

# Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed - DANFRAIL

Dataindberetning for patientgrundlag  
og indikatormonitorering

Høringsversion

**Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed -  
DANFRAIL**

© RKKP 2023

Udarbejdet af:  
RKKPs Videncenter i samarbejde med DANFRAILS  
styregruppe

Udgiver:  
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram  
Hedeager 3  
8200 Aarhus N

[www.rkkp.dk](http://www.rkkp.dk)

Version: Høringsversion  
Versionsdato: 28. august 2023

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

# Indhold

<b>1. Indledning</b>	<b>4</b>
Om Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed	4
Om Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)	4
Formålet med dataindberetningsdokumentet	5
<b>2. Generelt</b>	<b>5</b>
Opgørelsesperiode	5
Afrapportering	5
Datakilder	5
Variabelliste	5
<b>3. Omfattede organisatoriske enheder</b>	<b>6</b>
<b>4. Patientgrundlag</b>	<b>6</b>
<b>5. Indikatoroversigt</b>	<b>7</b>
Indikatortidslinje	7
<b>6. Indikatorspecifikationer</b>	<b>8</b>
Indikator 1. Screening for skrøbelighed	8
Indikator 2. Deliriumscreening	9
Indikator 3. Tidlig mobilisering	10
Indikator 4. Genoplivning	11
Indikator 5. Ernæringsplan	12
Indikator 6. ADL	13
Indikator 7a. Genhenvendelse, 7 dage	14
Indikator 7b. Genhenvendelse, 30 dage	14
Indikator 8a. Dødelighed, 7 dage	15
Indikator 8b. Dødelighed, 30 dage	15
<b>7. Variable anvendt i DANFRAIL</b>	<b>16</b>
Variable der danner af patientgrundlaget	16
Variable til beregning af indikatorer	16

# 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<sup>1</sup>, 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<sup>1</sup> 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 patienter med skrøbelighed. 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 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 rationale 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].

Det aktuelle indikatorsæt fremgår af indikatoroversigten på side 7, mens specifikationerne for de enkelte indikatorer findes fra side 8-15. Sidst i dokumentet oplystes de koder, der skal indberettes for at kunne danne patientpopulationen og beregne indikatorerne.

DANFRAIL forventes sat i drift d. 1. januar 2024 [afventer resultatet af høringen].

## Om Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

De landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser har til formål at belyse kvaliteten af den sundhedsfaglige behandling og bidrage til at forbedre sundhedsvæsenets indsats og resultater. RKKP står for drift og udvikling af de ca. 85 kvalitetsdatabaser herunder driften af DANFRAIL. RKKP er en tværregional netværksorganisation, som er bygget op om de godkendte databaser, de tilhørende klinisk forankrede styregrupper og RKKP's Videncenter. RKKP arbejder under Sundslovens §196<sup>2</sup>, 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.

---

<sup>1</sup> 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)

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

## Formålet med dataindberetningsdokumentet

Formålet er at beskrive:

- hvem, der forventes at indberette til DANFRAIL, og hvordan resultaterne afrapporteres (afsnit 2)
- hvordan de indberettede data anvendes til dannelsen af patientgrundlag (afsnit 3 - Patientgrundlag)
- hvordan de indberettede data anvendes i indikatoropgørelse (afsnit 4 - Indikatorspecifikationer)
- hvilke data, der anvendes til indikatormonitoreringen i DANFRAIL (afsnit 5 - kodeliste)

## 2. 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, således at 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 udskrivelsesdato i opgørelsesperiode (senest udskrivelsesdato: 31/12).

### Datakilder

Datakilderne til DANFRAIL udgør følgende:

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

### Variabelliste

Overblikket over DANFRAILs indhold fremgår af [hjemmesiden](#) og RKKP-dokumentation for DANFRAIL ([rkkp-dokumentation.dk](http://rkkp-dokumentation.dk)).

### 3. Omfattede organisatoriske enheder

Alle akutmodtagelser, som modtager akutte patienter på mindst 80 år, er omfattet af dataindberetning til DANFRAIL gennem indberetning af SKS-koder til LPR.

Det organisatoriske tilhørsforhold er for hver indikator præciseret under 'opgørelsesniveau' i indikatorspecifikationerne (afsnit 4). Fx opgøres indikator 1 for den afdeling, der har modtaget den akutte patient (afdeling for første kontakt), mens indikator 6 opgøres ift. den afdeling, der har udskrevet patienten (afdeling for sidste kontakt).

DANFRAIL afrapporterer data tilbage til de enkelte afdelinger via KKA ift. den pågældende afdelings kode i Sygehusvæsenets Organisationsregister (SOR).

### 4. Patientgrundlag

Patientgrundlaget er patienter på mindst 80 år registreret med en akut, afsluttet<sup>3</sup> kontakt i Landspatientregisteret (LPR) på én af de omfattende enheder. Alle akutte kontakter er omfattet uanset kontaktens varighed og årsag (diagnose).

Følgende patienter ekskluderes:

- patienter med erstatnings-cpr-nummer eller invalid CPR-status (koder: 20 (inaktiv), 30 (annulleret), 50 (dobbeltnummer), 60 (ændret) og 70 (forsvundet))
- patienter uden bopæl i Danmark (koder: 05 og 07 (Grønland))

Alle akutte kontakter, 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 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 opgøres ved starttidspunktet for den akutte kontakt.

---

<sup>3</sup> *akut, afsluttet kontakt i LPR3 defineres som en akut, fysisk fremmøde kontakt uanset varighed, hvor der er angivet en slutdato [admin.prioritet=akut; admin.konttype= fysisk fremmøde] og hvor kontaktens udskrivelsesdato ligger i opgørelsesperioden. For patienter med 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.*

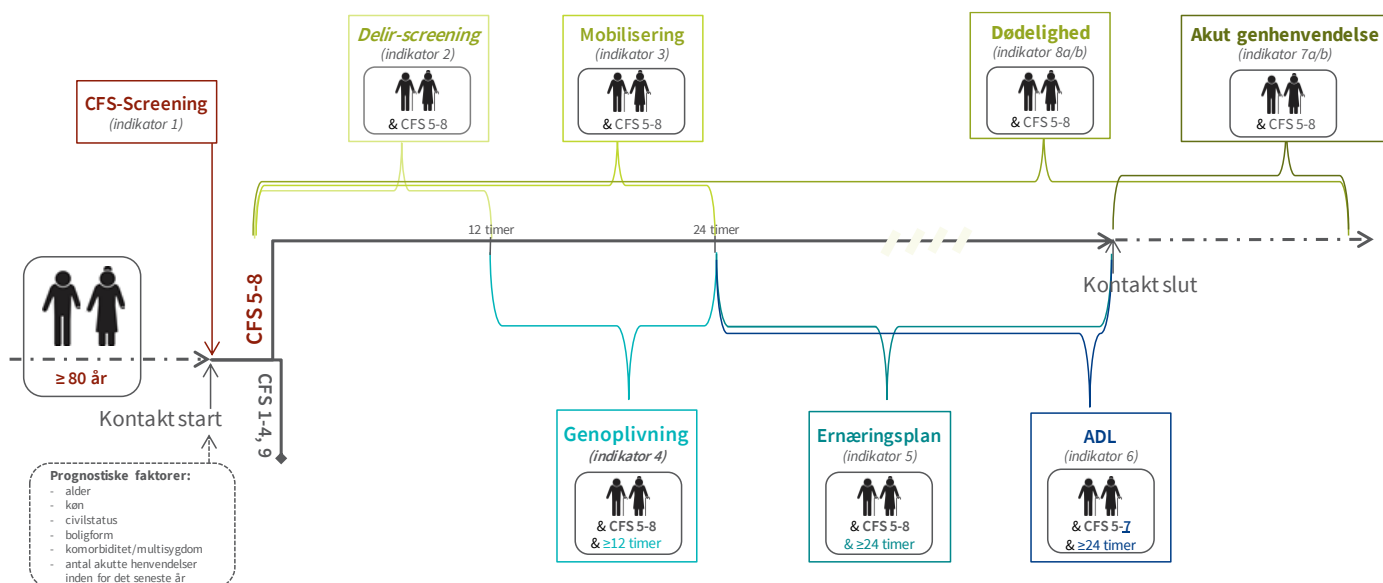
## 5. Indikatoroversigt

Område	Nr.	Indhold	Standard	Type
Skrøbelighed	1	Andelen af patientforløb, hvor patienten er mindst 80 år, der bliver screenet med Clinical Frailty Score (CFS) ved kontaktstart	Ikke fastsat	Proces
Delir-screening	2	Andelen af patientforløb med CFS fra 5-8, hvor der er screenet for delirium inden for 12 timer	Ikke fastsat	Proces
Tidlig mobilisering	3	Andelen af patientforløb med CFS 5-8, der bliver mobiliseret indenfor 24 timer	Ikke fastsat	Proces
Genoplivning	4	Andelen af patientforløb med CFS fra 5-8 indlagt* mindst 12 timer, hvor der er taget stilling til genoplivning inden for 24 timer	Ikke fastsat	Proces
Ernæringsplan	5	Andelen af patientforløb med CFS fra 5-8 indlagt mindst 24 timer, hvor der er udarbejdet en ernæringsplan	Ikke fastsat	Proces
ADL	6	Andelen af patientforløb med CFS fra 5-7 indlagt mindst 24 timer, der får vurderet almindelig dagligdags livsførelse (ADL) inden udskrivelse	Ikke fastsat	Proces
Akut genhenvendelse	7a	Andelen af patientforløb med CFS fra 5-8, der har en akut genhenvendelse uanset årsag indenfor 7 dage	Ikke fastsat	Resultat
	7b	Andelen af patientforløb med CFS fra 5-8, der har en akut genhenvendelse uanset årsag indenfor 30 dage	Ikke fastsat	Resultat
Dødelighed	8a	Andelen af patienter med CFS fra 5-8, der dør inden for 7 dage	Ikke fastsat	Resultat
	8b	Andelen af patienter med CFS fra 5-8, der dør inden for 30 dage	Ikke fastsat	Resultat

\*indlagt defineres som en hospitalskontakt af mindst 12 timers varighed

### Indikatortidslinje

Nedenstående figur viser tidslinjen for indikatormonitorering og inklusionskriterier for de enkelte indikatorer.



## 6. Indikatorspecifikationer

### Indikator 1. Screening for skrøbelighed

Andelen af patientforløb, hvor patienten er mindst 80 år, der bliver screenet med Clinical Frailty Score (CFS) ved kontaktstart.

Standarden er ikke fastsat - målsætningen er at opnå en høj andel, der er blevet CFS-screenet.

<b>Nævner:</b>	<b>Patientforløb, hvor patienten er mindst 80 år ved kontaktstart</b>
	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
<b>Tæller:</b>	<b>Patientforløb i nævneren, der bliver screenet med Clinical Frailty Score (CFS) ved kontaktstart</b>
	CFS-scoren registreres med følgende kode, inklusiv værdikode (VPH), i LPR: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ZZV020V Clinical Frailty Score (CFS), inklusiv værdikode (VPH)</li> </ul> <p>Værdikoden VPH indberettes som tillægskode til procedurekoden, fx indberettes en CFS score på 5 som VPH0005.</p> <p>Der søges efter CFS-koder fra kontaktstart og op til 12 timer efter.</p>
Uoplyst:	Patienter med manglende eller ugyldige værdikoder (værdier over 9)
Ikke relevant:	Ikke muligt
Opgørelsesniveau:	Hospitalsenhed, der modtager patienten (afdeling for kontaktstart)



## Indikator 2. Deliriumscreening

Andelen af patientforløb med CFS fra 5-8, der bliver screenet for delirium inden for 12 timer

Standarden er ikke fastsat - målsætningen er at opnå en høj andel, der er blevet screenet for delir.

<b>Nævner:</b>	<b>Patientforløb med en CFS-score på 5, 6, 7 eller 8</b>
<b>Tæller:</b>	<p><b>Patientforløb i nævneren, der bliver screenet for delirium inden for 12 timer</b></p> <p>Screening for delir registreres med følgende kode i LPR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [SKS-kode] Screenet for delirium</li> </ul> <p>Hvis patienten er delirøs, opfordres der til at diagnosekode tilstanden som a- eller b-diagnose på kontakten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DF050 Delir uden demens</li> <li>▪ DF051 Delir ved demens</li> <li>▪ DF058 andet delir</li> <li>▪ DF059 Delir UNS</li> </ul> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 AT (<a href="http://www.the4at.com/4at-dansk">www.the4at.com/4at-dansk</a>)</li> <li>- Nu-DESC: Nursing Delirium Screening Scale (<a href="https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-017-0271-x">https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-017-0271-x</a>)</li> <li>- B-CAM: Confusion Assessment Method (<a href="https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/NKR-delirium/5_-BCAM-screeningsark.ashx">https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/NKR-delirium/5_-BCAM-screeningsark.ashx</a>)</li> </ul>
Uoplyst:	Ikke muligt
Ikke relevant:	Patienter med en CFS score ≤ 4 eller 9
Opgørelsesniveau:	Hospitalsenhed, der modtager patienten (afdeling for kontaktstart)

### Indikator 3. Tidlig mobilisering

Andelen af patientforløb med CFS fra 5-8, der bliver mobiliseret indenfor 24 timer.

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

<b>Nævner:</b>	<b>Patientforløb med en CFS-score på 5, 6, 7 eller 8</b>
<b>Tæller:</b>	<p><b>Patientforløb i nævneren, der bliver mobiliseret indenfor 24 timer</b></p> <p>Mobilisering registreres med følgende kode i LPR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ZYP0030A Tidlig mobilisering påbegyndt</li> </ul> <p>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.</p> <p>Hvis det lægeligt vurderes, at der ikke er indikation for mobilisering kodes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ZYP0030C Vurderet ingen indikation for tidlig mobilisering</li> </ul> <p>"Vurderet ingen indikation for tidlig mobilisering" kan fx anvendes for patienter, der</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- afventer akut operation som fx ved mistanke om fraktur, fraktur eller akut abdomen</li> <li>- klinisk vurderes ikke egnede til mobilisering som fx ved akut syge og svært bevidsthedspåvirkede patienter</li> <li>- ikke formår eller på nogen måde ønsker at samarbejde</li> <li>- habituelt ikke har gangfunktion eller habituelt er sengeliggende</li> </ul> <p>Inden for 24 timer beregnes fra kontaktstart til og med 24 timer efter.</p>
<b>Uoplyst:</b>	Ikke muligt
<b>Ikke relevant:</b>	<p>Patienter med en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CFS score ≤ 4 eller 9</li> <li>▪ Hoftenære lårbensbrud (omfattet af anden database)</li> <li>▪ Stroke (omfattet af anden database)</li> </ul>
<b>Opgørelsesniveau:</b>	Hospitalsenhed, der modtager patienten (afdeling for kontaktstart)

## Indikator 4. Genoplivning

Andelen af patientforløb med CFS fra 5-8 indlagt mindst 12 timer, hvor der er taget stilling til genoplivning inden for 24 timer

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

<b>Nævner:</b>	<b>Patientforløb med en CFS-score på 5, 6, 7 eller 8 indlagt mindst 12 timer</b> Indlagt mindst 12 timer defineres som en kontaktvarighed på $\geq 12$ timer fra start til slut.
<b>Tæller:</b>	<b>Patientforløb i nævneren, hvor der er taget stilling til genoplivning inden for 24 timer</b> Genoplivning registreres med følgende koder i LPR: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [SKS-kode] stillingtagen til genoplivning</li> </ul> <p>Med 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.</p> <p>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.</p> <p>Inden for 24 timer beregnes fra kontakt start til og med 24 timer efter.</p>
Uoplyst:	Ikke muligt
Ikke relevant:	Patienter med en: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CFS score <math>\leq 4</math> eller 9</li> <li>▪ kontaktvarighed på <math>&lt; 12</math> timer</li> </ul>
Opgørelsesniveau:	Hospitalsenhed, der modtager patienten (afdeling for kontaktstart)

## Indikator 5. Ernæringsplan

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

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

<b>Nævner:</b>	<p><b>Patientforløb med en CFS-score på 5, 6, 7 eller 8 indlagt mindst 24 timer</b></p> <p>Indlagt mindst 24 timer defineres som en kontaktvarighed på <math>\geq 24</math> timer fra start til slut.</p>
<b>Tæller:</b>	<p><b>Patientforløb i nævneren, hvor der er udarbejdet en ernæringsplan</b></p> <p>Udarbejdelse af ernæringsplan registreres med følgende kode i LPR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ZZ2009C Udarbejdelse af ernæringsplan</li> </ul> <p>Ernæringsplanen er en individuelt tilrettelagt plan, der skal sikre tilstrækkeligt indtag af ernæring og væske. Ifølge Sundhedsstyrelsen baseres det bl.a. på en vurdering af, hvorvidt patienten har kostbegrænsende faktorer for dårlig ernæringstilstand såsom nedsat appetit, mundtørhed, tygge- og synkebesvær, behov for hjælp til spisning og kvalme. DANFRAIL anbefaler, på baggrund af SSTs vejledning, at ernæringsplanen indeholder vurdering af:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>i) patientens behov for ernæring og væske</li> <li>ii) kostform</li> <li>iii) afhjælpning af risiko-og kostbegrænsende faktorer (hvor relevant)</li> <li>iv) mål for indsats</li> <li>v) plan for opfølgning</li> </ol> <p>Hvis det vurderes, at patienten IKKE har behov for at få udarbejdet en ernæringsplan kodes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ZZ2009D Vurdering: Ingen indikation for udarbejdelse af ernæringsplan</li> </ul> <p>"Vurderet ingen indikation" kan fx anvendes for patienter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hvor der forefindes relevant opdateret ernæringsplan (vurderet inden for den seneste mdr.) Der kan evt. være behov for at konferere med diætist/stamafdeling, om behov for justering (gælder også ved enteral og parenteral ernæringsindsatser)</li> <li>- der har fravalgt ernæringsbehandling efter stillingtagen til behandlingsniveau</li> </ul> <p>Ernæringsplanen dokumenteres i patientjournalen og anvendes til kommunikation med primær sektor fx i epikrise og plejeforløbsplan.</p>
<b>Uoplyst:</b>	Ikke muligt
<b>Ikke relevant:</b>	<p>Patienter med en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CFS score <math>\leq 4</math> eller 9</li> <li>▪ kontaktvarighed på <math>&lt; 24</math> timer</li> <li>▪ PEG-sonde (SKS-koder: BUAJ Sondeernæring, BUAJ0 Delvis sondeernæring, BUAJ1 Total sondeernæring). Dog skal denne altid revurderes med fx diætist/læge ift. om denne er lødig el. bør ændres</li> <li>▪ Parenteral ernæring (fx korttarmspatienter) (SKS-koder: BUAL Parenteral ernæring, BUAL0 Delvis parenteral ernæring, BUAL 1 Total parenteral ernæring). Konferér dog altid med patientens stamafsnit, om der er behov for ændringer</li> </ul>
<b>Opgørelsesniveau:</b>	Hospitalsenhed, der udskriver patienten (afdeling for kontaktslut)

## Indikator 6. ADL

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

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

<b>Nævner:</b>	<b>Patientforløb med en CFS-score på 5, 6 eller 7 indlagt mindst 24 timer</b>
	Indlagt mindst 24 timer defineres som en kontaktvarighed på $\geq 24$ timer fra start til slut.
<b>Tæller:</b>	<p><b>Patientforløb i nævneren, der bliver vurderet med ADL inden udskrivelsen</b></p> <p>Vurdering af ADL registreres med følgende kode i LPR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [SKS-kode] Vurdering af ADL inden udskrivelse</li> </ul> <p>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. Patienter med CFS på 5 bør yderligere få vurderet deres evne til at varetage andre aktiviteter såsom medicinhandling og transport. Selvrapporeret ADL er <u>ikke</u> tilstrækkeligt.</p> <p>Redskab til vurdering af ADL er valgfrit, så længe 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.</p> <p>Hvis det vurderes, at patienten IKKE har behov for at få vurderet ADL kodes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [SKS-kode] Vurdering: ingen indikation for ADL-vurdering</li> </ul> <p>"Vurderet ingen indikation for ADL-vurdering" kan fx anvendes for patienter, der vanligt modtager fuld hjælp.</p> <p>ADL-vurderingen dokumenteres i patientjournalen og anvendes til kommunikation med primær sektor fx i epikrise, plejeforløbsplan og/eller eventuel genoptræningsplan. Ændringer i bolig og behov for hjælpemidler vurderes og dokumenteres ud fra ADL vurderingen.</p>
Uoplyst:	Ikke muligt
Ikke relevant:	<p>Patienter med en</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CFS score <math>\leq 4</math> eller 8-9</li> <li>▪ kontaktvarighed på <math>&lt; 12</math> timer</li> </ul>
Opgørelsesniveau:	Hospitalsenhed, der udskriver patienten (afdeling for kontaktslut)

## Indikator 7a. Genhenvendelse, 7 dage

Andelen af patientforløb med CFS fra 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.

NOTE: beregnes på baggrund af administrative data og kræver derfor ingen særskilt registrering.

<b>Nævner:</b>	<b>Patientforløb med en CFS-score på 5, 6, 7 eller 8</b>
	<i>NB! en patient med fx tre akutte henvendelser i kalenderåret vil indgå med tre henvendelser</i>
<b>Tæller:</b>	<b>Patientforløb i nævneren, hvor der sker en akut genhenvendelse inden for 7 dage efter afslutning af kontakt</b> Indenfor 7 dage defineres som $\leq 7$ dage mellem henvendelsens sluttidspunktet og starttidspunktet på den nye akutte henvendelse.
Uoplyst:	Ikke muligt
Ikke relevant:	Patienter <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ med en CFS score <math>\leq 4</math> eller 8-9</li> <li>▪ der dør under indlæggelsen</li> </ul>
Opgørelsesniveau:	Hospitalsenhed, der udskriver patienten (afdeling for kontaktslut)

## Indikator 7b. Genhenvendelse, 30 dage

Andelen af patientforløb med CFS fra 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.

NOTE: beregnes på baggrund af administrative data og kræver derfor ingen særskilt registrering.

Indikatorspecifikation:

<b>Nævner:</b>	<b>Patientforløb med en CFS-score på 5, 6, 7 eller 8</b>
	<i>NB! en patient med fx tre akutte henvendelser i kalenderåret vil indgå med tre henvendelser</i>
<b>Tæller:</b>	<b>Akutte henvendelser i nævneren, hvor der sker en akut genhenvendelse inden for 30 dage efter afslutning af kontakt</b> Indenfor 30 dage defineres som $\leq 30$ dage mellem henvendelsens sluttidspunktet og starttidspunktet på den nye akutte henvendelse.
Uoplyst:	Ikke muligt
Ikke relevant:	Patienter <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ med en CFS score <math>\leq 4</math> eller 8-9</li> <li>▪ der dør under indlæggelsen</li> </ul>
Opgørelsesniveau:	Hospitalsenhed, der udskriver patienten (afdeling for kontaktslut)

## 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.

NOTE: beregnes på baggrund af administrative data og CPR og kræver derfor ingen særskilt registrering.

<b>Nævner:</b>	<b>Patienter med CFS 5-8</b> NOTE: en patient med flere akutte henvendelser i opgørelsesperioden vil indgå med den sidste henvendelse i årsrapporten
<b>Tæller:</b>	<b>Patienter i nævneren, der dør inden for 7 dage efter kontaktstart</b> Indenfor 7 dage defineres som $\leq 7$ dage fra henvendelsens starttidspunkt
Uoplyst:	Ikke muligt
Ikke relevant:	Patienter med en CFS score $\leq 4$ eller 9
Opgørelsesniveau:	Hospitalsenhed, der udskriver patienten (afdeling for kontaktslut)

## 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.

NOTE: beregnes på baggrund af administrative data og CPR og kræver derfor ingen særskilt registrering.

<b>Nævner:</b>	<b>Patienter med CFS 5-8</b> NOTE: en patient med flere akutte henvendelser i opgørelsesperioden vil indgå med den sidste henvendelse i årsrapporten
<b>Tæller:</b>	<b>Patienter i nævneren, der dør inden for 30 dage efter kontaktstart</b> Indenfor 30 dage defineres som $\leq 30$ dage fra henvendelsens starttidspunkt
Uoplyst:	Ikke muligt
Ikke relevant:	Patienter med en CFS score $\leq 4$ eller 9
Opgørelsesniveau:	Hospitalsenhed, der udskriver patienten (afdeling for kontaktslut)

## 7. Variable anvendt i DANFRAIL

### Variable der danner af patientgrundlaget

Variable	Beskrivelse
<b>LPR 'Administrative variable'</b>	
CPR	Unikt personhenførbart identifikationsnummer
SOR-kode	Unik identifikationskode for sygehuse og -afdelinger fra Sundhedsvæsenets Organisationsregister (SOR)
SHAK-kode	Unik identifikationskode for sygehuse og -afdelinger fra Sygehusvæsenets Klassifikationssystem (SKS)
Kontakt start	Tidspunkt for start på sygehuskontakt
Kontakt slut	Tidspunkt for slut på sygehuskontakt
Diagnosekode	Diagnosekode baseret på SKS
Diagnosetype	Aktions- (A) eller Bidiagnose (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
<b>CRP 'administrative variable'</b>	
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
<b>SKS-koder i LPR</b>		
ZZV020V	Clinical Frailty Score (CFS) inklusiv værdikode (VPH) fra 1-9	1
[SKS-kode – oprettes]	Screenet for delir	2
ZZP0030A	Tidlig mobilisering påbegyndt	3
[SKS-kode – oprettes]	Stillingtagen til genoplivning	4
ZZ2009C	Udarbejdelse af ernæringsplan	5
[SKS-kode – oprettes]	Vurdering af ADL inden udskrivelse	6
Værdikoder som tillægskoder		Indikator
VPH0001 – VPH0009	Værdi af Clinical Frailty Score	1





rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram