS på 5 som VPH0005. Vurderingen foretages i akutmodtagelsen, og forventes ikke at gå forud for den indledende akutte behandling herunder triage og ABCDE stabilisering. Vær opmærksom på, at vurdering med CFS sker på baggrund af patientens tilstand <i>forud</i> for akut sygdom almindeligvis 14 dage forud. Vurderingen kan foretages af alle sundhedsprofessionelle - se materiale og e-læringsprogram her [https://www.geriatri.dk/forside/cfs.php] Vurdering med CFS skal være foretaget inden for de første 24 timer fra patienten ankommer til akutmodtagelsen. Hvis forløbet afsluttes inden for de første 24 timer, skal vurderingen senest være foretaget ved udskrivelse. Overflytning mellem afdelinger samles til ét patientforløb, og CFS skal kun registreres én gang inden for 24 timer (se indberetning i afsnit 5).
Uoplyst:	Patientforløb med CFS med ugyldige værdikoder (værdier over 9)
Ikke relevant:	Patienter, der dør inden for de første 24 timer efter kontaktstart
Registreringsniveau:	- Hospitalsenhed, der modtager patienten (afdeling for kontaktstart) eller - den/de afdelinger patienten overflyttes til inden for 24 timer eller - sundhedsprofessionelle ansat i anden afdeling, der har udført screeningen

Indikator 2. Screenet for delirium

Andelen af patientforløb med CFS 5-8, der screenes for delirium inden for 24 timer

Standarden er ikke fastsat - målsætningen er at opnå en høj andel, der screenes for delirium.

Nævner:	Patientforløb med CFS på 5, 6, 7 eller 8
Tæller:	Patientforløb i nævneren, der bliver screenet for delirium inden for 24 timer Screening for delir registreres med følgende kode i LPR: - ZZ1501 Screening for delirium ELLER et af nedenstående specifikke redskaber: - ZZ1501A Screening for delirium, The 4 A's test (4 AT) - ZZ1501B Screening for delirium, Brief Confusion Assessment Method (B-CAM) - ZZ1501C Screening for delirium, Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM ICU) - ZZ1501D Screening for delirium, The Nursing-Delirium Screening Scale (NuDESC DK) - ZZ1501E Screening for delirium, The Short Confusion Assessment Method (Short CAM) - ZZ1501F Screening for delirium, Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit 7 (CAM-ICU-7) - ZZ1501G Screening for delirium, Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) - ZZ1501H Screening for delirium, Confusion Assessment Method (CAM) Redskab til screening af delirium er valgfrit, så længe der anvendes et validerede redskab. I de kliniske afdelinger i Danmark anvendes hyppigst b-CAM eller 4AT. Skemaer til brug i den kliniske hverdag kan frit downloades fra de angivne sider. Yderligere materiale ift. screening og behandlingsvejledninger samt referencer er tilgængelig her [https://www.geriatri.dk] 4 AT (www.the4at.com/4at-dansk) - Nu-DESC: Nursing Delirium Screening Scale (https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-017-0271-x) - B-CAM: Confusion Assessment Method (https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/NKR-delirium/5-BCAM-screeningsark.ashx) - CAM-ICU (Confusion Assessment Method - Intensive Care Unit) Hvis patienten er delirøs, opfordres der til at diagnosekode tilstanden som a- eller b-diagnose på kontakten. - DF050 Delir uden demens - DF051 Delir ved demens - DF058 andet delir - DF059 Delir UNS Screeningen for delirium skal være foretaget inden for de første 24 timer fra patienten ankommer til akutmodtagelsen. Hvis forløbet afsluttes inden for de første 24 timer, skal screeningen senest være foretaget ved udskrivelse. Overflytning mellem afdelinger samles til et patientforløb, og screeningen skal kun registreres én gang inden for 24 timer (se afsnit 5).
Uoplyst:	Patientforløb med manglende eller ugyldige værdier
Ikke relevant:	Patientforløb med en CFS ≤ 4 eller 9 eller som dør inden for de første 24 timer efter kontaktstart
Registreringsniveau:	- Hospitalsenhed, der modtager patienten (afdeling for kontaktstart) eller - den/de afdelinger patienten overflyttes til inden for 24 timer

Indikator 3a. Tidlig mobilisering, ikke opererede

Andelen af patientforløb med CFS 5-8, som ikke opereres, der mobiliseres inden for 24 timer.

Standarden er ikke fastsat - målsætningen er at opnå en høj andel, der mobiliseres inden for 24 timer.

Nævner:	Patientforløb med CFS på 5, 6, 7 eller 8, som ikke opereres
Tæller:	Patientforløb i nævneren, der mobiliseres inden for 24 timer Mobilisering registreres med følgende kode i LPR: ▪ ZZP0030A tidlig mobilisering påbegyndt ELLER ▪ ZZV020G3 Vurdering af basismobilitet ved første mobilisering Ved tidlig mobilisering forstås første gang patienten enten selvstændigt eller assisteret er ude af sengen til gang, stående stilling eller siddende stilling i stol afhængigt af patientens almene tilstand. Kan patienten mobiliseres til gang, skal dette prioriteres. Mobilisering til siddende stilling på sengekanten er således ikke tilstrækkeligt. Det anbefales, at mobiliseringen foretages flere gange dagligt – særligt når patienten er indlagt over flere døgn. Til vurdering af basismobilitet kan anvendes CAS. Det er muligt at tilføje scoren som til-lægskode for vurdering af mobiliseringen. Yderligere beskrivelse er tilgængelig her [www.geriatri.dk]. Cumulated Ambulation Score (CAS) tillægskodes med følgende i LPR: - ZRRA00 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 0 - ZRRA01 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 1 - ZRRA02 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 2 - ZRRA03 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 3 - ZRRA04 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 4 - ZRRA05 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 5 - ZRRA06 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 6 - ZRRA09 Cumulated Ambulation Score, CAS, score uoplyst Mobiliseringen skal være foretaget inden for de første 24 timer fra patienten ankommer til akutmodtagelsen. Hvis forløbet afsluttes inden for de første 24 timer, skal mobilise-ringen senest være foretaget ved udskrivelse. Overflytning mellem afdelinger samles til ét patientforløb, og mobiliseringen skal kun registreres én gang indenfor 24 timer (se indberetning i afsnit 5).
Uoplyst:	Patientforløb med manglende eller ugyldige værdier
Ikke relevant:	Patientforløb: ▪ med CFS ≤ 4 eller 9 ▪ der dør inden for de første 24 timer efter kontaktstart ▪ med stroke (omfattet af anden database) ▪ med operation inden for 24 timer efter kontaktstart. Operation omfatter koderne præciseret i nævner for indikator 3b
Registreringsniveau:	- Hospitalsenhed, der modtager patienten (afdeling for kontaktstart) eller - den/de afdelinger patienten overflyttes til inden for 24 timer eller - sundhedsprofessionelle, der har udført mobiliseringen (fx terapeuter ansat i enhed/af-delning for Ergo- og Fysioterapi)

Indikator 3b. Tidlig mobilisering, opererede

Andelen af patientforløb med CFS 5-8, der mobiliseres indenfor 24 timer efter operation.

Standarden er ikke fastsat - målsætningen er at opnå en høj andel, der mobiliseres inden for 24 timer.

Nævner:	Patientforløb med CFS på 5, 6, 7 eller 8, der opereres inden for de første 24 timer. Operation omfatter følgende kirurgisk procedurekoder i LPR: ▪ KA Operationer på nervesystemet ▪ KF Operationer på hjerte og store intratorakale kar ▪ KG Operationer på åndedrætsorganer, brystkasse, mediastinum, diafragma ▪ KJ Operationer på fordøjelsesorganer og milt ▪ KK Operationer på urinveje, mandlige kønsorganer og retroperitonealt væv ▪ KL Operationer på kvindelige kønsorganer ▪ KN Operationer på bevægeapparatet ▪ KP Operationer på perifere kar og lymfesystem ▪ KU Endoskopier gennem naturlige og kunstige legemsåbninger ▪ KW Procedurer udført i forbindelse med operation
Tæller:	Patientforløb i nævneren, som opereres, der bliver mobiliseret indenfor 24 timer efter operation Mobilisering registreres med følgende kode i LPR: ▪ ZP0030A tidlig mobilisering påbegyndt ELLER ▪ ZV020G3 Vurdering af basismobilitet ved første mobilisering Ved tidlig mobilisering forstås første gang patienten enten selvstændigt eller assisteret er ude af sengen til gang, stående stilling eller siddende stilling i stol afhængigt af patientens almene tilstand. Kan patienten mobiliseres til gang, skal dette prioriteres. Mobilisering til siddende stilling på sengekanten er således ikke tilstrækkeligt. Det anbefales, at mobiliseringen foretages flere gange dagligt – særligt når patienten er indlagt over flere døgn. Mobiliseringen skal være foretaget inden for de første 24 timer efter operationsstart (knivstart). Til vurdering af basismobilitet kan anvendes CAS. Det er muligt at tilføje scoren som tillægskode for vurdering af mobiliseringen. Yderligere beskrivelse er tilgængelig her [www.geriatri.dk]. Cumulated Ambulation Score (CAS) tillægskodes med følgende i LPR: - ZRRA00 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 0 - ZRRA01 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 1 - ZRRA02 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 2 - ZRRA03 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 3 - ZRRA04 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 4 - ZRRA05 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 5 - ZRRA06 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 6 - ZRRA09 Cumulated Ambulation Score, CAS, score uoplyst

Patienter behandlet med akut højrisiko abdominal kirurgi er omfattet af Akut Kirurgi Database, hvor tidlig mobilisering inden for 24 timer efter operation registreres fortsat med 'ZZP0030A Tidlig mobilisering påbegyndt'. Denne registrering medtages som opfyldt tæller i DANFRAIL. For beskrivelse af inklusionskriterier for Akut Kirurgi Database se https://www.sundk.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/akut-kirurgi-databasen/ Patienter behandlet for hoftenær lårbensbrud er omfattet af Dansk Tværfagligt Register for hoftenære lårbensbrud, hvor tidlig mobilisering registreres med 'ZZV020G3 Vurdering af basismobilitet ved første mobilisering'. Denne registrering medtages ligeledes som opfyldt tæller i DANFRAIL.	
Uoplyst:	Patientforløb med CFS med manglende eller ugyldige værdier
Ikke relevant:	Patientforløb: ▪ med CFS ≤ 4 eller 9 ▪ der dør inden for de første 24 timer efter kontaktstart ▪ med stroke (omfattet af anden database) ▪ uden operation svarende til nævner i indikator 3a
Registreringsniveau:	- Hospitalsenhed, hvor patienten opholder sig efter operation eller - sundhedsprofessionelle, der har udført mobiliseringen (fx terapeuter ansat i enhed/afdeling for Ergo- og Fysioterapi)

Indikator 4. Stillingtagen til genoplivningsforsøg

Andelen af patientforløb med CFS 5-8 indlagt mindst 12 timer, hvor der tages stilling til forsøg på genoplivning inden for 48 timer

Standarden er ikke fastsat - målsætningen er at opnå en høj andel, hvor der er taget stilling til genoplivningsforsøg.

Nævner:	Patientforløb med CFS på 5, 6, 7 eller 8 indlagt mindst 12 timer Indlagt mindst 12 timer defineres som en kontaktvarighed på ≥ 12 timer fra start til slut.
Tæller:	Patientforløb i nævneren, hvor der er taget stilling til forsøg på genoplivning inden for 48 timer Genoplivning registreres med følgende koder i LPR: ZZ0960 Stillingtagen til genoplivningsforsøg ved hjertestop Med 'stilling til forsøg på genoplivning' menes, at der er taget stilling til, om der skal foretages hjerte-lunge-redning i tilfælde af hjertestop, hvad enten det er patientens ønske eller lægefaglig vurdering, der ligger til grund herfor. Vær opmærksom på at patienten kan have registreret præferencer på forhånd i stamdatakortet på sundhed.dk. DANFRAIL anbefaler, at patientens ønske og lægefaglig indikation for anden livredende behandling, inkl. intensiv terapi, også drøftes med patient og pårørende på samme tidspunkt, men det er kun stillingtagen til hjerte-lunge-redning som registreres i DANFRAIL. Inden for 48 timer beregnes fra kontakt start til og med 48 timer efter. Stillingtagen skal være foretaget inden for de første 48 timer fra patienten ankommer til akutmodtagelsen. Det anbefales dog, at dette gøres så tidligt som muligt i forløbet. Hvis forløbet afsluttes inden for de første 48 timer, skal stillingtagen senest være foretaget ved udskrivelse. Overflytning mellem afdelinger samles til ét patientforløb, og stillingtagen til genoplivningsforsøg skal kun registreres én gang indenfor 48 timer (se indberetning i afsnit 5).
Uoplyst:	Patientforløb med CFS med manglende eller ugyldige værdier
Ikke relevant:	Patientforløb: - med CFS ≤ 4 eller 9 - med kontaktvarighed på < 12 timer - der dør inden for de første 24 timer efter kontaktstart
Registreringsniveau:	- Hospitalsenhed, der modtager patienten (afdeling for kontaktstart) eller - den/de afdelinger patienten overflyttes til inden for 24 timer

Indikator 5. Ernæringsplan udarbejdet

Andelen af patientforløb med CFS 5-8 indlagt mindst 24 timer, hvor der udarbejdes en ernæringsplan

Standarden er ikke fastsat - målsætningen er at opnå en høj andel, hvor der udarbejdes en ernæringsplan.

Nævner:	Patientforløb med CFS på 5, 6, 7 eller 8 indlagt mindst 24 timer Indlagt mindst 24 timer defineres som en kontaktvarighed på ≥ 24 timer fra start til slut.
Tæller:	Patientforløb i nævneren, hvor der er udarbejdet en ernæringsplan inden udskrivelse Udarbejdelse af ernæringsplan registreres med følgende kode i LPR: ▪ ZZ2009C Udarbejdelse af ernæringsplan Ernæringsplanen er en individuelt tilrettelagt plan, der skal sikre tilstrækkeligt indtag af ernæring og væske. Ifølge Sundhedsstyrelsen baseres ernæringsplanen bl.a. på en vurdering af, hvorvidt patienten har kostbegrænsende faktorer for dårlig ernæringstilstand såsom nedsat appetit, kvalme, mundtørhed, tygge- og synkebesvær (fx dysfagi) og behov for hjælp til spisning. Ernæringsplanen bygger på SSTs vejledning og skal indeholde en vurdering af: i) Mål for ernæringsindsatsen* ii) Patientens behov for ernæring og væske (energi-, protein- og væskebehov) iii) Kostform iv) Afhjælpning af risiko-og kostbegrænsende faktorer (hvor relevant) v) Plan for opfølgning *Mål for indsatsen udarbejdes med patienten og evt. pårørende og kan være fx vægtvedligehold, vægtøgning eller en afklaring af præferencer ift. igangsat palliativ indsats. Ernæringsplanen dokumenteres i patientjournalen og anvendes til kommunikation med primær sektor fx i epikrise, korrespondance, plejeforløbsplan og/eller eventuel genoptræningsplan. Der gøres opmærksom på, at det ikke er tilstrækkeligt at tage stilling til ernæring eller kostform for patienter med CFS 5-8. Kun for patienter, hvor der er udarbejdet en ernæringsplan efter overstående anbefalinger, kan koden ZZ2009C registreres. NOTE: Indholdet i ernæringsplanen er samstemt med Dansk Tværfagligt register for Høftenære Lårbensbrud.
Uoplyst:	Patientforløb med CFS med manglende eller ugyldige værdier
Ikke relevant:	Patientforløb: ▪ med CFS ≤ 4 eller 9 ▪ med kontaktvarighed på < 24 timer ▪ der dør under indlæggelsen ▪ der gives sondeernæring via PEG (BUAJ Sondeernæring, BUAJ0 Delvis sondeernæring, BUAJ1 Total sondeernæring). Dog skal denne altid revurderes med fx diætist/læge ift. om denne er lødig eller bør ændres ▪ der gives parenteral ernæring (fx korttarmspatienter) (BUAL Parenteral ernæring, BUAL0 Delvis parenteral ernæring, BUAL 1 Total parenteral ernæring). Konferér dog altid med patientens stamafsnit, om der er behov for ændringer
Registreringsniveau:	- Hospitalsenhed, der udskriver patienten eller - sundhedsprofessionelle, der har udarbejdet ernæringsplanen (fx diætister ansat i ernæringsklinik/diætistklinik)

Indikator 6. Vurderet ADL

Andelen af patientforløb med CFS 5-7 indlagt mere end 24 timer, der får vurderet almindelig dagligdags livsførelse (ADL)

Standarden er ikke fastsat - målsætningen er at opnå en høj andel, der får vurderet ADL.

Nævner:	Patientforløb med CFS på 5, 6 eller 7 indlagt mindst 24 timer
	Indlagt mindst 24 timer defineres som en kontaktvarighed på ≥ 24 timer fra start til slut.
Tæller:	Patientforløb i nævneren, der bliver vurderet med ADL inden udskrivelsen Vurdering af ADL registreres med følgende kode i LPR: ▪ ZZ5049G Vurdering af ADL - ELLER ▪ ZZ5049F FIM: Functionel Independence Measure ▪ ZZ5049V AMPS ▪ ZZ5711 Barthel indeks, Barthel-100 (Shahs version) ▪ ZZ5712 Barthel indeks, Barthel-20 (Collins version) Ved vurdering af ADL forstås observation af patienten i udførelse af ADL. Observation af ADL omfatter evnen til at varetage personlig hygiejne, af- og påklædning samt at kunne færdes indendørs. Selvrapporteret ADL er <u>ikke</u> tilstrækkeligt. Patienter med CFS på 5 bør yderligere få vurderet deres evne til at varetage IADL fx medicinhandling og transport (kan være selvrapporteret). Redskab til vurdering af ADL er valgfrit Det anbefales at der anvendes et valideret redskab. I de kliniske afdelinger i Danmark anvendes hyppigst Barthel-100 eller Barthel-20, Functional Independence Measure (FIM), Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) eller KATZ ADL. ADL-vurderingen dokumenteres i patientjournalen og anvendes til kommunikation med primær sektor fx i epikrise, korrespondance, plejeforløbsplan og/eller eventuel genoptræningsplan. Ændringer i bolig og behov for hjælpemidler vurderes og dokumenteres ud fra ADL vurderingen.
Uoplyst:	Patientforløb med CFS med manglende eller ugyldige værdier
Ikke relevant:	Patientforløb: ▪ med CFS score ≤ 4 eller 8-9 ▪ med kontaktvarighed på < 24 timer ▪ der dør under indlæggelsen ▪ med stroke
Registreringsniveau:	- Hospitalsenhed, der udskriver patienten eller - sundhedsprofessionelle ansat i anden afdeling, der har foretaget ADL vurderingen

Indikator 7a. Genhenvendelse, 7 dage

Andelen af patientforløb med CFS 5-8, der har en akut genhenvendelse uanset årsag indenfor 7 dage

Standarden er ikke fastsat - målsætningen er at opnå en lav andel med akut genhenvendelse.

Nævner:	Patientforløb med CFS på 5, 6, 7 eller 8
	<i>Note: en patient med fx tre akutte kontakter i kalenderåret vil indgå med tre patientforløb (indekskontakter)</i>
Tæller:	Patientforløb i nævneren, hvor der sker en akut genhenvendelse inden for 7 dage efter afslutning af kontakt Indenfor 7 dage defineres som ≤ 7 dage mellem indeksskontaktens sluttidspunktet og starttidspunktet på den nye akutte henvendelse.
Uoplyst:	Patientforløb med CFS med manglende eller ugyldige værdier
Ikke relevant:	Patienter: ▪ med CFS ≤ 4 eller 9 ▪ der dør under indlæggelsen
Registreringsniveau:	Beregnes på baggrund af administrative data og kræver derfor ingen særskilt registrering.

Indikator 7b. Genhenvendelse, 30 dage

Andelen af patientforløb med CFS 5-8, der har en akut genhenvendelse uanset årsag indenfor 30 dage

Standarden er ikke fastsat - målsætningen er at opnå en lav andel med akut genhenvendelse.

Nævner:	Patientforløb med CFS på 5, 6, 7 eller 8
	<i>Note: en patient med fx tre akutte kontakter i kalenderåret vil indgå med tre patientforløb (indekskontakter)</i>
Tæller:	Akutte henvendelser i nævneren, hvor der sker en akut genhenvendelse inden for 30 dage efter afslutning af kontakt Indenfor 30 dage defineres som ≤ 30 dage mellem indeksskontaktens sluttidspunktet og starttidspunktet på den nye akutte henvendelse.
Uoplyst:	Patientforløb med CFS med manglende eller ugyldige værdier
Ikke relevant:	Patienter: ▪ med CFS ≤ 4 eller 9 ▪ der dør under indlæggelsen
Registreringsniveau:	Beregnes på baggrund af administrative data og kræver derfor ingen særskilt registrering.

Indikator 8a. Dødelighed, 7 dage

Andel af patienter med CFS 5-8, der dør inden for 7 dage

Standarden er ikke fastsat - målsætningen er at opnå en lav andel, der dør inden for 7 dage efter kontaktstart.

Nævner:	Patienter med CFS på 5, 6, 7 eller 8 <i>Note: en patient med flere akutte kontakter i opgørelsesperioden vil indgå med den sidste kontakt i årsrapporten</i>
Tæller:	Patienter i nævneren, der dør inden for 7 dage efter kontaktstart Indenfor 7 dage defineres som ≤ 7 dage fra kontaktens starttidspunkt
Uoplyst:	Patienter, der ikke er registreret med CFS eller med manglende eller ugyldige værdier
Ikke relevant:	Patienter med CFS ≤ 4 eller 9
Registreringsniveau:	Beregnes på baggrund af administrative data og kræver derfor ingen særskilt registrering.

Indikator 8b. Dødelighed, 30 dage

Andel af patienter med CFS 5-8, der dør inden for 30 dage

Standarden er ikke fastsat - målsætningen er at opnå en lav andel, der dør inden for 30 dage efter kontaktstart.

Nævner:	Patienter med CFS på 5, 6, 7 eller 8 <i>Note: en patient med flere akutte kontakter i opgørelsesperioden vil indgå med den sidste kontakt i årsrapporten</i>
Tæller:	Patienter i nævneren, der dør inden for 30 dage efter kontaktstart Indenfor 30 dage defineres som ≤ 30 dage fra kontaktens starttidspunkt
Uoplyst:	Patienter, der ikke er registreret med CFS eller med manglende eller ugyldige værdier
Ikke relevant:	Patienter med CFS ≤ 4 eller 9
Registreringsniveau:	Beregnes på baggrund af administrative data og kræver derfor ingen særskilt registrering.

9. Variable anvendt i DANFRAIL

Variable til dannelse af patientgrundlaget

Variable	Beskrivelse
LPR 'Administrative variable'	
CPR	Unikt personhenførbart identifikationsnummer
SOR-kode	Unik identifikationskode for sygehuse og -afdelinger fra Sundhedsvæsenets Organisationsregister (SOR)
Kontakt start	Tidspunkt for start på sygehuskontakt
Kontakt slut	Tidspunkt for slut på sygehuskontakt
Diagnosekode	Diagnosekode baseret på SKS
Diagnosetype	Aktions- (A) eller Bi-diagnose (B)
Procedurekode	Kode for behandlinger og undersøgelser baseret på SKS
Proceduretype	Primær- (P) eller tillægskode (+)
Proceduredato	Datoen for udførelse af procedure/behandling
Vitalstatus	Angiver patientens vitalstatus
Admin.prioritet	Angiver om kontakten var akut eller planlagt
Admin.konttype	Angiver om kontakten var fysisk fremmøde, virtuel eller udekontakt
CRP 'administrative variable'	
Status	Patientens vitalstatus
Statusdato	Dato for vitalstatus
Kommunekode	Patientens bopælskommune
Civilstand	Patientens civilstand
Boligform	Patientens boligform (plejehjemsbeboer)

Variable til beregning af indikatorer

Variable	Beskrivelse	Indikator
SKS-koder i LPR		
ZZV020V	Clinical Frailty Scale (CFS) inklusiv værdikode (VPH) fra 1-9	1
ZZ1501	Screening for delirium	2
ZZP0030A	Tidlig mobilisering påbegyndt	3a, 3b
ZZV020G3	Vurdering af basismobilitet ved første mobilisering	3a, 3b
ZRRA00-06 + ZRRA09	Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 0 - 6 samt uoplyst	3a, 3b
ZZ0960	Stillingtagen til genoplivningsforsøg ved hjertestop	4
ZZ1501A	Screening for delirium, The 4 A's test (4 AT)	2
ZZ1501B	Screening for delirium, Brief Confusion Assessment Method (B-CAM)	2
ZZ1501C	Screening for delirium, Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM ICU)	2
ZZ1501D	Screening for delirium, The Nursing-Delirium Screening Scale (NuDESC DK)	2
ZZ1501E	Screening for delirium, The Short Confusion Assessment Method (Short CAM)	2
ZZ1501F	Screening for delirium, Con. Assessment Method for the Intensive Care Unit 7 (CAM-ICU-7)	2
ZZ1501G	Screening for delirium, Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)	2
ZZ1501H	Screening for delirium, Confusion Assessment Method (CAM)	2
ZZ2009C	Udarbejdelse af ernæringsplan	5
ZZ5049G	Vurdering af ADL	6
ZZ5049F	FIM: Functionel Independence Measure	6
ZZ5049V	AMPS	6
ZZ5711	Barthel indeks, Barthel-100 (Shahs version)	6
ZZ5712	Barthel indeks, Barthel-20 (Collins version)	6
Værdikoder som tillægskoder		
VPH0001 – VPH0009	Værdi af Clinical Frailty Scale	1

Bilag 1

Liste over akutafdelinger, der er omfattet af indberetningen til DANFRAIL pr. 15. september 2024.

Region	Hospitalsnavn	Overafdelingskode	Overafdelingsnavn	Afdelingskode	Afdelingstekst
Hovedstaden	Bispebjerg og Fr.berg Hospitaler	258051000016004	Akut modtageafdeling AKM	354481000016003	Akutmodtagelse, Skadeafdeling BBF
				983911000016003	Akutmodtagelse, Akut Vurderings Afd. BBF
	Amager og Hvidovre Hospital	628521000016003	Skadestue, Hvidovre Hospital	628621000016002	Skadestuen Hvidovre
	Herlev og Gentofte Hospital	265321000016009	Akutmodtagelsen overafd. A	265341000016004	Skadestue Herlev
	Bornholms Hospital	647741000016000	Anæstesiologisk Overafdeling	647771000016009	Akutmodtagelse Rønne
	Nordsjællands Hospital	218331000016002	HI Akut Overafd.	218361000016005	HI Akutafd., senge
Sjælland	Sjællands Universitetshospital	337991000016003	Akutafdeling Køge	322571000016006	KOE Akut Afd., Skadestue
				322601000016001	KOE Akut Afd.
		337231000016007	Akutafdeling Nykøbing F.	322691000016006	NFS Akut Afd., Skadestue
				322721000016004	NFS Akut Afd.
	Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	338001000016005	Akutafdeling Slagelse	322651000016000	SLA Akut Afd., Skadestue
	Holbæk Sygehus	337981000016000	Akutafdeling Holbæk	322681000016009	SLA Akut Afdeling
			322611000016004	HOL Akut Afd., Skadestue	
				322641000016003	HOL Akut Afd.
Syddanmark	Esbjerg Sygehus	244461000016003	Fælles Akut Modtage Afdeling	648131000016007	Fælles Akut Modtage Afsnit (Esbjerg)
	Sygehus Sønderjylland	501271000016006	SHS Fælles Akut Modtagelse	501341000016007	SHS Skadestue (Aabenraa)
				504491000016009	SHS Medicinsk Modtagelse (Sønderborg)
	Sygehus Lillebælt	247531000016003	SLB Akutafdelingen (Kolding)	997991000016001	SLB FAM Akutafdeling (Kolding)
	OUH Odense Universitetshospital	447171000016007	OUH Fælles AkutModtagelse (Odense)	447231000016004	OUH FAM Afsnit (Odense)
		486331000016000	OUH Fælles AkutModtagelse (Svendborg)	486351000016005	OUH FAM Afsnit (Svendborg)
Midtjylland	Regionshospitalet Horsens	459411000016003	Akutafdelingen, Overafdeling	459421000016007	Akutafdelingen sengeafd.Horsens
				466741000016009	Akutafdelingen, Skadestuen Horsens
	Regionshospitalet Randers	445821000016005	Akutafdelingen Overafdeling	445851000016002	Akutafdelingen Randers
				445911000016006	Skadestuen Randers
	Aarhus Universitetshospital	441531000016008	Akutafdeling Overafdeling	441541000016001	Akutafdeling Akutafsnit AUH
				459751000016008	Akutafdeling Skadestue AUH
Nordjylland	Hospitalsenhed Midt	527921000016001	Akutafdelingen	941701000016007	Akutafdeling Traumecenter AUH
				527931000016004	Akutafsnit Viborg
				527951000016009	Skadestue Viborg
	Regionshospitalet Gødstrup	897551000016007	Akutafdelingen - RHG	897601000016005	Akutmodtagelse Gødstrup
	Aalborg Universitetshospital, Thisted	486811000016002	Thy Akutmodtagelsen	486831000016008	Thy Skadestue
	Aalborg Universitetshospital	276771000016006	Alb Akut- og Traumecenter	278711000016004	Aalborg Skade-Modtageafdeling
Rejionshospital Nordivlland	483181000016009	Ven Akutmodtagelsen FAM	483191000016006	Hjørring Akutmodtagelse	

Note: I 2023 var der i DAH 148.884 akutte kontakter for patienter over 80 år til en afdeling, som DAH har specificeret som akutafdeling, hvoraf de 121.952 (82%) var af mindst 4 timers varighed.

