

# Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelig- hed - DANFRAIL

Dataindberetning for patientgrundlag  
og indikatormonitorering

Version 1.1

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

© RKKP 2024

Udarbejdet af:  
RKKPs Videntcenter i samarbejde med DANFRAILs styre-  
gruppe

Udgiver:  
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram  
Hedeager 3  
8200 Aarhus N

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

Version: 1.1  
Versionsdato: 1. maj 2024

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

# Indhold

1. Indledning	4
Om Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed	4
Om Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)	4
Formålet med dataindberetningsdokumentet	4
2. Ændringslog fra version 1.0 til 1.1	5
3. Drift og implementering af DANFRAIL	5
Opgørelsesperiode	6
Afrapportering	6
Datakilder	6
Variabelliste	6
5. Indikatoroversigt	7
Indikator-tidslinje	7
6. Omfattede organisatoriske enheder	8
Indberetning til databasen	9
7. Patientgrundlag	10
8. Indikatorspecifikationer	11
Indikator 1. Vurdering af skrøbelighed	11
Indikator 2. Screenet for delirium	12
Indikator 3a. Tidlig mobilisering, ikke opererede	13
Indikator 3b. Tidlig mobilisering, opererede	14
Indikator 4. Stillingtagen til genoplivningsforsøg	16
Indikator 5. Ernæringsplan udarbejdet	17
Indikator 6. Vurderet ADL	18
Indikator 7a. Genhenvendelse, 7 dage	19
Indikator 7b. Genhenvendelse, 30 dage	19
Indikator 8a. Dødelighed, 7 dage	20
Indikator 8b. Dødelighed, 30 dage	20
9. Variable anvendt i DANFRAIL	21
Variable til dannelse af patientgrundlaget	21
Variable til beregning af indikatorer	21
Bilag 1	22

# 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 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 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)

---

<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

## 2. Ændringslog fra version 1.0 til 1.1

**Indikator 2 - screening for delirium.** Screening for delirium kan også indberettes ved det anvendte validerede screeningsredskab (tæller). Det gælder for anvendelse af 4AT, NU-DECS, B-CAM og CAM-ICU.

**Indikator 3b - tidlig mobilisering.** Sproglig præcisering af, at tiden starter ved operationsstart samt at tidlig mobilisering af patienter omfattet af Akut Kirurgi Database kan ske som defineret i indikatoren for denne database (ZZP0030A eller ZZP0030C).

**Indikator 6 - Vurderet ADL.** Vurdering af ADL kan også indberettes ved det anvendte validerede vurderingsredskab (tæller). Det gælder for anvendelse af Barthel-100 (Shahs version), Barthel-20 (Collins version), AMPS og FIM: Functionel Independence Measure.

## 3. Drift og implementering af DANFRAIL

DANFRAIL starter 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 præliminær rapport for perioden 1. april til 31. december 2024. Den præliminære rapport 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 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)).

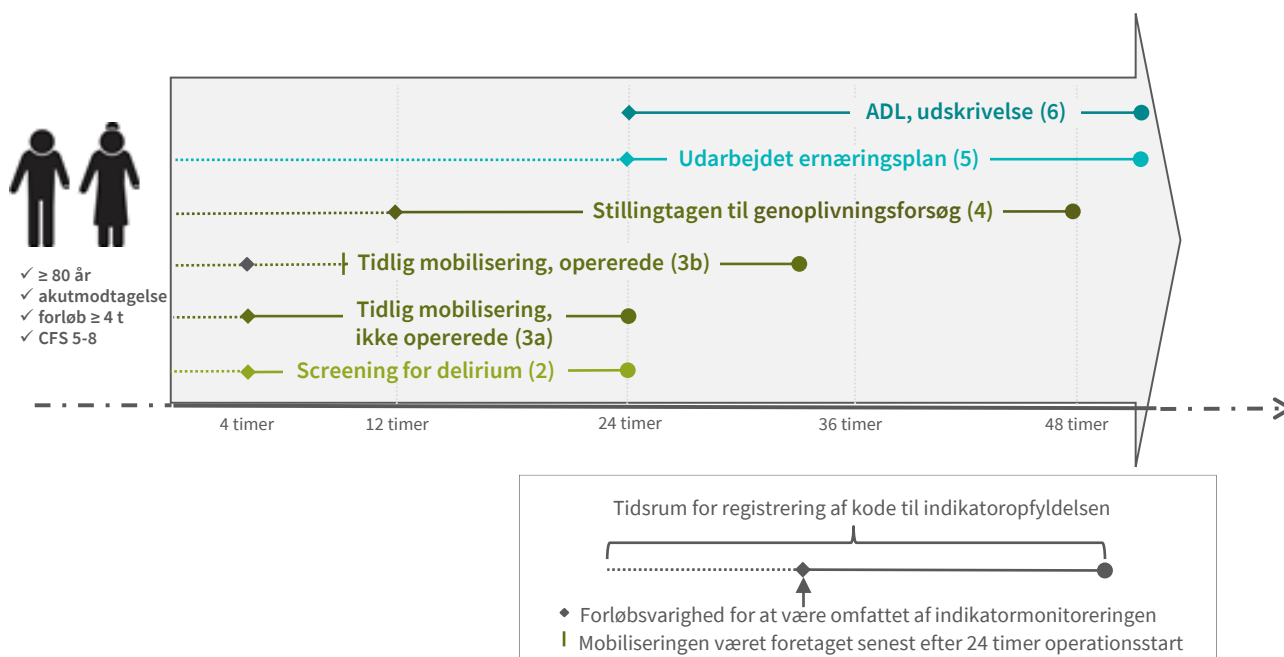
## 5. Indikatoroversigt

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)	Ikke fastsat	Proces
Screening for delirium	2	Andelen af patientforløb med CFS 5-8, hvor der screenes for delirium inden for 24 timer	Ikke fastsat	Proces
Tidlig mobilisering, ikke opererede	3a	Andelen af patientforløb med CFS 5-8, som ikke opereres, der mobiliseres indenfor 24 timer	Ikke fastsat	Proces
Tidlig mobilisering, opererede	3b	Andelen af patientforløb med CFS 5-8, som opereres, der mobiliseres indenfor 24 timer efter operation	Ikke fastsat	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	Ikke fastsat	Proces
Ernæringsplan udarbejdet	5	Andelen af patientforløb med CFS 5-8 indlagt* mindst 24 timer, hvor der udarbejdes en ernæringsplan	Ikke fastsat	Proces
Vurderet ADL	6	Andelen af patientforløb med CFS 5-7 indlagt* mindst 24 timer, der får vurderet almindelig dagligdags livsførelse (ADL)	Ikke fastsat	Proces
Akut genhenvendelse	7a	Andelen af patientforløb med CFS 5-8, der har en akut genhenvendelse uanset årsag indenfor 7 dage	Ikke fastsat	Resultat
	7b	Andelen af patientforløb med CFS 5-8, der har en akut genhenvendelse uanset årsag indenfor 30 dage	Ikke fastsat	Resultat
Dødelighed	8a	Andelen af patienter med CFS 5-8, der dør inden for 7 dage	Ikke fastsat	Resultat
	8b	Andelen af patienter med CFS 5-8, der dør inden for 30 dage	Ikke fastsat	Resultat

\*indlagt defineres som patientforløb af mindst 12 timers varighed

### Indikatortidslinje

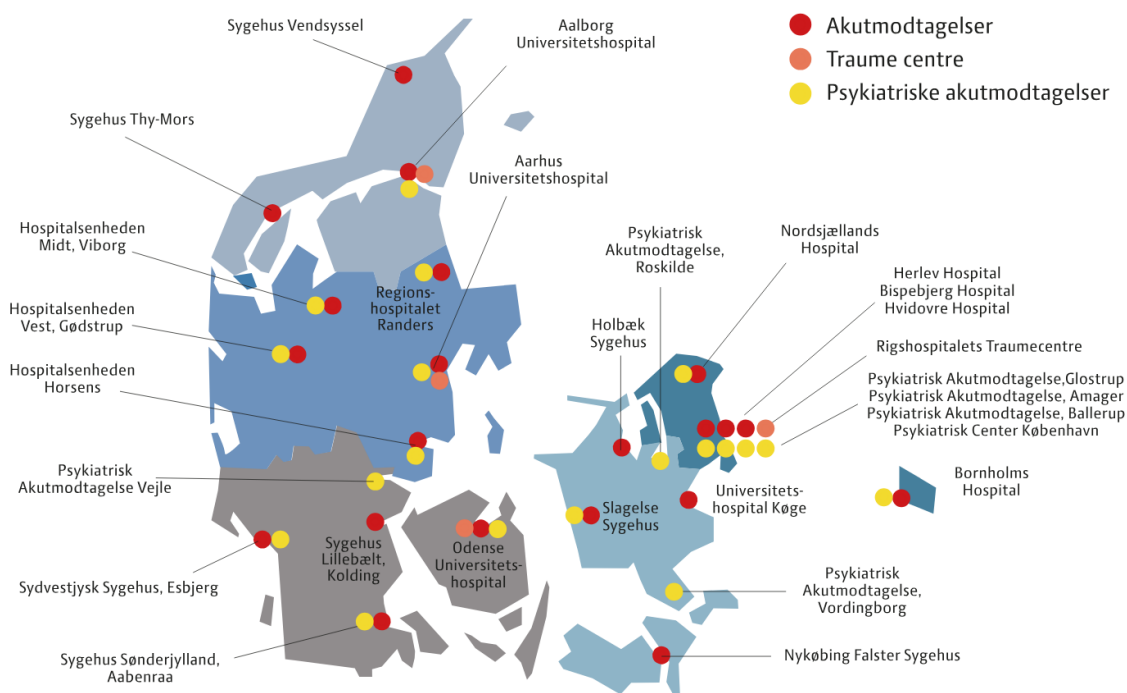
Nedenstående figur viser tidslinjen for procesindikatorerne og inklusionskriterier for en patient, der ankommer til akutmodtagelsen og overflyttes til anden afdeling.



## 6. Omfattede organisatoriske enheder

Alle 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.

Akutmodtagelser omfatter afdelinger, der indrapporterer til Databasen for Akutte Hospitalskontakter (DAH). Det svarer til akutmodtagelser på akutsygehuse, hvilket dækker over alle landets akutmodtagelser, der fysisk er beliggende på ét af de 21 akutsygehuse, som vist på kortet herunder (rød prik). DAHs styregruppe opdaterer årligt listen for at sikre at alle de specifikke afdelinger, der vurderes at skulle indgå, er med. DANFRAIL benytter sig af dette arbejde og vil årligt samstemme omfattede afdelinger med DAH. De specifikke afdelinger pr. 2023 er listet i bilag 1.



Kortet er baseret på oplysninger indsamlet i 2022. Kilde [Danske Regioner - Akut og præhospitalet](#)

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



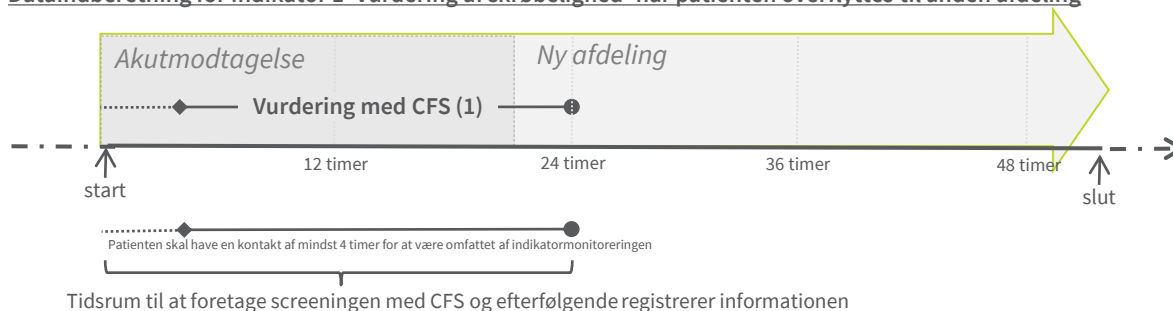
## Indberetning til databasen

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.

### 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





## 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.

<b>Nævner:</b>	<b>Patientforløb af mindst 4 timers varighed, hvor patienten er mindst 80 år</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 vurderes med Clinical Frailty Scale (CFS)</b> CFS registreres med følgende kode inklusiv værdikode (VPH), i LPR: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ZZV020V Vurdering efter Clinical Frailty Scale (CFS) inklusiv værdikode (VPH)</li> </ul> <p>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.</p> <p>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 <a href="https://www.geriatrici.dk/forside/cfs.php">[https://www.geriatrici.dk/forside/cfs.php]</a></p> <p>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 indenfor 24 timer (se indberetning i afsnit 5).</p>
Uoplyst:	Patientforløb med CFS med ugyldige værdikoder (værdier over 9)
Ikke relevant:	Patienter, der dør samme dag eller dagen efter kontakt start
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.

<b>Nævner:</b>	<b>Patientforløb med CFS på 5, 6, 7 eller 8</b>
<b>Tæller:</b>	<p><b>Patientforløb i nævneren, der bliver screenet for delirium inden for 24 timer</b></p> <p>Screening for delir registreres med følgende kode i LPR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ZZ1501 Screening for delirium</li> </ul> <p>ELLER</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ZZ1501A Screening for delirium, The 4 A's test (4 AT)</li> <li>▪ ZZ1501B Screening for delirium, Brief Confusion Assessment Method (B-CAM)</li> <li>▪ ZZ1501C Screening for delirium, Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM ICU)</li> <li>▪ ZZ1501D Screening for delirium, The Nursing-Delirium Screening Scale (NuDESC DK)</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> <li>- CAM-ICU (Confusion Assessment Method - Intensive Care Unit)</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>Yderligere materiale ift. screening og behandlingsvejledninger samt referencer er tilgængelig her [<a href="https://www.geriatri.dk">https://www.geriatri.dk</a>]</p> <p>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 indberetning i afsnit 5).</p>
Uoplyst:	Patientforløb med manglende eller ugyldige værdier
Ikke relevant:	Patientforløb med en CFS ≤ 4 eller 9 eller som dør samme dag eller dagen efter kontaktstart
Registreringsniveau:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospitalsenhed, der modtager patienten (afdeling for kontaktstart) eller</li> <li>- den/de afdelinger patienten overflyttes til inden for 24 timer</li> </ul>

## 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.

<b>Nævner:</b>	<b>Patientforløb med CFS på 5, 6, 7 eller 8, som ikke opereres</b>
<b>Tæller:</b>	<p><b>Patientforløb i nævneren, der mobiliseres inden for 24 timer</b></p> <p>Mobilisering registreres med følgende kode i LPR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ZZV020G3 Vurdering af basismobilitet ved første mobilisering</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>Til vurdering af basismobilitet kan anvendes CAS. Det er muligt at tilføje scoren som tillægskode for vurdering af mobiliseringen. Yderligere beskrivelse er tilgængelig her [<a href="http://www.geriatri.dk">www.geriatri.dk</a>].</p> <p>Cumulated Ambulation Score (CAS) tillægskodes med følgende i LPR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ZRRA00 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 0</li> <li>- ZRRA01 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 1</li> <li>- ZRRA02 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 2</li> <li>- ZRRA03 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 3</li> <li>- ZRRA04 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 4</li> <li>- ZRRA05 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 5</li> <li>- ZRRA06 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 6</li> <li>- ZRRA09 Cumulated Ambulation Score, CAS, score uoplyst</li> </ul> <p>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 mobiliseringen 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).</p>
<b>Uoplyst:</b>	Patientforløb med manglende eller ugyldige værdier
<b>Ikke relevant:</b>	<p>Patientforløb:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ med CFS ≤ 4 eller 9</li> <li>▪ der dør inden for de første 24 timer</li> <li>▪ med stroke (omfattet af anden database)</li> <li>▪ med operation inden for 24 timer efter kontaktstart. Operation omfatter koderne præciseret i nævner for indikator 3b</li> </ul>
<b>Registreringsniveau:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospitalsenhed, der modtager patienten (afdeling for kontaktstart) eller</li> <li>- den/de afdelinger patienten overflyttes til inden for 24 timer eller</li> <li>- sundhedsprofessionelle, der har udført mobiliseringen (fx fysioterapeuter ansat i enhed/afdeling for Ergo- og Fysioterapi)</li> </ul>

### 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.

<b>Nævner:</b>	<p><b>Patientforløb med CFS på 5, 6, 7 eller 8, der opereres inden for de første 24 timer.</b></p> <p>Operation omfatter følgende kirurgisk procedurekoder i LPR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ KA Operationer på nervesystemet</li> <li>▪ KF Operationer på hjerte og store intratorakale kar</li> <li>▪ KG Operationer på åndedrætsorganer, brystkasse, mediastinum, diafragma</li> <li>▪ KJ Operationer på fordøjelsesorganer og milt</li> <li>▪ KK Operationer på urinveje, mandlige kønsorganer og retroperitonealt væv</li> <li>▪ KL Operationer på kvindelige kønsorganer</li> <li>▪ KN Operationer på bevægeapparatet</li> <li>▪ KP Operationer på perifere kar og lymfesystem</li> <li>▪ KU Endoskopier gennem naturlige og kunstige legemsåbninger</li> <li>▪ KW Procedurer udført i forbindelse med operation</li> </ul>
<b>Tæller:</b>	<p><b>Patientforløb i nævneren, som opereres, der bliver mobiliseret indenfor 24 timer efter operation</b></p> <p>Mobilisering registreres med følgende kode i LPR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ZZV020G3 Vurdering af basismobilitet ved første mobilisering</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>Mobiliseringen skal være foretaget inden for de første 24 timer efter operationen. Til vurdering af basismobilitet anvendes CAS. Det er muligt at tilføje scoren som tillægskode for vurdering af mobiliseringen. Yderligere beskrivelse er tilgængelig her [<a href="http://www.geriatri.dk">www.geriatri.dk</a>].</p> <p>Cumulated Ambulation Score (CAS) tillægskodes med følgende i LPR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ZRRA00 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 0</li> <li>- ZRRA01 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 1</li> <li>- ZRRA02 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 2</li> <li>- ZRRA03 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 3</li> <li>- ZRRA04 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 4</li> <li>- ZRRA05 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 5</li> <li>- ZRRA06 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 6</li> <li>- ZRRA09 Cumulated Ambulation Score, CAS, score uoplyst</li> </ul> <p>Patienter behandlet med akut højrisiko abdominal kirurgi er omfattet af Akut Kirurgi Database, hvor tidlig mobilisering inden for 24 timer efter operation registreres med ZZP0030A Tidlig mobilisering påbegyndt eller ZZP0030C Vurderet ingen indikation for</p>

	tidlig mobilisering. Denne registrering medtages som opfyldt tæller. For beskrivelse af inklusionskriterier for Akut Kirurgi Database se <a href="https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/akut-kirurgi-databasen/">https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/akut-kirurgi-databasen/</a> .
Uoplyst:	Patientforløb med CFS med manglende eller ugyldige værdier
Ikke relevant:	Patientforløb: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ med CFS <math>\leq</math> 4 eller 9</li><li>▪ der dør inden for samme dag eller dagen efter kontaktstart</li><li>▪ med stroke (omfattet af anden database)</li><li>▪ uden operation svarende til nævner i indikator 3a</li></ul>
Registreringsniveau:	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hospitalsenhed, hvor patienten opholder sig efter operation eller</li><li>- sundhedsprofessionelle, der har udført mobiliseringen (fx fysioterapeuter ansat i enhed/afdeling for Ergo- og Fysioterapi)</li></ul>

## 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.

<b>Nævner:</b>	<b>Patientforløb med CFS 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 forsøg på genoplivning inden for 48 timer</b> Genoplivning registreres med følgende koder i LPR: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ZZ0960 Stillingtagen til genoplivningsforsøg ved hjertestop</li> </ul> <p>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.</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 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).</p>
<b>Uoplyst:</b>	Patientforløb med CFS med manglende eller ugyldige værdier
<b>Ikke relevant:</b>	Patientforløb: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ med CFS <math>\leq 4</math> eller 9</li> <li>▪ med kontaktvarighed på <math>&lt; 12</math> timer</li> <li>▪ der dør samme dag eller dagen efter kontaktstart</li> </ul>
<b>Registreringsniveau:</b>	- 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.*

<b>Nævner:</b>	<p><b>Patientforløb med CFS 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 inden udskrivelse</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.</p> <p>Ifølge Sundhedsstyrelsen baseres ernæringsplanen bl.a. på en vurdering af, hvorvidt patienten har kostbegrænsende faktorer for dårlig ernæringstilstand såsom nedsat appetit, mundtørhed, tygge- og synkebesvær (fx dysfagi), 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>Ernæringsplanen dokumenteres i patientjournalen og anvendes til kommunikation med primær sektor fx i epikrise, korrespondance, plejeforløbsplan og/eller eventuel genoptræningsplan.</p> <p>NOTE: for patienter inkluderet i Akut Kirurgi Database gøres opmærksom på at det ikke er tilstrækkeligt at tage stilling til ernæring for patienter med CFS 5-8, Kun for patienter, hvor der er udarbejdet en ernæringsplan efter overstående anbefalinger, kan koden ZZ2009C registreres.</p>
<b>Uoplyst:</b>	Patientforløb med CFS med manglende eller ugyldige værdier
<b>Ikke relevant:</b>	<p>Patientforløb:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ med CFS <math>\leq 4</math> eller 9</li> <li>▪ med kontaktvarighed på <math>&lt; 24</math> timer</li> <li>▪ der dør under indlæggelsen</li> <li>▪ der gives sondeernæring via PEG (SKS-koder: 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</li> <li>▪ der gives 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>Registreringsniveau:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospitalsenhed, der udskriver patienten eller</li> <li>- sundhedsprofessionelle, der har udarbejdet ernæringsplanen (fx diætister ansat i ernæringsklinik/diætistklinik)</li> </ul>

## 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.

<b>Nævner:</b>	<b>Patientforløb med CFS 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>▪ ZZ5049G Vurdering af ADL</li> </ul> <p>ELLER</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ZZ5049F FIM: Functionel Independence Measure</li> <li>▪ ZZ5049V AMPS</li> <li>▪ ZZ5711 Barthel indeks, Barthel-100 (Shahs version)</li> <li>▪ ZZ5712 Barthel indeks, Barthel-20 (Collins version)</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. Selvrapporteret ADL er <u>ikke</u> tilstrækkeligt. Patienter med CFS på 5 bør yderligere få vurderet deres evne til at varetage IADL fx medicinhåndtering og transport (kan være selvrapporteret).</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<b>Uoplyst:</b>	Patientforløb med CFS med manglende eller ugyldige værdier
<b>Ikke relevant:</b>	<p>Patientforløb:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ med CFS score <math>\leq 4</math> eller 8-9</li> <li>▪ med kontaktvarighed på <math>&lt; 12</math> timer</li> <li>▪ der dør under indlæggelsen</li> <li>▪ med stroke</li> </ul>
<b>Registreringsniveau:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospitalsenhed, der udskriver patienten eller</li> <li>- sundhedsprofessionelle ansat i anden afdeling, der har foretaget ADL vurderingen</li> </ul>

## 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.

<b>Nævner:</b>	<b>Patientforløb med CFS på 5, 6, 7 eller 8</b>
	<i>Note: en patient med fx tre akutte kontakter i kalenderåret vil indgå med tre patientforløb (indekskontakter)</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 indeksskontaktens sluttidspunktet og starttidspunktet på den nye akutte henvendelse.
Uoplyst:	Patientforløb med CFS med manglende eller ugyldige værdier
Ikke relevant:	Patienter: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ med CFS <math>\leq 4</math> eller 9</li> <li>▪ der dør under indlæggelsen</li> </ul>
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.

<b>Nævner:</b>	<b>Patientforløb med CFS på 5, 6, 7 eller 8</b>
	<i>Note: en patient med fx tre akutte kontakter i kalenderåret vil indgå med tre patientforløb (indekskontakter)</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 indeksskontaktens sluttidspunktet og starttidspunktet på den nye akutte henvendelse.
Uoplyst:	Patientforløb med CFS med manglende eller ugyldige værdier
Ikke relevant:	Patienter: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ med CFS <math>\leq 4</math> eller 9</li> <li>▪ der dør under indlæggelsen</li> </ul>
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.

<b>Nævner:</b>	<b>Patienter med CFS på 5, 6, 7 eller 8</b> <i>Note: en patient med flere akutte kontakter i opgørelsesperioden vil indgå med den sidste kontakt i årsrapporten</i>
<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 kontaktens starttidspunkt
Uoplyst:	Patienter, der ikke er registreret med CFS eller med manglende eller ugyldige værdier
Ikke relevant:	Patienter med CFS $\leq 4$ 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.

<b>Nævner:</b>	<b>Patienter med CFS på 5, 6, 7 eller 8</b> <i>Note: en patient med flere akutte kontakter i opgørelsesperioden vil indgå med den sidste kontakt i årsrapporten</i>
<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 kontaktens starttidspunkt
Uoplyst:	Patienter, der ikke er registreret med CFS eller med manglende eller ugyldige værdier
Ikke relevant:	Patienter med CFS $\leq 4$ 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
<b>LPR 'Administrative variable'</b>	
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 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 Scale (CFS) inklusiv værdikode (VPH) fra 1-9	1
ZZ1501	Screening for delirium	2
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
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
<b>Værdikoder som tillægskoder</b>		
VPH0001 - VPH0009	Værdi af Clinical Frailty Scale	1

## Bilag 1

Liste over akutafdelinger, der er omfattet af indberetningen til DANFRAIL pr. 1. april 2024, fraset akutafdeling Akut Børn (941351000016009) på AUH.

Region	Hospitalsnavn	Overafdelingskode	Overafdelingsnavn	Afdelingskode	Afdelingstekst
<b>Hovedstaden</b>					
	<b>Bispebjerg og Fr.berg Hospitaler</b>	258051000016004	Akut modtageafdeling AKM	258061000016001	Akutmodtagelse, Medicinsk Modtageafdeling
	<b>Amager og Hvidovre Hospital</b>	628521000016003	Skadestue, Hvidovre Hospital	354481000016003 983911000016003 628621000016002	Akutmodtagelse, Skadeafdeling Akutmodtagelse, Akut Vurderings Afdeling Skadestuen
	<b>Herlev og Gentofte Hospital</b>	265321000016009	Akutmodtagelsen overafd. A	628731000016008	Akut modtageafdeling
	<b>Bornholms Hospital</b>	647741000016000	Anæstesiologisk Overafdeling	265341000016004	Skadestue
	<b>Nordsjællands Hospital</b>	218331000016002	HI Akut Overafd.	647771000016009	Akutmodtagelse
				218361000016005	HI Akutafd., senge
<b>Sjælland</b>					
	<b>Sjællands Universitetshospital</b>	337991000016003	Akutafdeling KOE - Ledelse	322571000016006	KOE Akut Afd., Skadestue
	<b>Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse</b>	338001000016005	Akutafdeling SLA - Ledelse	322601000016001	KOE Akut Afd.
	<b>Holbæk Sygehus</b>	337981000016000	Akutafdeling HOL - Ledelse	322651000016000	SLA Akut Afd., Skadestue
	<b>Nykøbing F Sygehus</b>	337231000016007	Akutafdeling NFS - Ledelse	322681000016009	SLA Akut Afdeling
				322611000016004	HOL Akut Afd., Skadestue
				322641000016003	HOL Akut Afd.
				322691000016006	NFS Akut Afd., Skadestue
				322721000016004	NFS Akut Afd.
<b>Syddanmark</b>					
	<b>Esbjerg Sygehus</b>	244461000016003	SVS Fælles Akut Modtage Afdeling	244541000016000	SVS Skadestue (Esbjerg)
	<b>Sygehus Sønderjylland</b>	501271000016006	SHS Fælles Akut Modtagelse (FAM)	648131000016007	SVS Fælles Akut Modtage Afsnit (Esbjerg)
	<b>Sygehus Lillebælt</b>	247531000016003	SLB Akutafdelingen (Kolding)	501341000016007	SHS Skadestue (Aabenraa)
	<b>OUH Odense Universitetshospital</b>	447171000016007	OUH Fælles AkutModtagelse (Odense)	648061000016000	SLB FAM Ortopædkirurgi (Kolding)
				997991000016001	SLB FAM Akutafdeling (Kolding)
				447231000016004	OUH FAM Afsnit (Odense)
				649101000016006	OUH FAM Organkirurgi (Odense)
				649111000016008	OUH FAM Ortopædkirurgi (Odense)
				649121000016004	OUH FAM Neurologi (Odense)
				649131000016002	OUH FAM Urinvejskirurgi (Odense)
				649141000016009	OUH FAM Karkirurgi (Odense)
				649151000016007	OUH FAM Kvindesygdomme (Odense)
				649161000016005	OUH FAM Infektionsmedicin (Odense)
				649171000016000	OUH FAM Med. Mave/Tarm (Odense)
				649191000016001	OUH FAM Reumatologi (Odense)
				649201000016004	OUH FAM Geriatrik (Odense)
				649211000016002	OUH FAM Lungemedicinsk (Odense)
		486331000016000	OUH Fælles AkutModtagelse (Svendborg)	486351000016005	OUH FAM Afsnit (Svendborg)
<b>Midtjylland</b>					
	<b>Regionshospitalet Horsens</b>	459411000016003	Akutafdelingen, Overafdelingen	459421000016007	Akutafdelingen sengeafdeling
	<b>Regionshospitalet Randers</b>	445821000016005	Akutafdelingen Overafdeling - Randers	466741000016009	Akutafdelingen, Skadestuen
	<b>Aarhus Universitetshospital</b>	441531000016008	Akutafdeling Overafdeling	445851000016002	Akutafdelingen - Randers
				445911000016006	Skadestuen - Randers
				441541000016001	Akutafdeling Akutafsnit
				459751000016008	Akutafdeling Skadestue
				552981000016002	Akutafdeling Klinik
	<b>Hospitalsenhed Midt</b>	527921000016001	Akutafdelingen	941701000016007	Akutafdeling Traumecenter
	<b>Regionshospitalet Gødstrup</b>	897551000016007	Akutafdelingen - RHG	527931000016004	Akutafsnit
				527951000016009	Skadestue Viborg
				897601000016005	Akutmodtagelse Gødstrup - RHG
<b>Nordjylland</b>					
	<b>Aalborg Universitetshospital, Thisted</b>	486811000016002	Thy Akutmodtagelsen	486831000016008	Thy Skadestue
				486841000016001	Thy Skadestueafsnit
				486861000016000	Thy Akut Modtageafdeling
				677741000016001	Thy Ortopæd Skadestueafsnit
	<b>Aalborg Universitetshospital</b>	276771000016006	Alb Akut- og Traumecenter	1027071000016001	Alb Skade-Modtageafsnit,AMA
				276781000016008	Alb Akut Modtageafdeling
				278711000016004	Alb Skade-Modtageafdeling
				371231000016003	Alb Skade-Modtageafsnit
				371241000016005	Alb Skadestue Traumeafsnit
				484651000016009	Alb ATC Akutmodtagelse

---

<b>Regionshospitalet Nordjylland</b>	483181000016009	Ven Akutmodtagelsen FAM	484681000016000	Alb Småskader - Ortopædkir.
			1140951000016002	Hjr Akut Behandlingsenhed
			483191000016006	Hjr Akutmodtagelse
			483201000016008	Hjr Skadestue
			483211000016005	Hjr Traumeafsnit
			483221000016001	Hjr Akut Modtageafdeling
			489901000016000	Hjr Småskader - Ortopædkir.

---

*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.*



regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram