

Dansk Stroke Register

Datadefinitioner

Basisskema

Gældende fra d. 1. september 2023

© RKKP 2023

Henvendelse kan ske til:
Kvalitetskonsulent Annette Ingeman
anning@rkkp.dk
21 68 75 83

Udgiver:
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram
Hedeager 3
8200 Aarhus N

www.rkkp.dk

Version 6.93
Versionsdato: 28.09.2023

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

Diagnose- og inklusionskriterier	5
Udenlandske patienter	6
Indberetning af patientforløb	7
Et skema pr. patientforløb	7
Tilbagemeldingsskema	8
Registreringsskemaer i DanStroke	9
Definition af variable	9
Patientdata	9
Cpr.nr.	9
Udskrivelsesdiagnose /Afslutningsdiagnose	9
Ophobede TIA episoder	10
Symptomdebut	10
Indlagt (af anden årsag) ved symptomdebut	10
Dato og klokkeslæt for ankomst til første hospitalsafdeling	10
Stroke unit	11
Overflyttet til anden afdeling	11
Indlæggelsesstatus/status ved første ambulante kontakt	11
Civilstand	11
Boligform	11
Alkohol	12
Rygning	12
Kendt sygdom	12
Diabetes mellitus	12
Atrieflimren	12
AMI	12
Hypertension	12
Tidligere stroke	13
Tidligere TIA	13
Perifer arteriel sygdom (PAD)	13
Sværhedsgrad af stroke ved indlæggelsen/første ambulante kontakt	13
Scandinavian Stroke Scale	13
Interventioner/behandling under indlæggelsen	14
Ikke faglig relevant	14

Undersøgt med CT/MR-scanning	14
Undersøgt med ultralyd/CT-/MR-angiografi af halskar	14
Tidlig mobilisering	15
Dysfagiscreening	15
Trombocythæmmende behandling – påbegyndt eller genoptaget	16
Oral antikoagulationsbehandling – påbegyndt eller genoptaget	17
Data fra Landspatientregistret til beregning af indikatorer	18
Screening for atrieflimren/monitorering af hjerterytme	18
Første vurdering ved fysioterapeut	18
Påbegyndt genoptræning ved fysioterapeut	19
Første vurdering ved ergoterapeut	19
Påbegyndt genoptræning ved ergoterapeut	20
Udskrivelse med genoptræningsplan	20
Modified Rankin Scale (mRS)	20
Bilagsfortegnelse	22

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. For patienter med ophobede (>1 episode/sidste 30 dage) transitorisk iskæmisk anfald (TIA) gælder, at der ikke må være mere end 30 dage mellem symptomdebut og første kontakt til sekundær sektor. For øvrige TIA tilfælde (ikke ophobede) må der ikke være mere end 7 dage mellem symptomdebut og første kontakt til sekundær sektor.

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 hæmorrhagi, 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 ekstranidale 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 ambulante kontakt. Registreringen starter ved ankomst til sygehuset; på den første afdeling patienten har kontakt til, uanset 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 forløb, skal der kun udfyldes ét registreringsskema. Er patienten derimod blevet udskrevet/afsluttet efter stroke/TIA, skal der foretages en ny registrering, såfremt patienten genindlægges med ny 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 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 er 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)), der indberettes via LPR, 3 måneder efter den akutte indlæggelse. Se bilag 5 'Manual til Vurdering af funktionsniveau hos patienter med akut stroke 3 mdr. efter indlæggelse' her: <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/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 dataindberettende enhed i Danmark.

Indberetning af patientforløb

Dansk Stroke Register er baseret på data indtastet i KIP (KvalitetsIndberetningsPlatform) samt data fra CPR-registret, Landspatientregistret, Lægemiddelstatistikregistret og Landsregistret Karbase.

Direkte dataindtastninger 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 indlæggelse 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.rkkp.dk/systemer-og-support/indberetningssystemer/kip/>

Et skema pr. patientforløb

Det er kun muligt at blive inkluderet én gang pr. forløb i databasen. Hvis en patient indberettes med flere forløb (overlappende forløb) fra samme eller forskellige dataindberettende enheder, vil det kun være det sidst indleverede skema, der indgår i databasen. Det vil sige, at data fra det første oprettede skema vil gå tabt. Undlad derfor at oprette flere registreringskemaer på samme patient i det samme forløb.

Har en patient flere sygdomsforløb (dvs. adskilte forløb) i løbet af et år, vil samme patient kunne 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 i KIP

total antal patienter med stroke/TIA/SAH med sygehuskontakt (LPR+indberetning i KIP)

Registreringen i LPR matches med KIP-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.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/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 hæmorrhagi (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: Såfremt en patient behandles med trombolyse, skal der derudover oprettes et supplerende skema (trombolyseskema), som skal udfyldes og indberettes.

Trombektomiskema: Behandles en patient med trombektomi, skal der desuden også oprettes, udfyldes og indberettes et supplerende skema (trombektomiskema) ud over basisskemaet (og evt. trombolyseskema, hvis patienten også har fået trombolyse).

SAH-skema: Patienter, der har aneurysmal SAH, skal ud over basisskemaet også have udfyldt og indleveret et SAH-registreringsskema.

Definition af variable

Det er et gennemgående princip, at data i registreringsskemaerne 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 registreringsskema 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. Da Dansk Stroke Register primært er fokuseret mod indikatorer, som udspiller sig i den tidlige fase af indlæggelsesforløbet, vil det i sådanne tilfælde være mest rimeligt at fastholde den tidlige kliniske vurdering på registreringsskemaet.

Patientdata

Cpr.nr.

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

Udskrivelsesdiagnose /Afslutningsdiagnose

- 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.

Ophobede TIA episoder

- Angives som "Ja" eller "Nej".
- Udfyldes hos patienter med TIA og angiver, hvorvidt patienten inden for 30 dage før den TIA episode, der førte til første kontakt til sekundær sektoren, har haft flere TIA episoder. Hvis det er tilfældet, angives "Ja".
- Angives som "Nej", hvis der kun er tale om én TIA episode (ikke ophobet TIA) eller hvis det ikke vides, om der er tale om ophobede TIA episoder.
- Det tilfælde som har størst behandlingsmæssige implikationer skal have fortrinsstilling i registreringen.

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.
- Ved ophobede TIA episoder angives dato/tidspunkt for første episode inden for de sidste 30 dage.
- 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

- Angives som "Ja" eller "Nej".
- 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, en gynækologisk afdeling etc.

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 indlæggelse anvendes i mange indikatorer som 'start-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 'start-tidspunkt'.

Stroke unit

- Angives som "Ja" eller "Nej" for patienter med stroke.
- 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 patienten indlægges direkte på stroke unit, anføres "Ja".
- Hvis patienten ikke indlægges direkte på stroke unit, anføres "Nej". Herefter bliver det muligt at angive, om patienten overflyttes til stroke unit ("Ja" eller "Nej").

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 indlæggelsesforløb, angives det, hvornår patienten overflyttes til stroke unit.

Indlæggelsesstatus/status ved første ambulante 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

Tidligere eller i forbindelse med aktuelle indlæggelse/1. ambulante kontakt

Diabetes mellitus

- Angives som "Ja" eller "Nej".
- Angiver erkendt diabetes mellitus, diagnosticeret enten forud eller i forbindelse med aktuelle indlæggelse/ambulante kontakt.
- Diagnosen skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen.
- Feltet efterlades tomt, hvis der ikke er information om diabetes.

Atrieflimren

- Angives som "Ja" eller "Nej"
- Angiver erkendt atrieflimren, diagnosticeret enten forud eller i forbindelse med aktuelle indlæggelse/ambulante kontakt.
- Både kroniske og paroxysmiske tilfælde inkluderes.
- Diagnosen skal være dokumenteret af lægelige akter.
- Feltet efterlades tomt, hvis der ikke er information om atrieflimren.

AMI

- Angives som "Ja" eller "Nej".
- Angiver erkendt akut myokardie infarkt, diagnosticeret enten forud eller i forbindelse med aktuelle indlæggelse/ambulante kontakt.
- Diagnosen skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen.
- Feltet efterlades tomt, hvis der ikke er information om AMI.

Hypertension

- Angives som “Ja” eller “Nej”.
- Angiver erkendt hypertension, diagnosticeret enten forud eller i forbindelse med aktuelle indlæggelse/ambulante kontakt.
- Diagnosen skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen.
- Feltet efterlades tomt, hvis der ikke er information om hypertension.

Tidligere stroke

- Angives som “Ja” eller “Nej”.
- Angiver erkendt tidligere stroke.
- Diagnosen skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen.
- Feltet efterlades tomt, hvis der ikke er information om tidligere stroke.

Tidligere TIA

- Angives som “Ja” eller “Nej”.
- Angiver erkendt tidligere episode med transitorisk cerebral iskæmi.
- Diagnosen skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen.
- Feltet efterlades tomt, hvis der ikke er information om tidligere TIA.

Perifer arteriel sygdom (PAD)

- Angives som “Ja” eller “Nej”.
- Angiver erkendt PAD, diagnosticeret enten forud eller i forbindelse med aktuelle indlæggelse/ambulante kontakt.
- Diagnosen skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen.
- Omfatter asymptomatisk PAD (ankel-arm index < 0,9), claudicatio intermittens samt kritisk iskæmi med hvilesmerter, sår og gangræn. Omfatter også tidligere karkirurgisk intervention.
- Feltet efterlades tomt, hvis der ikke er information om PAD.

Sværhedsgrad af stroke ved indlæggelsen/første ambulante 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 indlæggelsen.
- Foretages hurtigst muligt efter indlæggelse. 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 delscore (arm 4 osv.) og sum-score.

Interventioner/behandling under indlæggelsen

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 datadefinitionerne opdateret, således at svarkategorien 'Nej' også inkluderer de patienter, der er vurderet 'ikke faglig relevant'. Endvidere er standarder for indikatoropfyldelse justeret.

Undersøgt med CT/MR-scanning

- Angives for patienter med stroke og TIA
- Angives som “Nej” eller “Ja” samt dato (dd-mm-åå) og klokkeslæt (tt-mm).
- Angiver hvorvidt patienten har undergået CT/MR-scanning efter indlæggelse med henblik på diagnosticering af stroke.
- Klokkeslæt angives som timer og minutter, hvor scanningen starter/ scanningstidspunktet angives
- Svarkategorien ”Nej” anvendes i situationer, hvor der ikke er foretaget scanning. 'Nej' inkluderer også de patienter, hvor CT/MR scanning er vurderet 'ikke faglig relevant'.

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

- Angives for patienter med iskæmisk eller uspecifik stroke og TIA
- Angives som “Nej”, “Ikke faglig relevant” eller “Ja” samt dato (dd-mm-åå). Angiver hvorvidt patientens halskar er undersøgt med ultralyd eller CT/MR- angiografi.
- Undersøgelsen skal være dokumenteret i patientjournalen.

- Svarkategorien ”Nej” anvendes i de situationer, hvor der ikke er foretaget en undersøgelse, selv om dette kunne være relevant.
- Svarkategorien ”Ikke faglig relevant” anvendes i situationer, hvor det ikke vil have 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.

Tidlig mobilisering

- Angives kun for patienter med stroke.
- Angives som ”Nej” eller ”Ja” samt dato (dd-mm-åå) og klokkeslæt (tt-mm).
- Mobilisering defineres som: patienten enten selvstændigt eller assisteret er ude af sengen til siddende stilling, stående stilling eller gang - 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.
- Svarkategorien ”Ja” anvendes i situationer, hvor patienten er blevet mobiliseret.
- Klokkeslæt angives som tidspunktet, hvor patienten er blevet mobiliseret/mobiliseringen er gennemført.
- Svarkategorien ”Nej” anvendes i situationer, hvor patienten ikke er blevet mobiliseret, selv om dette kunne være relevant, f.eks. hvis der ikke er personalemæssige ressourcer til at gennemføre en mobilisering. 'Nej' inkluderer også de patienter, hvor tidlig mobilisering er vurderet 'ikke faglig relevant'.

Dysfagiscreening

Vurdering med indirekte synketest

- Angives kun for patienter med stroke.
- Angives som ”Nej” eller ”Ja” samt dato (dd-mm-åå) og klokkeslæt (tt-mm).
- Angiver hvorvidt der er udført indirekte synketest dvs. patientens: vågenhed, evne til at hoste og synke er vurderet umiddelbart efter indlæggelse, og før patienten er tilbudt mad og drikke.
- Screeningen skal være dokumenteret i patientjournalen.
- Svarkategorien ”Ja” anvendes i situationer, hvor testen er udført.
- Klokkeslæt angives som tidspunktet, hvor patienten er blevet testet/den indirekte synketest er gennemført.
- Svarkategorien ”Nej” anvendes i situationer, hvor testen ikke er udført selv om dette kunne være relevant, f.eks. hvis der ikke er personalemæssige ressourcer til at gennemføre en

screening. 'Nej' inkluderer også de patienter, hvor vurdering med indirekte synketest er vurderet til at være 'ikke faglig relevant'.

Vurdering med direkte synketest

- Angives kun for patienter med stroke.
- Angives som "Nej" eller "Ja" samt dato (dd-mm-åå) og klokkeslæt (tt-mm).
- Angiver hvorvidt der er udført direkte synketest (vandtest med og uden fortykkelsesmiddel samt fast føde) som led i dysfagiscreening umiddelbart efter indlæggelse, og før patienten tilbydes et måltid mad.
- Vurderingen skal være dokumenteret i patientjournalen.
- Svarkategorien "Ja" anvendes i situationer, hvor testen er udført.
- Klokkeslæt angives som tidspunktet, hvor patienten er blevet testet/den direkte synketest er gennemført.
- Svarkategorien "Nej" anvendes i situationer, hvor testen ikke er udført selv om dette kunne være relevant, f.eks. hvis der ikke er personalemæssige ressourcer til at gennemføre en vurdering. 'Nej' inkluderer også de patienter, hvor vurdering med direkte synketest er vurderet til at være 'ikke faglig relevant'

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.
- Angives som "Ikke indiceret", "Ja" eller "Nej", samt dato (dd-mm-åååå) og klokkeslæt (tt-mm).
- Angiver behandling med trombocythæmmende lægemidler, herunder lav-dosis acetylsalicylsyre (Hjertemagnyl®), dipyridamol (Persantin®, Asasantin Retard®) og clopidogrel (Plavix®).
- Behandlingen kan enten være påbegyndt (gælder også bolus) eller genoptaget/fortsat under det aktuelle indlæggelsesforløb.
- Såfremt patienten er påbegyndt behandling inden det aktuelle indlæggelsesforløb, og der ikke pauseres, angives samme dato og klokkeslæt som for indlæggelsestidspunktet. Såfremt patienten er påbegyndt behandling inden det aktuelle indlæggelsesforløb, 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 medicinen.

- Svarkategorien "Ikke indiceret" anvendes i situationer, hvor det er kontraindiceret (f.eks. ved gastrointestinal blødning eller hvis patienten er i marevanbehandling eller har fået trombolyse og det ikke skønnes forsvarligt at give trombocythæmmende behandling inden for tidsrammen) eller hvis det er åbenlyst formålsløst at give trombocythæmmende behandling (f.eks. hvis patienten er moribund).
- Svarkategorien "Nej" anvendes i situationer, hvor der ikke er givet trombocythæmmende behandling, selv om der var indikation for behandlingen.

Oral antikoagulationsbehandling – påbegyndt eller genoptaget

- Angives for patienter med iskæmisk og uspecifik stroke og TIA, som har atrieflimren.
- Vedrører behandling med orale antikoagulantia, dvs. enten vitamin K antagonist f.eks. warfarin (Marevan®) og phenprocoumon (Marcoumar®) eller direkte orale antikoagulantia (DOAK) f.eks. dabigatran (Pradaxa®), rivaroxaban (Xarelto®) og apixaban (Eliquis®).
- Der spørges, om oral antikoagulationsbehandling er påbegyndt eller genoptaget. Svarkategorierne er "Ja" og "Nej". Hvis dette besvares med "Ja", anføres dato (dd-mm-åååå) for påbegyndelse/genoptagelse af behandlingen.
- Behandlingen kan enten være påbegyndt eller genoptaget/fortsat under det aktuelle indlæggelsesforløb. Såfremt patienten er påbegyndt behandling inden det aktuelle indlæggelsesforløb, og der ikke pauseres, angives samme dato som for indlæggelsesdato. Såfremt patienten er påbegyndt behandling inden det aktuelle indlæggelsesforløb, 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.
- Hvis patienten ikke påbegynder/genoptager antikoagulationsbehandling, og der er svaret "Nej", skal det angives, om antikoagulationsbehandling er fravalgt. Svarkategorierne her er "Ja" og "Nej". Fravalg ("Ja") vil skulle anvendes i situationer, hvor der er manglende indikation, behandlingen er kontraindiceret, eller det er åbenlyst formålsløst at give oral antikoagulationsbehandling.
- Såfremt der svares "Ja" til fravalg af behandling, skal årsager til fravalget angives: "Aktiv blødning", "Nylig intracerebral blødning", "Ukontrolleret hypertension (≥ 160 mmHg), "Hæmoragisk diatese", "Anden behandling (aurikellukning, LMWH i terapeutiske doser)", "Svær demens", "Betydelig reduceret funktionsevne (mRS ≥ 4)", "Forventet livslængde under 3 måneder", "Manglende patientsamtykke" og/eller "Anden årsag". Det er muligt at angive mere end én årsag.

Data fra Landspatientregistret til beregning af indikatorer

I Dansk Stroke Register indhentes data fra Landspatientregistret (LPR) til beregning af indikatorer omhandlende screening for atrieflimren, iværksat genoptræning og udskrivelsen med genoptræningsplan samt vurdering af funktionsniveau med modified Randing Scale.

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

https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/dansk-stroke_register/indberetning/

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 paroxysmisk 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.

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
- Klokkeslæt 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 førstegangundersøgelse 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

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 udskrivning fra sygehus” som minimum indeholde en beskrivelse af patientens tidligere funktionsevne før stroke, en beskrivelse af patientens funktionsevne på udskrivningstidspunktet samt beskrivelse af patientens genoptræningsbehov på udskrivningstidspunktet.
- 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 indlæggelsen
- 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 inden 3 mdr. plus 4 uger efter dato for indlæggelse 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: Værdi 9: Uoplyst
- Dato for vurdering: Dato angiver den dag, hvor vurdering af patientens funktionsniveau er foretaget
- Såfremt patienten er afdøet 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 indlæggelse

Bilagsfortegnelse

BILAG 1: SSS-SCORE

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

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

BILAG 4: Screening for dysfagi GUSS

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

Alle bilag forefindes på databasens hjemmeside:

https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/dansk-stroke_register/indberetning/



regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram