

Høringsrapport

Behandling af hørings svar til Dansk Kvalitetsdatabase for
Ældre med Skrøbelighed - DANFRAIL



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Høringsrapport til DANFRAIL

Høringsrapport

© RKKP 2024

Udarbejdet af:
Databasens styregruppe i samarbejde med RKKP Videncen-
ter

Udgiver:
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram
Hedeager 3
8200 Aarhus N

www.rkkp.dk

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

Indledning	4
Baggrund	4
Læsevejledning	4
Sammenfatning	5
Indkomne hørings svar	6
Generelle hørings svar	6
Hørings svar til implementeringsopgaven	6
Hørings svar til omfattede organisatoriske enheder	7
Hørings svar til registrering	8
Hørings svar angående primær sektor	10
Hørings svar til generelle bemærkninger	10
Hørings svar til det videre udviklingsarbejde:	11
Indikatorspecifikke hørings svar	12
Hørings svar til indikatorer 1	12
Hørings svar indikator 2	14
Hørings svar til indikator 3	15
Hørings svar til indikator 4	16
Hørings svar til indikator 5	16
Hørings svar til indikator 6	17
Hørings svar til indikator 7a, 7b	19
Hørings svar til indikator 8a og 8b	19
Revideret indikatorsæt	20
Bilag 1. Oversigt over høringsparter og indkomne hørings svar	21

Indledning

Baggrund

RKKPs bestyrelse traf i 2021 beslutning om, at der skulle etableres en klinisk kvalitetsdatabase for ældre med skrøbelighed. Forud herfor var Den Landsdækkende database for Geriatri bragt til ophør, fordi bestyrelsen ønskede at prioritere en bredere dækkende database, der kunne bidrage til at forbedre kvaliteten i behandlingen af en sårbar patientgruppe.

Efter afklarende dialoger i de faglige miljøer opstartede Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed (DANFRAIL) etableringsprocessen i sommeren 2022. Vi har i styregruppen for DANFRAIL siden arbejdet med at definere et sæt af indikatorer, der har til formål at monitorere og forbedre kvaliteten af behandlingen for ældre, der lever med skrøbelighed.

Indikatorsættet blev sendt i skriftlig høring fra den 28. august til og med den 25. september 2023 blandt relevante faglige fora, sammenslutninger og organisationer, regioner, beslægtede kliniske kvalitetsdatabaser samt relevante styrelser. Høringsmaterialet omfattede baggrundsnotat, evidensrapport samt indikatorsættet med uddybende forklaring i en dataindberetningsvejledning for patientgrundlag og indikatormonitorering. Høringsmaterialet har i hele perioden været offentligt tilgængeligt på databasens hjemmeside [Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed - RKKP](#).

Ved fristens udløb var der indkommet 31 høringssvar. To høringssvar ønskede at forlænge høringsfristen, hvilket blev efterkommet. I alt indkom 33 høringssvar.

Alle modtagne høringssvar blev behandlet af styregruppen for DANFRAIL på et samlet styregruppemøde den 26. oktober 2023 samt på efterfølgende indikatorspecifikke arbejds møder.

Vi har i styregruppen opnået enighed omkring de ændringer, der er blevet foretaget på baggrund af de indkomne høringssvar.

Læsevejledning

Hensigten med nærværende høringsrapport er at skabe overblik over høringssvar og over hvordan vi i styregruppen har forholdt os til svarene. I rapporten redegøres for de væsentligste punkter i høringssvarene samt styregruppens bemærkninger. Videre oplyses om konkrete ændringer, der er foretaget på baggrund af kommentarer og forslag i høringssvarene.

Det bemærkes, at høringsrapporten er emneopdelt. Høringssvarene er alene gengivet i hovedtræk. Ønskes detaljerede oplysninger om svarenes indhold, henvises til de indkomne høringssvar, som er vedlagt i bilag 1.

Høringsrapporten med styregruppens svar og konklusioner tilsendes de høringsparter, som har indgivet hørings svar. Høringsrapporten vil ligeledes blive tilgængelig på databasens hjemmeside.

Sammenfatning

Styregruppen takker for de mange hørings svar og tilbagemeldinger til indikatorerne.

Hørings svarene viser, at der er opbakning til den nye database og tilhørende indikatorer. Det bemærkes, at databasens fokus på behandlingskvalitet for ældre med skrøbelighed hilses velkommen, og at mange anerkender behovet for fokus på denne gruppe. Clinical Frailty Scale (CFS) vurderes relevant og let forståelig, ligesom patientafgrænsningen, antal og valg af øvrige indikatorer findes velvalgte. Af forventede positive effekter peges på potentiale for kvalitetsløft for patientgruppen og på sigt mulighed for etablering af et fælles sprog på tværs af afdelinger, faglige discipliner og sektorer.

Flere høringsparter udtrykker stor bekymring for implementeringsopgaven og omfanget af den registrering, der følger med indførelsen af DANFRAIL. Vi har i udviklingsarbejdet været meget bevidste om at udvælge få relevante evidensbaserede indikatorer, der vurderes at give et betydeligt kvalitetsløft for patienter med skrøbelighed. Det har i udviklingsfasen vist sig nødvendigt at indføre en for nogen ny, men systematisk vurdering af skrøbelighed, da det ikke har været muligt at identificere skrøbelighed ud fra allerede eksisterende indberetninger. For at imødekomme omfanget af vurderinger, der skal foretages, er der indført en tidsgrænse, således at patienter med forløb i akutafdelingen på under 4 timer ikke skal vurderes med CFS, og dermed ikke indgår i patientpopulationen i denne første version af DANFRAIL.

De valgte redskaber er allerede i anvendelse i dele af det danske sundhedsvæsen. Fx anvendes CFS systematisk i hjemmeplejen i visse kommuner, og i visse kirurgiske afdelinger som præoperativ vurdering. Implementeringsopgaven skal indarbejdes i en travl klinisk hverdag, og i respekt for dette har vi i styregruppen på baggrund af hørings svarene besluttet at udvide implementeringsfasen for databasen. Således forventer vi først, at landets afdelinger vil være klar til at indberette data til alle databasens variable og indikatorer pr. 1. januar 2025.

På baggrund af flere anbefalinger fra høringsparterne har styregruppen fjernet krav til registrering af "ikke relevant" og "ikke behov". Dette er sket for at mindske registreringsbyrden, og for at følge nuværende praksis for registrering.

På baggrund af hørings svarene er der foretaget præcisering i forhold til de omfattede organisatoriske enheder. Det fremgår nu af dataindberetningsvejledningen, at DANFRAIL samstemmer afdelinger, der har ansvar for dataindberetning til DANFRAIL, med Databasen for Akutte Hospitalskontakter (DAH) med tilføjelse af OUH Svendborg. Herved præciseres det, at færre afdelinger (akutklinikker og skadestuer) omfattes af dataindberetningen. I definitionen af akutmodtagelser og akutafdelinger følger DANFRAIL, ligesom DAH, regionernes egne organisatoriske definitioner på området. Vi

henviser til vejledningen for dataindberetning for nærmere oplysninger omkring den administrative organisering af akutafdelingerne.

Der er præciseret, at de afdelinger som patienten eventuelt overflyttes til inden for indikatorernes tidsrammer, også har ansvar for at indberette til databasen, hvis de forskellige handlinger ikke er udført på akutafdelingen.

Der er foretaget ændringer i forhold til indikatornavne samt ændret på tidsrammen for indikator 1, 2, 3 og 4. Videre er der foretaget ændringer i forhold til tidlig mobilisering således at der skelnes mellem opererede og ikke-opererede.

Høringssvarene peger på flere betydningsfulde områder end databasens første indikatorsæt indeholder, hvilket også afspejler de mange drøftelser vi i styregruppen har haft i arbejdsprocessen. Vi har af hensyn til implementeringsopgaven valgt at starte med et begrænset antal indikatorer samt en hospitalsbaseret indikatormonitorering, hvor landsdækkende systematisk opsamling af data er mulig. Yderligere betydningsfulde områder vil blive inkluderet i kommende indikatorsæt og i takt med, at landsdækkende data fra kommuner og almen praksis bliver tilgængelig.

Indkomne høringssvar

Generelle høringssvar

Høringssvar til implementeringsopgaven

Flere høringssvar fremhæver i deres svar vigtigheden af, at alt relevant personale bliver oplært i de handlinger, der knytter sig til databasens indikatorer. Særligt til anvendelsen af screeningsværktøjet Clinical Frailty Scale (CFS). Videre fremhæves det, at databasens målgruppe er omfattende, og ikke kun knytter sig til et speciale eller en type afdeling. Der peges på, at implementering og oplæring kan tage lang tid. Der udtrykkes behov for tilstrækkelig tid til at afklare, hvilke faggrupper, der har ansvaret for udførelse og registrering. Herudover tid til at implementere nye arbejdsgange og ny registreringspraksis.

Vi har i styregruppen taget til efterretning, at en succesfuld implementering af DANFRAIL vil kræve mere tid end tidligere databaser, og giver derfor mulighed for gradvis opstart af indberetning til databasen i de enkelte regioner og afdelinger. DANFRAIL sættes i drift pr. 1. april 2024, men med rum til, at de enkelte afdelinger kan anvende hele 2024 til at implementere DANFRAIL. Styregruppen forventer således først, at alle landets afdelinger vil være klar til at indberette data til alle databasens variable og indikatorer pr. 1. januar 2025.

Med blik for implementeringsopgaven, vil den første rapport blive udarbejdet som en præliminær rapport for perioden 1. april til 31. december 2024. Rapporten giver styregruppen og regionerne, herunder afdelingerne, mulighed for at auditere de foreløbige resultater og lære af de afdelinger, der viser lovende resultater. Rapportens fokus er læring og offentliggøres derfor ikke.

Vi vil med den forlængede implementering give de enkelte afdelinger mulighed for, i samarbejde med regionen, at planlægge lokale undervisningsforløb ift. fx vurdering med CFS eller fx screening for delirium. Endvidere kan foretages lokale afprøvninger fx ved PDSA-metoden (plan-do-study-act) for at få screeningerne og registreringerne hensigtsmæssigt indarbejdet i personalets arbejdsgange. RKKP har i den forbindelse taget kontakt til regioner ift. at drøfte behovet for, at der udarbejdes individuelle implementeringsplaner i afdelingerne.

Det har været vigtigt for styregruppen for DANFRAIL at vælge et screeningsværktøj for skrøbelighed, der er let at anvende og kan foretages af alle sundhedsprofessionelle efter en kort introduktion. Allerede nu er e-læringsmateriale tilgængelig for Clinical Frailty Scale. Materialet kan tilgås via databasens hjemmeside på www.rkkp.dk eller på www.geriatri.dk. Vi vil i styregruppen arbejde på, at der på sigt også lægges materiale op for de øvrige indikatorer.

Hørings svar til omfattede organisatoriske enheder

Flere høringsparter peger på, at det i høringsmaterialet er uklart hvilke enheder, der er omfattet af dataindberetning til DANFRAIL.

Vi tager dette til efterretning, og har præciseret omfattede enheder i den reviderede udgave af dataindberetningsvejledningen.

Det præciseres, at alle akutafdelinger, som modtager akutte patienter på 80 år og derover, er omfattet af dataindberetning til DANFRAIL. Akutafdelinger defineres svarende til de afdelinger, der indberetter til Databasen for Akutte hospitalskontakter (DAH) samt OUH - Svendborg. I definitionen af akutmodtagelser og akutafdelinger følger DANFRAIL, ligesom DAH, regionernes egne organisatoriske definitioner på området. Herved præciseres det også, at mindre akutklinikker og skadestuer ikke er omfattet af dataindberetningen (ex. Akutklinikkerne i Grenaa, Ringkøbing, Tønder o. lign).

Flere hørings svar efterlyser præcisering af, hvordan man skal forholde sig ved overflytning af patienten til stamafdeling/anden afdeling.

Hvis patienter, der starter deres forløb på en akutafdeling, og dermed er inkluderet i DANFRAIL, efterfølgende under forløbet overflyttes til andre stamafdelinger eller hospitaler, så har disse afdelinger, der overtager patientforløbet, ansvar for at udføre de handlinger, som indikatorerne anviser samt for indberetningen til databasen.

Vi gør i den forbindelse opmærksom på, at nogle indikator mål kun skal opfyldes ved forløb over 24 timer (ADL og ernæringsplan).

Det er blevet præciseret i dataindberetningsvejledningen, at alle indberettede koder, trækkes automatisk på tværs af afdelinger og hospitaler, så allerede foretagne registreringer ikke skal gentages.

Databasens formål er på sigt at favne alle patienter, der pga. alder og skrøbelighed er særligt udsatte. I styregruppen forventer vi således at udvide populationen til flere dele af sygehusvæsenet, når den første del af implementeringen er på plads. Det vil sige, at databasen på sigt ikke kun indbefatter patienter, der starter deres forløb på en akutafdeling.

Flere høringsparter spørger, hvordan de skal forholde sig, hvis en akut patient modtages i en anden afdeling end akutafdelingen.

Vi er opmærksomme på, at modtagelsen af akut syge patienter er organiseret forskelligt i landet. Det er i denne første version kun akutte patienter modtaget på en akutmodtagelse, der skal indberettes til DANFRAIL. Akut syge patienter, der modtages direkte på en stamafdeling, er på nuværende tidspunkt ikke omfattet af databasen. Det er dog vores ambition, at indberetningen på sigt skal omfatte alle afdelinger, der modtager både akut syge og elektive ældre patienter til behandling.

Hørings svar til registrering

Der er flere høringsparter, der udtrykker stor betænkelighed ift. registreringskravene til databasen. Der peges på, at databasen medfører en stor dokumentationsopgave med tilhørende ressourceforbrug, der er placeret i den mest akutte del af patientforløbene samt i en tid, hvor der er ressourceudfordringer og generelt fokus på at mindske dokumentationsmængden. Blandt høringsparterne udtrykker nogle bekymring for, at ressourceforbruget på registrering risikerer at have negativ indvirkning på tid til udredning og behandling. Nogle høringsparter sætter spørgsmålstegn ved, om kodning/registrering kommer til at foregå tidstro.

Vi har i styregruppen i hele udviklingsfasen været meget bevidste om at minimere registreringskravene til databasen. Der er derfor valgt et begrænset antal indikatorer samt indikatorer som skal ses i en samlet logik, der hænger sammen med behovet for individuelt tilrettelagte forløb for populationen af ældre med skrøbelighed, som har en akut henvendelse til hospitalet. De forskellige indikatorer skal således ses i en sammenhæng, hvor fx ADL, ernæring, funktionsevne samlet bidrager ind i videregivelse af information til primær sektor via fx plejeforløbsplanerne. Erfaringen viser, at det hurtige kliniske blik ikke altid er tilstrækkeligt, og at nogle områder simpelthen er i fare for at drukne i travlhed, hvorfor vi med databasen gerne vil styrke, at der foretages tidlige kvalificerede screeninger og vurderinger.

I styregruppen for DANFRAIL ønsker vi, at sundhedsvæsenet får fokus på skrøbelighed som en afgørende faktor for god behandling af den ældre patienter. De fleste sundhedsprofessionelle har en intuitiv fornemmelse af hvorvidt en patient er skrøbelig eller ej. Men det er svært at handle på patientens situation på tværs af fagprofessionelle, afdelinger og sektorer, hvis vi ikke har et fælles sprog og en ensartet arbejdsgang omkring patienterne. Ligeledes er det svært at evaluere kvaliteten af behandlingen af den ældre patient, der lever med skrøbelighed, hvis vi ikke kan måle og registrere vores handlinger omkring patienten på en ensartet måde.

Et systematisk brug af de evidensbaserede redskaber, der ligger under de enkelte indikatorer, er netop tiltænkt at være med til at sikre den faglige standard, hvilket vil være af stor værdi for både patienter/borgere og det tværfaglige personale.

På baggrund af hørings svarene har vi i styregruppen besluttet at indføre en tidsgrænse, hvormed patienter med forløb på under 4 timer ikke skal vurderes med CFS og dermed ikke bliver en del af patientpopulationen. Vi opfordrer fortsat til at vurderingen af skrøbelighed i de korte forløb foretages hvor det skønnes klinisk relevant.

Styregruppen vurderer, at det vil være tidsbesparende at erkende patientens skrøbelighed så tidligt i forløbet som muligt. Dermed kan der sættes ind med de nødvendige handlinger, og ressourcerne kan fokuseres på dem med størst behov. Vi har med dette perspektiv valgt et screeningsværktøj, der efter oplæring kan anvendes af alt sundhedspersonale. Det er samtidig erfaringen, at CFS skaber et kort og præcist fælles sprog inden for afdelingen samt på tværs af fagligheder og sektorer, hvormed videregivelse og læsning af information mindskes.

Det er en præmis for en klinisk kvalitetsdatabase, at data registreres systematisk i journalerne for at kunne opgøre indikatorerne og afgrænse populationen. I udviklingen af databasen har der været lavet adskillige analyser med henblik på at afdække skrøbelighed via allerede eksisterende data. Det har ikke været muligt ud fra tilgængelige informationer om blandt andet diagnose, alder og komorbiditet - disse eller kombinationer heraf - at angive patientens grad af skrøbelighed.

Nogle høringsparter bemærker, at en stor del af informationerne allerede findes i journalerne i prosatekst. Nogle parter ønsker sig automatiserede it-løsninger, så dobbeltregistrering undgås.

Vi anerkender at flere faggrupper ikke er vant til at anvende specifikke screenings- eller undersøgelsesredskaber til at vurdere fx skrøbelighed, delirium, ADL, mobilisering mm, og heller ikke er vant til at registrere med SKS/procedure koder. Omvendt er det ikke nødvendigvis nyt at foretage observationerne og registrere resultatet, ligesom nogle faggrupper allerede er vant til at SKS registrere deres interventioner. Databasen stiller krav om i højere grad at anvende systematik i registreringen af interventioner.

Vi har, som flere af høringsparterne, et stort ønske om, at registreringen indarbejdes i de eksisterende dokumentationsformer (fx i SFI i EPJ) vel vidende, at registreringen uanset vil kræve et vist tastearbejde. Der er derfor taget kontakt til flere regioners it-afdelingerne i forhold til drøftelse heraf. Der arbejdes fra alles sider på hensigtsmæssige løsninger, men der er dog tilfælde, som ikke aktuelt kan optimeres grundet systemtekniske årsager. Flere høringsparter anbefaler at fjerne muligheden for at registrere "intet behov" eller "ingen indikation således at fokus er på at registrere et faktisk fund. Styregruppen har taget dette til efterretning, og fjernet muligheden i indikatorerne. Det er vigtigt at fremhæve, at der ved senere fastsættelse af standarder for de enkelte indikatorer, vil blive taget højde for, at nogle patienter som ikke opfylder standarden, vil være patienter, hvor der ikke har været indikation/behov. Erfaringer viser, at det ikke nødvendigvis tager længere tid at registrere via en skabelon for et screeningsredskab end via prosatekst.

Nogle høringsparter spørger til om diagnosekode er nødvendig fx ved delirium.

Det er ikke et krav i forbindelse med databasen, at delirium skal diagnosekodes. Styregruppen gør opmærksom på muligheden, da det efterfølgende vil være muligt at se hvilke og hvor mange patienter, der har delirium under ophold på hospitalet. Derudover vil vi dog gerne fremhæve, at det er almindelig praksis at registrere A-diagnoser og væsentlige B-diagnoser, som har betydning for forløbet. Det er vigtigt at øge opmærksomheden på alvoren af delirium for patientens pleje, behandling og prognose på lige fod med fx tilstødende alvorlige infektioner under forløb med anden primær årsag, hvorfor diagnosekodning af delirium ofte vil være relevant.

Nogle høringsparter gør opmærksom på, at det er forvirrende, at der står at alle koder trækkes fra registre, når sundhedspersonalet skal registrere med SKS-koder.

Til dette mener vi, at DANFRAIL har valgt at trække direkte fra Landspatientregistreret og ikke via et særskilt indtastningssystem. Styregruppen er bevidste om, at dette forudsætter, at sundhedspersonalet registrerer informationer i struktureret form, der kan videregives til Landspatientregistreret.

Hørings svar angående primær sektor

Flere hørings svar efterlyser, at DANFRAIL inkluderer primær sektor særligt kommuner og alment praktiserende læger - og indhenter data på tværs af sektorer. Enkelte hørings parter er derudover bekymrede for, om der med databasens indikatorer vil ske en opgaveglidning fra primær sektor til hospital.

Det kan ikke understreges nok, at vi i styregruppen også har et stort ønske om inddragelse af primær sektor. Styregruppen består derfor også af kommunale repræsentanter samt repræsentant fra Dansk Selskab for Almen Medicin (vakant). Ønsket om at få disse data inkluderet i DANFRAIL forsinkes af, at der endnu ikke er tilgængelige strukturerede data fra kommuner eller praksis på nationalt niveau. Vi opfordrer til, at samarbejdet omkring disse patienter løftes på tværs af sektorer indtil tværsektorielle data er tilgængelige, og vil opfordre til at primær sektor arbejder med implementering af CFS.

Ambitionen er, at der allerede er oplysning om skrøbelighed, når egen læge eller kommune overvejer at indlægge en ældre borger. Således kunne en opdateret CFS foreligge hos borgere, som i forvejen modtager ydelser efter Service – og Sundhedsloven i kommunen. Fx hvis borgeren modtager sygepleje eller er i træningsforløb. Hvis der foreligger en opdateret vurdering af skrøbelighed fra primær sektor, behøver hospitalsafdelingen ikke foretage en ny, men blot registrere vurderingen. Omvendt er ambitionen også, at egen læge eller kommune kan modtage opdaterede oplysninger om borgerens livssituation og funktionsevne, når borgeren udskrives fra hospitalet. Særligt for borgere, der er ukendte for kommunen, forventes dette at kunne øge kvaliteten af overleveringen mellem sektorer og resultere i iværksat hjælp til at klare hverdagsaktiviteter og fx hjælp til medicin. I sidste ende med henblik på at undgå yderligere funktionstab og forværring af helbredsproblemer.

Hørings svar til generelle bemærkninger

Flere hørings parter kommenterer, at databasens alderskriterie på mindst 80 år er sat for højt.

Vi har valgt denne aldersgrænse for at gøre implementeringsopgaven overkommelig. 80 + årige i Danmark udgør cirka 320.000 borgere, og fx 60+ årige udgør cirka 1.600.000 borgere.

Ældre med skrøbelighed er i litteraturen beskrevet fra mindst 65 år. På længere sigt er det styregruppens ambition at sænke aldersgrænsen.

Enkelte bemærker, at styregruppen mangler repræsentanter fra akutområdet og Region Nordjylland.

Der sidder to styregruppemedlemmer fra Dansk Selskab for Akutmedicin i styregruppen. Vi har været opmærksom på manglende repræsentation fra Region Nordjylland, og er efter udsendelse af hørings materialet blevet styrket med to nye styregruppemedlemmer fra akutområdet i Region

Nordjylland. Vi skal beklage, at der har været fejl i oversigten over styregruppemedlemmer i evidensrapporten således at udpegede repræsentanter fra faglige selskaber, herunder fagligt selskab for det akutmedicinske område, ikke er fremgået korrekt.

Enkelte omtaler DANFRAIL som en ny geriatrisk database eller en justeret udgave af den tidligere landsdækkende geriatriske database.

DANFRAILs overordnede formål er ikke at skabe en ny geriatridatabase. DANFRAIL vil adressere kvalitet i behandlingen af alle ældre med skrøbelighed uanset hvad henvendelsesårsagen er. Det er korrekt, at det er et område, som mange geriatere gerne vil sætte fokus på, og at geriatrien har erfaring med tværsektorielt samarbejde, som kan bidrage til at forbedre kvaliteten.

Hørings svar til det videre udviklingsarbejde

Der er fra høringsparterne kommet flere forslag til nye indikatorer, hvoraf kan nævnes: "faldscreening", "kognitiv tilstand", "dysfagi", "kommunikation og kontinuitet", "medicingennemgang", "tilbud om pårørendeinddragelse", "sektorovergang vedr. 72-timers behandlingsansvaret ift. genindlæggelse" og "genoptræningsplan udarbejdet". Herudover er et forslag om "funktionsevne beskrevet i udskrivelse status" frem for de mange forskellige scores (grundet metodefrihed), som kommunen skal navigere rundt i.

Vi sætter i styregruppen stor pris på forslagene og takker for de mange input til det videre udviklingsarbejde med databasens indikatorer. Det skal nævnes at flere af indikatorerne har været drøftet i udviklingsfasen, men ikke er kommet med i det endelige indikatorsæt grundet prioriteringen af at have et indikatorsæt med få indikatorer. Dette både af hensyn til implementeringsarbejdet, men også for at fokusere kvalitetsarbejdet.

Indikatorspecifikke høringsvar

Høringsvar til indikatorer 1

Navnet på indikatoren er ændret til *Vurdering af skrøbelighed*.

Indhold: Andelen af patientforløb, hvor patienten er mindst 80 år, der vurderes med Clinical Frailty Scale (CFS)

Mange har udtrykt tilfredshed med valg af screeningsværktøj og ser potentiale i at lade vurderingen gå på tværs af afdelinger, fagligheder og sektorer. Modsat udtrykker nogle bekymring for valg af CFS, og for at den medfølgende registrering vil tage fokus og tid fra anden indledende akutbehandling.

Vi vil fra styregruppen med det samme beklage, at det af dataindberetningen kunne forstås, at CFS skal foregå som det allerførste i udredningen. Vi vil gerne understrege, at det aldrig har været hensigten at vurdering og dokumentation af skrøbelighed skal komme før stillingtagen til ABCDE og triagering. For at undgå tvivl, har styregruppen fjernet ordlyden "ved kontaktstart" fra indikatorbeskrivelsen samt indført en tidsgrænse, hvormed patienter med forløb i akutafdelingen på under 4 timer kan, men ikke skal, vurderes med CFS. Patienter med korte forløb bliver dermed ikke omfattet af DANFRAIL i denne version.

Det har også været vigtigt at vælge et screeningsværktøj, der er let at anvende og kan foretages af alle sundhedsprofessionelle efter en kort introduktion. Vi henviser til det e-læringsmateriale og "spørgeramme" i app-format, der er udarbejdet til oplæring i CFS. Materialet kan tilgås via databasens hjemmeside på www.rkkp.dk eller på <https://www.geriatri.dk/forside/cfs.php>.

Nogle har påpeget, at tidsrammen for CFS-vurderingen på 12 timer er for snæver, da den bør rumme mulighed for at kunne kontakte kommune/pårørende ved patienter, der indlægges aften eller nat.

Vi vil gerne imødekomme denne udfordring og ændrer derfor tidsrammen til 24 timer.

Flere høringsparter gør opmærksom på, at det er u hensigtsmæssigt, at patientens habituelle tilstand og/eller grad af skrøbelighed skal vurderes i den akutte fase.

Vi vil i styregruppen gerne understrege, at screening med CFS skal ske på baggrund af patientens tilstand forud for akut sygdom - almindeligvis 14 dage før. Hvis patienten ikke selv er i stand til at redegøre for sin sædvanlige funktionsevne – fx grundet påvirkning af akut sygdom eller kognitiv funktionsnedsættelse, skal pårørende eller kommune om muligt inddrages i vurderingen, hvilket jo allerede er vanlig praksis i den kliniske hverdag

Et høringsvar har peget på, at målopfyldelse af indikator 2 til 8 er afhængig af, og kun har værdi, hvis indikator 1 er opfyldt. Vedrørende registrering af CFS spænder høringsvarene fra ønsket om at alle udfald (1-9) registreres til ønsket om kun at registrere udfaldene 5-8, der fører til yderligere handlinger.

Vi er i styregruppen opmærksomme på, at opfyldelse af indikator 1 er styrende for inklusion i de øvrige indikatorer, da vurdering af CFS identificerer skrøbelighed. Det er dog ikke muligt kun at

registrere CFS 5 til 8, da man derved ikke kan vide, om manglende registrering betyder, at patienter vurderes til CFS 1-4 eller 9 ELLER om patienten ikke er vurderet med CFS, og dermed potentielt burde indgå i databasens population. Vi fastholder derfor, at alle udfald skal registreres. Vi forudser at netop denne systematik kan komme afdelingerne til gavn i fremtidigt arbejde med egne kvalitetsdata. Man vil få et nøjere kendskab til fordelingen af skrøbelighed og robusthed i den population, man tager sig af.

Styregruppen bemærker desuden, at selvom nogle kliniske tiltag af forskellige grunde ikke kommer til at tælle med i forhold til selve opgørelsen i DANFRAIL, kan tiltagene sagtens have værdi for den enkelte patient alligevel. Eksempelvis kan det give mening fx at afdække patientens udførelse af ADL, selvom vurdering af skrøbelighed ikke er muligt at udføre.

Flere høringsparter sætter spørgsmålstegn ved anvendelsen af CFS som systematisk screeningsredskab i en akut setting, herunder henvisning til vejledning fra DSAM fra 2023.

DSAM fremhæver, at der skal foretages skrøbelighedsvurdering ved klinisk mistanke om skrøbelighed. De giver flere eksempler herunder usikker gang, at der foreligger flere epikriser, at hjemmeplejen alarmerer, eller at den ældre synes ”det går dårligere end vanligt” [afsnit om identifikation af den skrøbelige patient]. Dette kriterium er som udgangspunkt opfyldt når den ældre henvises akut til sygehus, da der per definition ikke er stabilitet i det tilfælde og derfor brug for en skrøbelighedsvurdering. Videre bemærkes det, at DSAMs vejledning omhandler borgere i almen praksis, hvorimod populationen i DANFRAIL består af patienter med en akut henvendelse til en akutafdeling på mindst fire timer. Dermed kan de to populationer ikke umiddelbart sammenlignes.

Styregruppen vil gerne understrege, at CFS ikke er et screeningsværktøj, der skal udføres på alle patienter i almen praksis, fx ved et alderskriterium. Men hvis borgeren er akut indlæggelseskrævende eller ustabil med fx faldende funktionsevne, er der indikation for at drøfte skrøbelighed.

Et høringssvar efterlyser uddybning af dokumentation for, at registrering af skrøbelighed forbedrer prognose og outcome for patientgruppen. Der spørges til, om selve risikoen forbundet med skrøbelighed er modificerbar?

Vi anerkender i styregruppen, at der ikke foreligger konkrete studier som sammenligner skrøbelighedsscreening versus ingen skrøbelighedsscreening i en akutafdeling. Vi læner os derimod op ad, at det internationalt anbefales, at skrøbelighedsvurdering bør foretages i begyndelsen af en akut indlæggelse. I DANFRAIL er valget faldet på CFS på grund af de i evidensrapporten anførte argumenter - her har vi bl.a. set på, at den er hurtig og nem at gennemføre, og scorer højt i anvendelighed bedømt af klinisk personale.

Grunden til at skrøbelighedsvurdering anbefales er, at man er nødt til i første omgang at identificere skrøbeligheden for at kunne modificere den. Der foreligger evidens for, at Comprehensive Geriatric Assessment udført på skrøbelige ældre under indlæggelsen forbedrer prognosen for en række outcomes - både blandt medicinske og kirurgiske patienter. Jvnf afsnittet ”rationale” i evidensrapporten er de øvrige procesindikatorer i DANFRAIL netop et forsøg på at adressere domæner af en CGA, og dermed at modificere patientens prognose mod det bedre.

Derudover vil vi gerne anfægte præmissen om, at kendskab til prognose kun har betydning, hvis prognosen kan modificeres. Vi mener, at det kan have stor værdi for patienter og pårørende at kende til en dårlig prognose. Jvnf denne artikel i et af de førende akutmedicinske tidsskrifter (DOI:

[10.1016/j.annemergmed.2019.01.003](#)), så giver en akut indlæggelse for en skrøbelig patient mulighed for den sundhedsprofessionelle at indlede en samtale omkring prioriteter og relevant disponering af patientens tid og kræfter. Sådanne goal-of-care samtaler er velkendte fra f.eks. kræftområdet og anbefales jvnf. ovenstående artikel også til ældre patienter med andre alvorlige sygdomme.

Høringssvar indikator 2

Navnet på indikatoren er ændret til: *Screening for delirium*

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

Blandt høringssvarene findes screening for delirium generelt velvalgt, da tilstanden hyppigt opstår hos ældre med skrøbelighed, som behandles for akut sygdom på hospital. Høringsparterne bemærker, at der er potentiale i, at man på somatiske afdelinger skærper blikket for tilstanden, og eksempelvis undgår unødigt brug af antipsykotika samt unødigt indlæggelse i psykiatrien, da delirium ofte forveksles med anden psykiatrisk sygdom.

Som for indikator 1 er der flere, der påpeger, at tidsrammen på 12 timer er for snæver, da det i nogle tilfælde er relevant at vente med at screene for delirium.

Dette imødekommes og tidsrammen samstemmes med indikator 1, hvor tidsrummet er ændret til 24 timer.

Høringssvar til anvendelse af screeningsredskab for delirium spænder fra ønske om at undlade kravet om anvendelse af et valideret redskab til ønsket om, at alle afdelinger anvender samme redskab for bedre at kunne sammenligne på tværs.

Det er styregruppens opfattelse, at kvaliteten af behandlingen af ældre med skrøbelighed forbedres ved systematisk screening for delirium ved anvendelse af et screeningsredskab, som er valideret på dansk. Særligt forekomst af stille delirium kan være svært at identificere alene ved det kliniske blik. Ved positiv screening for delirium bør behandling og tiltag efterfølgende tilpasses og/eller iværksættes.

Vi har i styregruppen valgt, at de enkelte afdelinger kan tage udgangspunkt i allerede anvendte redskaber. Systematisk anvendelse af et allerede kendt redskab forventes at lette implementeringsopgaven for de enkelte afdelinger. Endelig finder vi, at afdelingerne ved den systematiske tilgang kan opnå gevinst ved tidlig identifikation af tilstanden. For eksempel kan man derved gøre brug af flere non-farmakologiske redskaber up-front i behandlingsforløbet fx undgå støjende omgivelser, unødige flytninger til andre afdelinger, sikre personalekontinuitet, planlægge hurtig udskrivelse og relevant opfølgning tværssektorielt og indlede dialog med pårørende, som ofte også er meget påvirkede af situationen.

Enkelte fremhæver, at delirium er en fluktuerende tilstand, og at vurdering af kognitiv funktionsevne er et bedre og mere brugbart mål.

Styregruppen anerkender, at vurdering af kognitiv funktionsevne er vigtigt i forhold til, at støtte patienten/borgeren og de pårørende i det videre forløb, og takker for input til udvikling af det senere indikatorarbejde. Samtidig fastholdes vigtigheden af at screene for delirium, idet vurdering af kognitiv funktionsevne og screening for delirium kan have forskellige formål.

Vi anerkender at der, ligesom ved de øvrige indikatorer, kan være individuelle grunde til ikke at screene for delirium inden for det specifikke tidsrum. Vi har i styregruppen endnu ikke fastsat en standard for målopfyldelse, men vil ved fastsættelse sikre, at der er rum for at imødekomme dette.

Høringssvar til indikator 3

Indikatoren ændres til: *3a: Tidlig mobilisering, ikke opererede og 3b: Tidlig mobilisering, opererede*
Indhold: Andelen af patientforløb med CFS 5-8, som ikke opereres/opereres, der mobiliseres indenfor 24 timer.

Af høringssvarene fremgår opbakning til indikatoren omkring mobilisering af den ældre med skrøbelighed. Høringssparterne bemærker, at for ældre med skrøbelighed kan immobilisering og/eller uidentificeret funktionstab medføre yderligere negative konsekvenser. Videre bemærkes det, at mobilisering i forvejen er med i kerneopgaven for sygeplejen ud fra Fundamentals of Care, samt er et kerneområde for ergoterapeuter og fysioterapeuter.

Blandt flere høringssparter efterlyses det, at der i registreringen bør tages hensyn til operationsstatus.

På baggrund af forslagene er indikatoren blevet opdelt i forhold til, om patienten er opereret eller ej. Tidsrummet, som den opererede patient skal være mobiliseret inden for, starter ved operationstidspunktet. For den ikke-opererede patient skal mobiliseringen være foretaget inden for de første 24 timer fra patienten ankommer til akutmodtagelsen (eller ved udskrivelse hvis en patient med CFS 5-8 sendes hjem inden der er gået 24 timer). Mobiliseringen skal kun registreres en gang inden for 24 timer.

Flere af høringssvarene efterlyser, at indikatoren og indikatorens tidskriterie i højere grad bør sammenstemmes med øvrige databaser. Det efterlyses desuden blandt nogle, at registreringen bør omfatte kvaliteten i mobiliteten og udvikling i basismobilitet. Sidst fremgår det af høringssvarene, at personalet på nuværende tidspunkt har praksis for at registrere mobilitet i prosatekst og ikke via struktureret kodning

Tidsrammen 'inden for 24 timer' fastholdes idet den netop er samstemt tilsvarende indikator i Dansk Tværfagligt Register for Hoftens Lårbensbrud. Samme database har i november 2023 sat en ny indikator i drift, hvor tidlig mobilisering omfatter vurdering af basismobilitet med scoringsredskabet Cumulated Ambulation Score (CAS). Vi har i styregruppen i første omgang valgt kun at stille krav om vurdering af basismobilitet, hvormed scoring ved CAS er valgfri. Styregruppen anbefaler, at CAS anvendes til indberetning til DANFRAIL på de afdelinger, hvor det allerede er indarbejdet i de daglige rutiner. Afdelinger, der skal opstarte systematisk vurdering af basismobilitet, vil kunne indrapportere CAS i takt med, at det bliver implementeret.

Det er vores opfattelse, at et systematisk fokus på tidlig mobilisering kan medvirke til at forebygge yderligere tab af funktionsevne under hospitalsopholdet. Yderligere forventes det at en systematisk vurdering af mobilitet vil øge kvaliteten i form af iværksættelse af øget hjælp efter udskrivelse, kompenserende tiltag (herunder hjælpemidler) og/eller træning

Vi anerkender i styregruppen, at flere faggrupper ikke er vant til at kode mobilisering med en specifik kode eller at anvende et specifikt redskab til vurderingen.

Hørings svar til indikator 4

Navnet på indikatoren er ændret til: *Stillingtagen til genoplivningsforsøg*

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

**indlagt defineres som patientforløb af mindst 12 timers varighed*

Det påpeges i flere hørings svar, at formuleringen "tage stilling til genoplivning" kan sende et forkert signal om, at lægen alene skal tage stilling til genoplivning. Dermed gøres kommunikationen omkring emnet unødigt vanskelig. Herudover vil en ændring af ordlyden stemme bedre overens med lovgivning på området.

Forslaget er taget til efterretning og ordlyden er ændret. Indikatoren skal lægge op til en stillingtagen til eventuelt genoplivningsforsøg, både tilvalg og fravalg.

Flere argumenterer for, at tidsrammen bør øges for at give en rimelig mulighed for at drøfte stillingtagen til genoplivningsforsøg med patienten og evt. pårørende.

Forslaget er imødekommet og tidsrummet øges fra 24 timer til 48 timer.

Enkelte peger på, at det hos patienter vurderet til CFS 5 ikke automatisk vil være fagligt relevant med drøftelse af behandlingsniveau.

Set i lyset af, at patienter med CFS 5-8 har et dårligere outcome efter genoplivningsforsøg end patienter med en lavere CFS, mener vi at det er fagligt relevant at registrere. En grænse på CFS 6 i stedet for 5 vurderes ikke at være tilstrækkeligt underbygget i litteraturen, da risikoprofilen ikke vurderes at være forskellig. Det må understreges, at klinikerne, ud fra en konkret vurdering, kan træffe beslutning om at genoplivningsforsøg er relevant. I det tilfælde er indikatoren også opfyldt, da det er overvejelsen, stillingtagen og drøftelsen med patient/pårørende som er i fokus. Hvis klinikerne ikke taler med patienten og/eller de pårørende omkring genoplivningsforsøg, men formoder, at der skal tilbydes genoplivningsforsøg i tilfælde af hjertestop, risikeres det, at patienter, som ikke har ønske om denne behandling, udsættes for den med risiko for store og alvorlige følger fx i forhold til funktionsevne. Det er styregruppens kliniske erfaring, at nogle patienter har registreret deres holdning til ikke at ønske genoplivningsforsøg hos egen læge eller i sundhed.dk og tror, at denne viden er direkte tilgængelig i de elektroniske journaler på sygehusene, hvilket ikke er tilfældet.

Hørings svar til indikator 5

Navnet på indikatoren er ændret til: *Ernæringsplan udarbejdet*

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

Blandt hørings svarene fremgår opbakning til indikatoren, som findes velvalgt for ældre med skrøbelighed. Høringsparterne bemærker, at evnen til at indtage nok mad og drikke er afgørende for målgruppens funktionsevne og livskvalitet.

Flere høringsparter efterlyser tydelig opmærksomhed på dysfagi for ældre med skrøbelighed, da disse patienter er i øget risiko for alvorlige følgevirkninger i forbindelse med dysfagi.

Styregruppen bemærker, at udarbejdelse af ernæringsplan også indeholder fokus på tygge- og synkebesvær. Dysfagi er nu tilføjet i parentes for at tydeliggøre dette. Vi er enige i, at et specifikt fokus på vurdering af dysfagi kunne være relevant og takker for inputtet.

Blandt hørings svarene gøres opmærksom på, at ikke alle afdelinger fx psykiatrien nødvendigvis har adgang til dysfagikost eller adgang til diætister.

Ernæringsplaner kan udarbejdes af andet sundheds- og ernæringsfagligt personale med kompetencer hertil end kliniske diætister. Det er op til de enkelte hospitaler, hvordan de vil organisere sig, og hvordan de tilgår opgaveløsningen. I styregruppen mener vi dog, at det bør prioriteres af alle afdelinger som minimum at have adgang til faglig sparring ved diætister for denne patientgruppe, da ernæringsindsatser kan være komplekse og har stor betydning for patientens rekonvalescens. Dette er bl.a. også en anbefaling fra Sundhedsstyrelsen.

Hørings svar til indikator 6

Navnet på indikatoren er ændret til: *Vurderet ADL*

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

Blandt hørings svarene er der opbakning til indikatoren, som findes velvalgt for ældre med skrøbelighed. Høringsparterne bemærker, at evnen til at udføre dagligdags aktiviteter er afgørende for patientgruppens funktionsevne og for den samlede livssituation og livskvalitet. Videre adresseres indikatoren som betydningsfuld for kommunikation mellem pårørende, patient og fagprofessionelle samt tværsektorielt.

I enkelte hørings svar bemærkes det, at man i en akutmedicinsk sammenhæng ikke bør beskæftige sig med patientens begrænsninger i udførelse af ADL. Særligt hvis disse problematikker ikke er relateret til indlæggelsen.

Vigtigheden af indikatoren fastholdes, da opmærksomhed på patienten livsvilkår og evne til at klare sig i dagligdagen netop kan overses i forbindelse med korte akutte ophold på hospitalet. Det er vores opfattelse, at område kan styrkes med denne indikator. Videre er det styregruppens ambition, at viden om patientens funktionsevne ved udskrivelsen anvendes til at sikre den rette hjælp og støtte til patient og pårørende i det videre forløb.

Flere høringsparter udtrykker bekymring over, at indikatoren lægger op til en praksis hvor opgave og normering ikke hænger sammen. Nogle gør opmærksom på, at der lægges op til en øgning af særligt ergoterapeutiske vurderinger.

Vi anerkender i styregruppen, at databasens indikatorer lægger op til et større fokus på afdækning af patientens funktionsevne, men mener at dette vil øge behandlingskvaliteten betragteligt.

Der sikres en komplet afdækning af, om patienten rent faktisk er i stand til at komme hjem til vanlig pleje/vanlige hverdag eller om der skal iværksættes hjælpemiddelforanstaltninger, kommunale tiltag eller lignende. Vurderingen skal ydermere anvendes i kommunikationen med egen læge og kommune, hvilket er det område som alle – særligt patienter og pårørende - peger på som værende mangelfuld.

Vi gør opmærksom på, at mange ADL screeningsredskaber kan anvendes af alle faggrupper med kompetence hertil, og at andre faglige screeningsmetoder, så som sygeplejefaglig udredning, kan anvendes ved afdækning af patientens evne til at varetage basale daglige aktiviteter. Det er korrekt at dybdegående undersøgelsesredskaber ofte anvendes af ergoterapeuter (fx AMPS-undersøgelse). Det er er op til de enkelte hospitaler at afgøre, hvordan de vil organisere sig, og hvilke muligheder de har i forhold til opgaveløsningen.

Generelt kan alle indikatorer (frasat indikator 4) udføres af alle faggrupper med kompetence hertil. Specifikke faggrupper vil dog på baggrund af deres kernefaglighed altid kunne kvalificere opgaven og tilbyde det øvrige personale sparring, fx i forhold til behovet for efterfølgende træning el.lign.

I høringssvarene bemærkes det, at det er uhensigtsmæssigt, at forskellige databaser benytter forskellige tidsrammer. Danstroke har fx ergoterapi indenfor 48 timer.

Tidsrammen for ADL vurdering i DANFRAIL er inden udskrivelse med begrænsning til at omfatte patienter, der har et forløb på mere end 24 timer. Indikatoren fastholdes, da fokus i denne database er, at vurderingen skal anvendes i forbindelse med at sikre en god overlevering til primær sektor. Indikatorerne i DANSTROKE og DANFRAIL kan ikke sidestilles, da sygdommens karakter ved stroke specifikt kræver en specialiseret vurdering ved ergoterapeut, hvor der i DANFRAIL er tale om en tværfaglig opgave med at sikre beskrivelse af patientens evne til udførelse af ADL inden udskrivelse.

Enkelte høringssvar oplyser, at det i hospitalsregi ikke altid er muligt at vurdere instrumental activities of daily living (I-ADL), hvorfor det foreslås, at selvrapportering af I-ADL bør være mulig.

Alle patienter med CFS vurdering på 5-7 indlagt mere end 24 timer skal have vurderet ADL inden udskrivelse. Ved vurdering af personal activities of daily living (P-ADL) forstås observation af patienten i udførelse af fx personlig hygiejne, påklædning, spisning og lignende, hvor selvrapportering ikke er tilstrækkelig.

For nogle patienter kan der være behov for vurdering af mere sammensatte udadvendte aktiviteter (instrumental activities of daily living I-ADL), som fx indkøb, medicin håndtering og transport. Ved vurdering af I-ADL har vi på baggrund af kommentarerne tilrettet indikatorbeskrivelsen, så selvrapporteret I-ADL anbefales på lige fod med observeret I-ADL.

Det skal tilføjes, at det i høj grad er ambitionen, at dokumentation af ADL anvendes til kommunikation med primær sektor i epikriser, korrespondancer, plejeforløbsplaner og/eller i eventuelle genoptræningsplaner.

Nogle høringssvar kommenterer, at styregruppen bør vælge et specifikt undersøgelsesredskab på tværs af landet til vurdering af ADL.

Beslutningen om at undersøgelsesredskab er valgfrit fastholdes af hensynet til implementeringsopgaven, men også for at give rum til anvendelse af både korte screeninger og mere dybdegående undersøgelser, hvis der skønnes behov for dette. Det anbefales fortsat, at der anvendes et valideret redskab.

Hørings svar til indikator 7a, 7b

Indikator navn: *Akut genhenvendelse, 7 dage og Akut genhenvendelse 30 dage*

Indhold: *Andelen af patientforløb med CFS 5-8, der har en akut genhenvendelse uanset årsag inden for 7 dage/30 dage*

Vedrørende genhenvendelse bemærkes det fra flere høringsparter, at indikatoren giver mest værdi til udvikling af kvalitet, hvis der gives mulighed for tværsektoriel auditering på patientforløbene. Videre bemærkes det, at mål som "tilbage til habituelle funktionsniveau", "niveau af behov for hjælp" eller "indlæggelsestid" på sigt er mere relevante mål.

Styregruppen takker for input til udvikling af det senere indikatorarbejde.

Hørings svar til indikator 8a og 8b

Indikator navn: *Dødelighed 7 dage og Dødelighed 30 dage*

Indhold: *Andelen af patienter med CFS 5-8, der dør inden for 7 dage/30 dage*

Flere stiller spørgsmålstegn til relevansen af at måle på dødelighed for en patientgruppe bestående af ældre på mindst 80 år med høj CFS. Herudover foreslås det, at patienter med CFS 8 ekskluderes.

Vi er i styregruppen opmærksomme på denne problematik. Dødelighed ansues mere som en strukturel indikator, og skal give samarbejdspartnerne omkring patienten (sundhedsklyngerne) opmærksomhed på evt. uønsket eller uforklaret variation på tværs af enheder. Informationerne om dødelighed er desuden baseret på administrative data, og kræver ikke særskilte registreringer. Der vil i tolkningen blive taget højde for casemix i form af stratificerede og/eller justerede analyser på baggrund af udvalgte karakteristika såsom alder, CFS og andre prognostiske markører. Ift. komorbiditet peges der på andre relevante indekser end CCI, hvilket vi er enige i, og arbejder på at anvende.

Der gøres opmærksom på risikoen for dobbeltauditering ift. Databasen for Akutte Hospitalskontakter.

Styregruppen takker for opmærksomheden på dette og tager kontakt til databasen ift. at drøfte dette. Databasernes årsperiode er samstemmende, hvorfor der vil være mulighed for at samtænke auditeringen. Vi vil gerne gøre opmærksom på, at de forskellige databaser har forskelligt sigte i forhold til kvalitetsudvikling. Derfor kan der i forhold til patientbehandlingen også være behov for fokus på forskellige formål og parametre.

Revideret indicatorsæt

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

*indlagt defineres som patientforløb af mindst 12 timers varighed

Bilag 1. Oversigt over høringsparter og indkomne hørings svar

Høringsparter	Afgivet hørings svar (ja/nej)
Sundhedsstyrelsen	Ja
Region Sjælland	Ja
Region Midtjylland	Ja
Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM)	Ja
Dansk Selskab for Patientsikkerhed	Ja
Dansk Ortopædisk Selskab (DOS)	Ja
Lægevidenskabelige Selskaber (LVS)	Dansk Neurologisk Selskab
Dansk Selskab for Geriatri (DSG)	Ja
Ergoterapifagligt Selskab for Geriatri og Gerontologi	Ja
Nationalt Videnscenter for Demens	Ja
Hospitaler, afdelinger og sundhedsfaglige råd Region Hovedstaden	<p><u>Rigshospitalet.</u> <u>Hvidovre Hospital:</u> Fysio-Ergoterapien <u>Amager-Hvidovre Hospital:</u> Afdeling for Medicinske Sygdomme, Afdeling for Hjerte- og Medicinske sygdomme <u>Bispebjerg og Frederiksberg Hospital:</u> Fysio- og Ergoterapiafdelingen</p> <p>SFR Geriatri SFR Kirurgi inkl. Børnekirurgi SFR Ortopædkirurgi</p>
Hospitaler og afdelinger Region Syddanmark	<p><u>Odense Universitetshospital:</u> Fælles Akut Modtagelse <u>Sygehus Lillebælt:</u> Kvalitetsafdelingen <u>Sygehus Sønderjylland:</u> Kvalitetsafdelingen <u>Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus:</u> Økonomiafdelingen <u>Kolding Sygehus:</u> Ortopædkirurgi <u>Kolding Sygehus, Sygehus Lillebælt:</u> Fysio- og Ergoterapi</p>

Hospitaler, afdelinger og specialeråd Region Midtjylland	<p><u>Aarhus Universitetshospital</u>: Ældresygdomme</p> <p><u>Regionshospitalet Gødstrup</u>: Mave- og tarmkirurgisk Afdeling, Medicinsk Afdeling (8 specialer)</p> <p><u>Regionshospitalet Randers</u>.</p> <p><u>Aarhus Universitetshospital</u>: Akutafdelingen, Sundheds-it</p> <p><u>Regionshospitalet Horsens</u>: Akutafdelingen</p> <p><u>Hospitalsenhed Midt</u>.</p> <p><u>Hospitalsenhed Midt</u>: Kirurgi</p> <p><u>Regionshospitalet Gødstrup</u>: Neurologi, Fysio- og Ergoterapi</p> <p>Det Tværfaglige Specialeråd for Akutmedicin i Region Midtjylland</p>
Hospitaler og afdelinger Region Nordjylland	<p><u>Aalborg Universitetshospital</u></p> <p><u>Regionshospitalet Nordjylland</u>: Akutafdelingen (inkl. terapien), Medicinsk Afdeling, Ældre medicinsk Afsnit, Klinisk digitalisering og IT, Kvalitetsenheden</p>
Kommuner	Københavns kommune
Dansk Stroke Register (DanStroke)	Ja
Øvrige indkomne høringssvar	Jakob W. Hendel Troels K. Hansen
Sundhedsdatastyrelsen	Nej
Statens Serum Institut	Nej
Region Hovedstaden	Nej
Region Syddanmark	Nej
Region Nordjylland	Nej
Danske Regioner	Nej
Kommunernes Landsforening	Nej
Dansk Selskab for Intern Medicin (DSIM)	Nej
Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (DSKS)	Nej
Dansk Sygepleje Selskab	Nej
Fagligt Selskab af Kliniske Diætister	Nej
Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri	Nej
Ældresagen	Nej
Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens	Nej

Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud	Nej
Dansk hjertesvigtsdatabase	Nej
Databasen for Akutte Hospitalskontakter	Nej

Sundhedsstyrelsens høringssvar vedr. 'Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed'

Sundhedsstyrelsen har modtaget høringsmaterialet vedr. 'Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed', og takker for muligheden for at kommentere.

Sundhedsstyrelsen bifalder det grundige arbejde, der er gjort, med henblik på etableringen af en klinisk kvalitetsdatabase for ældre med skrøbelighed.

Nedenfor følger Sundhedsstyrelsens overordnede bemærkninger, samt kommentarer til populationsdannelsen, indikatorer og standarder.

Overordnede bemærkninger til populationen

Sundhedsstyrelsen bemærker, at patientpopulationen er afgrænset til patienter over 80 år.

Sundhedsstyrelsen bemærker, at målgruppen for databasen således udgør en gruppe ældre, der forventes også at omfatte mennesker med enten demenssygdom eller kognitive funktionsnedsættelser, som ikke er udredt.

Sundhedsstyrelsen anerkender det hensigtsmæssige i at opstarte databasen med en mindre patientpopulation af hensyn til at sikre høj prævalens af skrøbelighed blandt den screenede gruppe samt understøtte implementeringen, men ser også et behov for at databasen fremadrettet vil inkludere patienter under 80 år. Med den nuværende demografiske udvikling, forventes det at der fremadrettet vil ses flere yngre patienter med sygdomstilstande fx multisygdom, der kan øge risikoen for skrøbelighed. Denne gruppe patienter kan være særlig sårbare idet deres situation kan kompliceres yderligere af udfordringer i forhold til beskæftigelse, hjemmeboende børn mv¹. Af evidensgennemgangen fremgår desuden en anbefaling for screening, hvor det fremgår at systematisk screening anbefales for alle patienter over 70 år, som er indlagt på sygehus, samt for patienter hvis sygdomstilstande øger risiko for skrøbelighed ved en yngre alder. Sundhedsstyrelsen ser gerne på sigt, at yngre patientgrupper også inkluderes i databasen.

Bemærkninger til indikatorer og data

Sundhedsstyrelsen anerkender at det ikke er muligt at indsamle landsdækkende registerdata fra hhv. kommuner og almen praksis til brug for databasen, og dermed inkludere indikatorer i regi af disse. Udfordringen fremgår af Sundhedsstyrelsens strategi 'Forskning til styrkelse af indsatser i det primære sundhedsvæsen'(2022), hvor der bl.a. peges på at der generelt mangler registrering af data på kommunernes sundhedsområde. Sundhedsstyrelsen ser et stort potentiale i at data udenfor sygehusene på sigt kan inkluderes i databasen. Som det fremgår af evidensgennemgangen, kan det være uhensigtsmæssigt at vurdere skrøbelighed hos akut syge

¹ [Anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom, 2023 \(sundhedsstyrelsen.dk\)](#)

patienter, hvorfor retningslinjen fra NICE anbefaler brug af screeningsværktøjer i det primære sundhedsvæsen samt i ambulante regi på sygehusene. Brug af screeningsværktøjer i det primære sundhedsvæsen kan yderligere forventes at have den effekt, at der sættes tidligere ind i udviklingen af et eventuelt akut sygdomsforløb eller udvikling af skrøbelighed hos borgere, og dermed have et forebyggende sigte.

Patient Rapporterede Oplysninger (PRO-data) medtages endnu ikke, men der bør være fokus på mulighederne for, at de indgår her fremadrettet.

Det bør beskrives hvorledes at det understøttes at flere praktiserende læger indberetter til Kvalitet i Almen Praksis (KIAP), herunder om man vil følge op herpå.

Vedr. medicingennemgang

Sundhedsstyrelsen finder det positivt, at medicingennemgang hos ældre med skrøbelighed er kategoriseret som en vigtig indikator, og at området vil blive adresseret i et kommende indikatorset. Medicingennemgang er særligt relevant hos ældre, som er mere følsomme overfor bivirkninger. I Sundhedsstyrelsens anbefalinger for polyfarmaci ved multisygdom (2022) anbefales, at relevante personer med polyfarmaci og multisygdom får tilbudt en medicingennemgang, der som udgangspunkt foregår i almen praksis eller som minimum foregår i tæt samarbejde med almen praksis, der kender personen i stabil fase². En vigtig indikator vedr. medicingennemgang er den, der foregår i almen praksis og det ville løfte anvendeligheden af indikatoren hvis denne også kom med som vurdering af kvalitet. Sundhedsstyrelsen anerkender dog at det kan være svært at lave en indikator for medicingennemgang i almen praksis.

Vedr. delir og antipsykotika

Høringsudkastet har delirium screening som indikator. Sundhedsstyrelsen foreslår at det kan være relevant også at måle på behandling af delirium, da kvaliteten ikke bare er afhængig af screeningen, men også behandlingen – fx om der gives antipsykotika, der ikke rutinemæssigt anbefales til delirøse patienter. Sundhedsstyrelsen finder det vigtigt, at der i arbejdet med databasen er en opmærksomhed på, at det ift. netop ældre mennesker med demens eller demenslignende symptomer kan være vanskeligt at differentiere mellem adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demenssygdom og symptomer på delirium. Dette gør sig særligt gældende i forhold til delirium screening som indikator. I forbindelse med indlæggelse og behandling gør Sundhedsstyrelsen opmærksom på, at der i Demenshandlingsplanen 2025 dels er et mål om at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin til mennesker med demens med 50% samt et mål om at flere skal udredes og 80% skal have en specifik demensdiagnose³.

² [Polyfarmaci ved multisygdom \(sst.dk\)](#)

³ [National handlingsplan for demens - Social-, Bolig- og Ældreministeriet \(sm.dk\)](#)

Region Sjælland

Hermed kommentarer fra Region Sjælland til ”Høring af Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed”.

Helt overordnet finder Region Sjælland, at databasens genstandsfelt er relevant, og regionen vil gerne anerkende styregruppens og RKKP's arbejde at sikre meningsfulde indikatorer og en tydelig databasebeskrivelse.

Der er derudover følgende bemærkninger.

Generelt vedr. Clinical Frailty Score (CFS).

Det primære formål med at indføre en ny screening bør være, hvis der er evidens for, at interventioner på basis af CFS forbedrer behandling og ikke bare er en screening med henblik på at kunne klassificere patienterne. Det er u hensigtsmæssigt, hvis et screeningsværktøj primært indføres for at kunne afgrænse patienter til en database.

I DANFRAIL baggrundsnotat beskrives, at informationer til CFR i vid udstrækning er tilgængelige via indlæggelsesrapport. Dette forudsætter, at den akutte patient i forvejen er kendt af kommunen, hvilket ikke omfatter alle akut 80+.

Ved indførelse af CFS-screening forudsætter reel implementering et tidsforbrug forbundet med ikke kun selve indberetningen, men også oplæring af eksisterende og nye medarbejdere samt indførelse af nye arbejdsgange til håndtering af patienter. Ligeledes skal der også iværksættes IT-løsninger i de anvendte EPJ-systemer.

Inklusionskriterier og indikatorer

Indikatorerne favner hovedsageligt somatiske faktorer, hvor patienter på 80+ i psykiatrien herudover og i lige så høj grad ses med andre udfordringer relateret til skrøbelighed.

Region Sjælland antager ud fra materialet, at både i skadestuer/skadeklinikker og egentlige akutafdelinger er omfattet af databasen – herunder psykiatrien. Derudover bemærkes, at det kan blive en udfordring at afklare grænseflader mellem akutafdelingen og modtagende afdelinger, eftersom disse patienter typisk kun opholder sig få timer i akutafdelingerne inden videre indlæggelse på relevant stamafdeling.

Indikator 1 – screening for skrøbelighed:

Screeningen bør både kunne udføres både i akutmodtagelser og stamafdelingerne, afhængigt af hvad der er hensigtsmæssigt i det enkelte patientforløb. Stamafdelingerne kan dermed følge op fagligt på scoren. Målet bør derfor være, at CFS-screeningen er foretaget inden for 12 timer efter ankomst til hospital og ikke om den er foretaget på en bestemt afdeling.

Alternativt skal data opgøres mere bredt, så stamafdelingerne også indgår i opgørelsesniveauet – og ikke kun ”afdeling for kontaktstart”.

Kvaliteten af CFS-screeningerne og dermed datakvaliteten vil formentlig være afspejlet i kliniker-nes erfaring med og rutine i anvendelsen af instrumentet, hvor et relativt lille patientgrundlag i

psykiatrien, set i forhold til somatikken, vil kunne udfordre opbygningen af et robust erfaringsgrundlag ift. brugen af CFS.

For indikator 1-4 er opgørelsesniveauet beskrevet som "Hospitalsenhed, der modtager patienten (afdeling for kontaktstart)". Patienter holder sig få timer i akutafdelingen, og derfor bør opgørelsen af disse indikatorer være på sygehusniveau. Fx vil mobilisering indenfor 24 timer ikke være i fokus på akutafdelingen. Opgøres data ud fra "afdeling for kontaktstart" kan det i data se ud som om, at patienterne ikke mobiliseres, men i virkeligheden er dette gjort på stamafdelingen.

Indikator 2 – Delir-screening

For psykiatrien ønskes en mere detaljeret screening i forhold til delir. Delir bliver ofte forvekslet med psykiatrisk sygdom, så patienter bliver ofte flyttet mellem somatik og psykiatri, selv om de kunne være blevet i somatikken.

Indikator 4 - Genoplivning

Der er muligvis en definitions-mæssig diskrepans mellem somatik og psykiatri ift. en indlæggelse, hvor "indlagt defineres som en hospitalskontakt af mindst 12 timers varighed". I psykiatrien er patienterne som udgangspunkt indlagt eller akut ambulat.

Indikator 5-8

I forhold til samarbejdet mellem somatisk akutmodtagelse og psykiatri er den systemtekniske understøttelse vedr. udført CFS-screening (i somatisk akutmodtagelse) af afgørende betydning for en efterfølgende opfølgningmulighed (i psykiatrien) på indikator 5-8.

Specifikt ændringsforslag vedrørende indikator 5 – dette er markeret med rødt nedenfor:

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:

- i) patientens behov for ernæring og væske
- ii) kostform
- iii) afhjælpning af risiko-og kostbegrænsende faktorer herunder sikring af mobilisering til stol ifm. måltider (hvor relevant)
- iv) mål for indsats
- v) plan for opfølgning

Ernæringsplan: Hvis medarbejdere skal screene for dette, så vil det have afledt indflydelse på praksis i psykiatrien, da der ikke er nødvendigvis ansat diætister til at udarbejde ernæringsplan til indlagte ældre patienter eller fx beriget kost eller dysfagi-kost til rådighed.

Øvrige bemærkninger til inklusion og indikatorer

Der efterspørges en præcisering af hvornår de enkelte indikatorer ikke er relevante, fx:

- Hvis patienten dør indenfor få timer efter ankomst, ekskluderes de da fra opgørelsen?
- Styregruppen bør på sigt overveje at indføre en indikator, der har fokus på faldrisiko, da det har indflydelse på mange af de andre parametre/indikatorer.

Region Midtjyllands Kvalitetsforum

Her følger en tilbagemelding fra Region Midtjyllands Kvalitetsforum på baggrund af de faglige høringsvar fra Region Midtjylland:

Region Midtjyllands Kvalitetsforum (bestående af bl.a. repræsentanter fra direktionen og hospitalsledelserne fra hvert af regionens hospitaler) har behandlet høringsmaterialet vedrørende Skrøbelighedsdatabasen samt de faglige høringsvar fra regionens afdelinger.

Kvalitetsforum bakker samlet set op om etableringen af databasen på vegne af Region Midtjylland. Grundlaget herfor er blandt andet, at databasen og indførelse af en screening for skrøbelighed understøtter transformationsdagsordenen. En skrøbelighedsscore giver mulighed for at målrette behandlingen til den enkelte patient og undgå overbehandling. Skrøbelighedsscoren skaber desuden et fælles sprog om patienten, der også kan anvendes i dialog med bl.a. kommunen.

Kvalitetsforum anerkender de faglige opmærksomheder i høringsvarene og opfordrer databasens styregruppe til at arbejde videre med de konkrete konstruktive ændringsforslag.

Der bliver behov for en trinvis implementering, da der på tværs af afdelingerne forestår en opgave med at aftale og tilrette opgaver og arbejdsgange omkring skrøbelighedsscoren samt de opfølgende handlinger den afføder. Vi forventer derfor at RKKP tager højde for dette i kommende udmeldinger om databasen.

Til orientering er det aftalt, at der som grundlag for implementeringen af databasen i Region Midtjylland afholdes nogle rådslagninger med akutafdelingerne og de geriatriske afdelinger om de arbejdsgange databasen medfører og hvordan implementeringen bedst understøtter værdien for patienterne og de involverede afdelinger.

Høringssvar fra DASEM vedrørende Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed (DANFRAIL)

Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM) takker for muligheden for at kommentere på udkastet til den nye RKKP database "Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed (DANFRAIL)".

Først og fremmest hilser vi det overordentlig velkomment, at RKKP vælger at sætte fokus på behandlingen af den voksende gruppe af ældre, skrøbelige patienter, der indlægges gennem akutafdelingerne.

Vi er imidlertid bekymret ved valg af navnlig procesindikatorerne, som medfører nyt og ikke ubetydeligt ekstra registreringsarbejde ved akutte kontakter. Som vi ser det, vedrører 6 ud af 8 indikatorer processer, der enten forventes altid skal varetages i akutmodtagelsen eller ofte skal varetages i akutmodtagelsen. Man skal være klar over, at de ekstra ressourcer, der afsættes til registrering, går fra noget andet. Det forpligter os på at sikre, at det nye vi indfører, kommer patienterne til gavn. Ressourceforbruget på registrering risikerer i modsat fald, i sig selv at have negativ indvirkning på tid til udredning og behandling af den store gruppe af akutte patienter, herunder også målgruppen for denne database

Vi er særlig opmærksom på indførelsen af CFS hos alle akutte patienter >80 år. Som det også fremgår af dokumentalistrapporten, er CFS, ligesom alle andre skrøbelighedsværktøjer, hyppigst valideret som en prognostisk model. At fastlægge risiko og prognose er kun til gavn for patienten, hvis risikoen er modificerbar på baggrund af den fastlagte risikomarkør. Der er ikke i dokumentalistrapporten givet eksempler herpå og der er ikke fremlagt evidens for at registrering af CFS i sig selv forbedrer prognose og outcome for patientgruppen.

Vi bemærker også, at det af dokumentalistrapporten fremgår, "at man bør udvise påpasselighed med at vurdere skrøbelighed hos akut syge patienter, og at man ikke bør bruge et værktøj, som forudsætter måling af fysisk formåen som en indikation for skrøbelighed ved pågående akut sygdom eller skade".

Det fremgår også, at man i de foreliggende studier af overensstemmelse mellem CFS udført i forbindelse med triagering ved ankomst til akutafdelingen og CFS udført, når det besluttes at indlægge patienten, "fandt dårlig korrelation imellem de 2 scoringer og markant bedre prædiktive egenskaber for indlæggelses-CFS'en end for triage-CFS'en."

Vi mener altså ikke, at den aktuelt foreliggende evidens berettiger indførelse af ny arbejdskrævende registrering af CFS ved starten af alle akutte hospitalskontakter og vi mener heller ikke, det er en relevant

markør for behandlingskvalitet på nuværende tidspunkt. Vi vil anbefale, at man afventer yderligere forskning i en relevant dansk sammenhæng

Indtil et bedre vidensgrundlag foreligger, vil vi derfor anbefale, at man gentænker indikatorsættet. Vi vil specielt anbefale, at man i første omgang i forbindelse med igangsætning af databasen alene vælger indikatorer, hvor data kan trækkes ud fra de allerede eksisterende registreringer.

Vi kan anbefale at man i den forbindelse lader sig inspirere af den tilgang, man har haft i Databasen for Akutte Hospitalskontakter.

Afslutningsvis vil gerne gentage, at vi finder databasen helt relevant og DASEM stiller sig meget gerne til rådighed med rådgivning og dialog, så vi sammen kan udvikle et relevant indikatorsæt til gavn for patienter og det sammenhængende sundhedssystem

På vegne af Dansk Selskab for Akutmedicin

Henrik Ømark

Formand

Dansk Selskab for Patientsikkerheds høringsvar til Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed

Dansk Selskab for Patientsikkerhed (herefter PS!) takker for muligheden for at afgive svar til kvalitetsdatabasen for ældre med skrøbelighed. PS! var ikke en del af opstartworkshoppen i 2021 og var heller ikke repræsenteret i databasens styregruppe.

Grundlæggende ser PS! det som positivt, at man løbende indsamler og monitorerer data om behandlingskvaliteten for patienter og borgere med henblik på at igangsætte tiltag forbedringstiltag. PS! mener dog også, at det skal ske med omtanke og at indsamlingen af data samlet set skal forbedre kvaliteten af behandlingen til borgerne, men også at ressourcerne i sundhedsvæsenet anvendes så effektivt som muligt, så personale ikke oplever at der indsamles de samme data og indikationer på behandlingskvaliteten flere gange, flere forskellige steder og via flere forskellige databaser i sundhedsvæsenet.

I forhold til DANFRAIL er PS! dels bekymret for, at allerede etablerede databaser indsamler mange af de data, der skal være en del af DANFRAIL. Mange af de data, der lægges op til at indsamle på patienterne omfattet af databasen, bliver i forvejen indsamlet via geriatri-databasen og hoftenære-frakturaer-databasen. Man kunne med fordel have set på at samkøre disse data.

Overvejelsen omkring kun at fokusere indikatormonitoreringen på hospitalssektoren har PS! forståelse for, da kommunerne ikke har den samme infrastruktur til indsamling og monitorering af data. PS! mener dog ikke at det giver mening at introducere en scoringsalgoritme alene på hospitalerne. Mange af de ældre med skrøbelighed vil have været i et forløb før de kommer på hospitalet og mange af de indikationer, der ligger i databasen, der skal bruges til at iværksætte handlinger for at opretholde et højt behandlingsniveau for patienter og borgere på hospitalerne, vil allerede være iværksat i kommunerne.

Mange af indikationerne på mulige handlinger vil derfor ligge i kommunerne og PS! ser derfor for sig, at hospitalerne alligevel vil efterlyse relevante data fra kommunerne. Data som kommunerne vil have dokumenteret på anden vis. Der anvendes i kommunerne f.eks. værktøjer til tidlig opsporing. Derfor er der fare for en masse ekstra dataregistrering, overlevering – og måske også dobbeltbehandling - fordi der ikke køres med en samlet database på tværs af sundhedsvæsenet. Af hensyn til anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer bør indførelse af nye scoringsværktøjer derfor overvejes.

På vegne af Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Inge Kristensen
Direktør

Dansk Selskab for Patientsikkerhed
20. sept, 2023

Dansk Ortopædisk Selskab (DOS)

Hermed høringsvar til "Dansk Kvalitetsdatabase for ældre med skrøbelighed"

Godt initiativ og en flot gennemarbejdet database. Vi har kun enkelte kommentarer.

I skriver i jeres formål:

"Styregruppen har med udgangspunkt i den foreliggende evidens og en helhedsorienteret tilgang valgt et indikatorsæt bestående af 8 indikatorer, der skal monitorere og forbedre kvaliteten i behandlingen af ældre på mindst 80 år med skrøbelighed"

Vi stiller spørgsmål til om mortalitet inden 7 og 30 dage er den bedste måde at vurdere kvaliteten på når populationen består af en patientgruppe på +80år med en høj CFS (5-8), og om det overhovedet er et mål i sig selv med lav mortalitet for de mest skrøbelige, hvis man f.eks. har fravalgt genoplivning ifm stillingtagen til behandlingsniveau?

Vi ser "genindlæggelse indenfor 7 dage" som i har valgt, samt "tilbage til habituelle funktionsniveau", "niveau af behov for hjælp" og "indlæggelsestid" som mere relevante mål som kvalitet af behandlingen. Det er de parametre, der bekymrer patienterne, og ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv giver de vigtigste informationer om ressourceforbrug. Det betyder selvfølgelig ikke, at mortalitet ikke kan registreres i databasen

Selvom DOS hilser forbedringer af behandlingskvaliteten for skrøbelige ældre velkommen, bør man have fokus på ressourceforbruget ved indsamling af data i et sundhedsvæsen, der er presset på ressourcer. Man bør derfor have fokus på data, der allerede indsamles og er tilgængelige og ikke tilføje en række nye scores og vurderinger, der tager yderligere ressourcer fra det behandlende personale.

Dansk Neurologisk Selskab

Høringskommentarer på klinisk kvalitetsdatabase for ældre med skrøbelighed.

Tak for muligheden for at indgive høringssvar på DanFrail. Dansk Neurologisk Selskab har udelukkende deltaget i den første workshop i september 2022 som var af eksplorativ karakter.

Andelen af patienter over 80 år udgør en væsentlig andel af akutte patienter i neurologien.

Kommentarer på den enkelte indikatorer:

Andelen af patientforløb, hvor patienten er mindst 80 år, der bliver screenet med Clinical Frailty Score (CFS) ved kontaktstart (1):

I neurologien anvendes CFS ikke. Der er således lagt op til et nyt screeningsværktøj som skal implementeres. CFS skal procedurekodes hvilket giver en yderligere arbejdsgang. Desuden er så vidt som vi kan vurdere CFS underlagt copyright hvilket kan vise at give fremtidige problemer. Copyright bør afklares. Vi er bekymret for lav indberetning.

Delir-screening (2): Udføres i neurologien på udvalgte patienter. Disse data skal også registreres som procedurekoder/diagnosekoder.

ADL vurdering (3):

Alle relevante patienter får vurderet ADL funktion, men ikke i struktureret form. Kun relevante patienter får udarbejdet GOP. Punktet lægger op til en væsentlig øgning af vurdering af terapeuter, hvilket er en knap ressource i almen neurologisk regi. Igen vil det fordrer en formentlig manuel indtastning.

Stillingtagen til genoplivning <24 timer (4) og registrering af dette som en SKS-kode. Vi registrerer data om genoplivning, men ikke som en SKS-kode.

Mobilisering (5)

Alle neurologiske patienter mobiliseres så snart tilstanden tillader det. Det registreres i prosa og ikke som SKS kode

Ernæringsplaner (6)

Udarbejdelse af ernæringsplan og registrering af denne med SKS kode. Ernæringsplaner udarbejdes i hht. vejledninger, men registreres ikke med SKS kode

Samlet set finder Dansk Neurologisk Selskab at DanFrail lægger op til en betydelig ekstra arbejdsmængde i andre specialer end Geriatri. Vi foreslår at man i første omgang indfører indikatorerne i geriatrik regi, evaluerer på udbyttet inden det implementeres for alle +80årige.

Dansk selskab for Geriatri

Kære Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed

Jeg fremsender hermed høringssvar på vegne af dansk selskab for geriatri.

Vi roser styringsgruppen for det kæmpe arbejde. Det er meget vigtigt med fokus på den ældre skrøbelige patient med mange sygdomme

Vi anerkender at det at finde relevante indikatorer, der ikke er tidskrævende, kan trækkes nemt fra allerede eksisterende data, er en meget vanskelig opgave. Vi synes som udgangspunkt at styringsgruppen har udfærdiget et fornuftigt forslag til en database.

Vi har følgende kommentarer:

Indikator 1. Screening for skrøbelighed

Det bliver en stor opgave at få andre afdelinger ind i en god vane med at screene for skrøbelighed. CFS synes at være den bedste til det formål. Man må forvente en lang opstarts fase.

Indikator 2. Deliriumscreening

Det største problem, ud over rent faktisk at få screenet patienterne, er at få kodet tidstro.

Indikator 3. Tidlig mobilisering

Obs at få kodet tidstro

Indikator 4. Genoplivning

At der i stedet for genoplivning, skal stå vurdering af behandlingsniveau.

Behøver det være indenfor 24 timer, måske 48t.

Ingen kommentarer til følgende punkter

Indikator 5. Ernæringsplan

Indikator 6. ADL

Indikator 7a. Genhenvendelse, 7 dage

Indikator 7b. Genhenvendelse, 30 dage

Indikator 8a. Dødelighed, 7 dage

Indikator 8b. Dødelighed, 30 dage



Den 15. september 2023.

Høringssvar fra Ergoterapi Fagligt Selskab for Geriatri og Gerontologis bestyrelse vedrørende ny Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed: DANFRAIL.

Vi takker for at være høringspart og samtidig vil vi også meget gerne kvittere for, at vi som Ergoterapi Fagligt Selskab har to pladser i styregruppen til DANFRAIL.

Vi ser meget positivt på forslaget til indikatorerne i den nye database og har store forhåbninger til at databasen også kan få fodfæste i det kommunale område. Især er vi meget tilfredse med indikator 6 vedr. ADL. Vi finder, at netop ADL-området er helt afgørende for målgruppens funktionsevneniveau og dermed essentielt for vurderinger af den samlede livssituation for målgruppen. CFS= Clinical Frailty Scale støtter vi ligeledes op om som fundament for indikatorerne.

Vi mener desuden, at dysfagi bør inddrages som indikator, når der foreligger evidens og at der særligt indenfor ergoterapi, arbejdes med at bidrage til dette. Ligeledes at vi ved at det er hyppigt optrædende ved ældre patienter.

Mange af indsatserne i forhold til den skrøbelige geriatriske patient breder sig over sektorgrænserne og en stor del af behandling, genoptræning og rehabilitering til målgruppen foregår i primærsektoren. Det fremgår imidlertid ikke af høringsmaterialet, hvordan man konkret vil inddrage primærsektoren i den nye database. Undervisning/formidling til alle faggrupperne i CFS vil fx være væsentlig.

Vi vil derfor opfordre til, at der laves en grundig implementeringsindsats – gerne med inddragelse af relevante aktører fx KL således, at forankringen styrkes. Vi ser med tilfredshed på, at den nye database skal være tværfaglig og vi forventer og håber, at de gode intentioner i DANFRAIL i høj grad vil kunne forbedre de samlede indsatser til ældre skrøbelige borgere/patienter.

Vi bifalder generelt det visionære i, at der ønskes etableret en tværdisciplinær, tværsektoriel og tværfaglig database, da dette samlet set vil udgøre grundlaget for at forbedre kvaliteten i indsatserne til den ældre skrøbelige og ofte multisyge borger/patient.

Vi ser frem til at følge arbejdet med DANFRAIL.

På vegne af bestyrelsen for Ergoterapi Fagligt Selskab for Geriatri og Gerontologi

Lotte Kofoed Hansen

Til
RKKP

Neurocentret

Nationalt Videnscenter for
Demens,
Rigshospitalet, afsnit 8007
Inge Lehmannsvej 8, st.
2100 København Ø

Mail: vide@regionh.dk
Tlf. +45 3545 6922

Dato: 25. september 2023

Vedrørende høring om ny database for ældre med skrøbelighed (DANFRAIL)

Mange tak for invitationen til at deltage i høringen om den nye danske database for den ældre skrøbelige patient. Vi hilser initiativet velkommen, da der er nogle helt særlige forhold for den ældre skrøbelige patient, som man i behandlingen skal tage hensyn til.

At højne den kliniske kvalitet for målgruppen af ældre skrøbelige patienter er vigtig, men baseret på beskrivelsen af indikatorerne synes det svært at vurdere, hvordan kvaliteten optimeres, da de angivne indikatorer set i vores optik er minimums standard ved en hver indlæggelse for den ældre patient uagtet patientens skrøbelighedsgrad.

Ønskes det imidlertid at lave en vurdering af skrøbelighed er der en række opmærksomhedspunkter, vi mener det er vigtigt at adressere.

Det er en stor klinisk udfordring at vurdere det habituelle funktionsniveau og tilstanden hos den ældre patient i den akutte fase. Det gør behandling af denne patientgruppe særligt komplekst, da patienter i denne fase ofte er kognitivt påvirket grundet den akut opståede sygdom, uanset om patienten har en demensdiagnose eller ej.

I høringsmaterialet foreslås det, at Clinical Frailty Scale (CFS) er udgangspunktet for vurdering af patienten i forbindelse med en akut indlæggelse. Skalaen har i flere studier været anvendt som prognostisk indikator for det videre forløb og har vist sig god til prædiktion af mortalitet, når der er valide og tilstrækkelige oplysninger om habituel tilstand hos patienten. Som systematisk screeningsredskab i en akut setting er det vores vurdering at CFS ikke velegnet, hvilket også senest er vurderet af DSAM i deres vejledning fra 2023 om den ældre skrøbelige patient (<https://www.medicin.wiki/wp-content/uploads/2023/09/den-aeldre-skrobelige-patient.pdf>). CFS er en klinisk vurdering, som kræver tilgængelighed af diverse informationer og kendskab til habituel funktion.

Vælges CFS alligevel som udgangspunkt for den kliniske kvalitetsdatabase er der en række opmærksomhedspunkter ved anvendelsen af CFS, vi ønsker at der tages stilling til ved implementeringen.

1. Muligheden for valide oplysninger fra patienten
2. Inddragelse af pårørende
3. Mulighed for indhentning af opdaterede og valide oplysninger fra andre kilder fx kommuner og almen praksis
4. Kompetencer til at foretage klinisk vurdering af skrøbelighed

Ad 1. Der kan være risiko for at patienten i en akut situation ikke er i stand til at give valide oplysninger og måske endda giver misvisende oplysninger. Særligt patienter med demens vil i mange tilfælde ikke

kunne svare på spørgsmål om funktionsniveau og sygdomsgrad. Konsekvensen heraf kan være en fejlagtig vurdering af patienten ift. CFS. Dette kan både være i retning af en betydelig bedre funktion fordi patienten fx grundet manglende sygdomsindsigt fejlvurderer eget funktionsniveau, men patienten kan også fremstå betydeligt dårligere end tilfældet er habituel. Demens er i Danmark underdiagnosticeret og vi ved derfor, at patienter med kognitiv svækkelse ofte går under radaren i indlæggelsessituationen og det er derfor ikke tilstrækkeligt at have fokus på, hvor patienten placeres på skalaen, når der er viden om demens.

Ad 2. Særligt i situationer, hvor patienter mangler sygdoms indsigt, er det meget vigtigt at inddrage de pårørende i vurderingen. Det fremgår ikke af den danske CFS, at pårørende systematisk skal inddrages (er beskrevet i engelsk vejledning). Vi finder det derfor vigtigt, at det præciseres at pårørende altid skal inddrages i processen og at dette fremgår tydeligt af indikatoren. Der skal således også præciseres handleanvisninger i tilfælde, hvor pårørende ikke er der eller ikke har kontakt til pågældende.

Ad. 3. I høringsmaterialet angives det, at informationerne til vurdering af af CFS i vid udstrækning er tilgængelige via indlæggelsesrapport og primær journal. Ud fra vores erfaringer fra projektet "Demensvenlige Sygehuse" (<https://videnscenterfordemens.dk/da/demensvenlige-sygehuse-0>), som var et projekt vi koordinerede for Sundhedsministeriet fra 2017-2019 er det vores vurdering, at dette ikke gør sig gældende. Vores erfaring er, at oplysninger fra kommunalt regi ikke altid er opdaterede eller er mangelfulde eksempelvis ift. funktionsniveau. Ligeledes indeholder indlæggelsesrapporten ikke nødvendigvis tilstrækkelige oplysninger, om eksempelvis kognitivt funktionsniveau. Der er naturligvis sket en udvikling siden 2019, men baseret på vores fortsatte samarbejde i det nationale netværk for demensvenlige sygehuse er det indtrykket, at dette fortsat er en stor udfordring.

Ad 4. CFS er en kompleks klinisk vurdering, som kræver indsigt i patienten og faglige kompetencer til at foretage en helhedsvurdering af patienten på linie med en geriatrisk vurdering. Det er vores bekymring om en så kompleks vurdering kan foretages i en akut situation af fagpersonale, der ikke har forudgående kendskab til patienten. En klinisk setting med mange forskellige fagligheder og hyppigt skiftende personale og opgaver, er helt anderledes end den forskningssetting hvor CFS er afprøvet og valideret i dansk regi. Der er derudover lagt op til at vurderingen skal registreres og følge patienten i det videre forløb samt være udslagsgivende for en række tiltag – også efter udskrivelsen. Det kan være svært problematisk, hvis vurderingen er foretaget på et utilstrækkeligt grundlag.

Samlet set hilser vi det velkommen, at der sættes fokus på kvalitet ift. en række faktorer som mobilisering, ernæringstilstand, ADL- funktion og ikke mindst medicingennemgang til den ældre skrøbelige patient. Men vi mener ikke, at CFS er en god metode til at identificere, hvilke patienter der skal sikres en højere kvalitet på ovennævnte faktorer. Det er vores vurdering, at disse faktorer vil være af afgørende betydning for langt hovedparten af de ældre patienter, der indlægges akut.

Vi står naturligvis til rådighed, hvis der skulle være behov for en yderligere afklaring fra vores side. Ved spørgsmål er I velkomne til at kontakte Ann Nielsen, programleder ved Nationalt Videnscenter for Demens (ann.nielsen.03@regionh.dk).

Med venlig hilsen

Gunhild Waldemar
Professor, overlæge, dr.med.
Leder af Nationalt Videnscenter for Demens

Elsebeth Glipstrup
Udannelseskonsulent

Ann Nielsen
Programleder, ph.d.

Høringskommentarer på klinisk kvalitetsdatabase for ældre med skrøbelighed.

Hørings svar fra Rigshospitalet.

Kommentarer på de enkelte indikatorer:

Der er lagt op til at patienter i målgruppen skal:

1. Vurdering med: **Clinical Frailty Score (CFS)** og **Delir-screening**. Disse data skal så registreres som procedurekoder/diagnosekoder. I neurologien benytter vi kun i meget begrænset omfang disse screenings-/scoring-værksøjer.
2. **ADL-vurdering** og registrering af denne. Vi ADL vurderer relevante pt., f.eks. i forbindelse med GOP. Men ikke alle pt. >80 år. Vi registrer ikke rutinemæssigt ADL registrering som en procedurekode.
3. Registrere **mobilisering** med procedurekode. Dette registrer de neurologiske afd. for stroke-patienter, som led i RKKP databasen DanStroke. Men det registreres ikke for neurologiske pt. med andre diagnoser.
4. Stillingtagen til **genoplivning** <24 timer og registrering af dette som en SKS-kode. Vi mener ikke, at evidensrapporten underbygger at dette skal ske <24 timer. Vi registrer data om genoplivning, men ikke som en SKS-kode.
5. Udarbejdelse af **ernæringsplan** og registrering af denne med kode i LPR. Vi udarbejder ernæringsplaner i hht. vejledninger, men registrer ikke dette med procedurekoder i LPR.

Indsamlingen af data fra neurologiske afd. ville som det fremgår ovenfor, medføre meget lav datakomplethed. Hvis databasen skulle give mening i forhold til at monitorere kvaliteten på området, ville der være behov for, at de neurologiske afd. indførte en række nye arbejds gange.

Samlet set medfører oplægget til indikatorer derfor et væsentligt øget tidsforbrug for plejepersonale og fysio-/ergoterapeuter, samt ikke mindst en væsentlig øget registreringsopgave. Dette vil i vid udstrækning også involvere sekretærer.

Vi finder, at det er vigtigt kontinuerligt at styrke indsatsen i forhold til de skrøbelige ældre patienter, men vi vurderer også, at ressourceforbruget i forslaget langt overstiger hvad, der på kort tid kan allokeres til denne opgave.

Vi efterspørger en analyse af ressourceforbruget, og om hvordan det øgede ressourceforbrug står mål med det forventede udbytte for de skrøbelige ældre patienter, gerne set i forhold til evt. andre indsatser.

Øvrige kommentarer:

Databasen er planlagt til at dække alle patienter ≥ 80 år med en akut kontakt til hospitalsvæsenet. Mhp. at vurdere volumen og ressourceforbrug ville det være relevant at have tal for antallet af akutte kontakter, både akutte amb. og indlagte forløb.

Der er defineret 8 indikatorer, foreløbigt er der ikke defineret standarder.

Indenfor neurologien udgør databasens målgruppe en ikke ubetydelig del af patienterne. Det kan ikke ses, at specialet har været repræsenteret i det foreløbige arbejde.

Andet:

Det er et rigtigt godt initiativ, og sammen med skrøbelighed er der udvalgt indikatorer såsom delirium, mobilisering, ernæringsplan, ADL funktion, som er helt relevante at arbejde mere med i praksis i forhold til de ældre patienter. Desværre anskues skrøbelighed primært fysiologisk, og de medtager ikke at en kognitiv dimension også er relevant i relation til vurdering af frailty, hvilket i praksis er meget relevant til at imødegå patienternes samlede behov. En kort screening ved f.eks. MiniCog test (5 min) kan give indikation på kognitiv dysfunktion.

Databasen vil kun inkludere patienter, som indlægges på akutmodtagelser og akutte indlæggelser. Det betyder, at vores elektive patienter til f.eks. TAVI eller PCI ikke medtages.

Databasen vil inkludere patienter fra 80 år. ESC anbefaler i et Consensus Document fra 2022 (se vedhæftede) at alle patienter ≥ 70 år med akutte og kroniske kardiologiske sygdomme bør screenes for skrøbelighed. Det er også vores erfaring gennem mere end 10 år at yngre patienter kan være skrøbelige ved f.eks. flere samtidige sygdomme.

Fysio-Ergoterapien, Hvidovre Hospital

Jeg finder det meget relevant at denne RKKP database etableres. Det bliver specielt spændende at se samspillet med RKKP databaser for patienter med hoftefraktur, da det jo også er en skrøbelig ældre population.

DANFRAIL- er spændende da den har et tværfagligt fokus som for denne patientgruppe er væsentligt, dog er det meget bekymrende at den ikke fra start medtager tværsektorielle indikatorer på funktionsevnen- det er netop et issue som kommunerne følger op på ifht disse ældre borgere.

Vi taler alle om patient/borgerforløb og der for er det nødvendigt at kunne monitorere på tværs af sektorer. Der findes allerede en RKKP database CPOP for børn og unge med CP som går på tværs af sektorer- så det er muligt og specielt inden for terapeutområdet vil det være meget ønskeligt.

I høringsoplægget til Indikator 6: ADL anbefales at anvende Barthel, AMPS eller Katz ADL- der må dog gøres opmærksom på at AMPS er et amerikansk udviklet outcome redskab, der nu er gået konkurs- således kan der ikke længere afholdes kurser af AMPS -Danmark hvor certificering for nye brugere- eller re-certificering blev opnået.

Indikator 5: ernæringsplan, rigtig relevant- der mangler dog tydelig opmærksomhed på dysfagi-problematikker for disse ældre borgere.

Indikator 3: tidlig mobilisering, Meget relevant fokus, som er tværfagligt det er med i kerneopgaverne for sygeplejen ud fra Fundamentals of care og hos fysio-ergoterapeuter ifht. til deres kerneområder. - Det er dog vigtigt at denne indikator videreføres i kommunal sektor så borgerne fortsætter med at blive mobiliseret, samt gang og funktionel træning.

Så alt i alt en meget velkommen database, men stærkt bekymrende at der ikke er medtaget tværsektorielle monitoreringsdata for funktionsevne ADL og mobilisering.

Venlig hilsen Jette Christensen, chefterapeut
Fysio-ergoterapien, Hvidovre Hospital

Afdeling for Medicinske sygdomme og Afdeling for Hjerte- og medicinske sygdomme, Amager-Hvidovre Hospital

Hørings svar på vegne af Afdeling for Medicinske Sygdomme og Afdeling for Hjerte- og Medicinske sygdomme, Amager-Hvidovre Hospital vedr. Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed – DANFRAIL

Overordnet finder vi det særdeles positivt, at der med den nye database Danfrail landsdækkende sættes fokus på behandlingskvaliteten for ældre patienter med skrøbelighed.

Afgrænsningen af databasens patientgruppe til alle akut indlagte patienter på 80+ år findes velvalgt.

Valg af Clinical frailty scale som værktøj til identifikation af skrøbelighed vurderes relevant, dog må forudses et stort implementerings- og oplæringsarbejde, idet personale i samtlige Akutmodtagelser skal oplæres i korrekt scoring med instrumentet. Afgørende for databasens succes vil være implementering af CFS i daglig klinisk praksis, døgnet rundt.

De 5 valgt kliniske procesindikatorer: delirscreening, tidlig mobilisering, stillingtagen til genoplivning, ernæringsplan, ADL vurdering findes relevante jvf afspejler elementer af comprehensive geriatric assessment.

Vedrørende tidsrammen for hvornår vurderingen vedr genoplivning skal foretages bedes Styregruppen vurderer om et generelt krav på indenfor 24 timer er relevant. Man kan bekymre sig om hvorvidt det er praktisk muligt indenfor 24 timer - på et ordentlig niveau - at drøfte dette med patient og pårørende, hvorfor en tidsramme på indenfor 48 timer kunne være mere rimelig. Hos svært akut syge må der naturligvis straks tages stilling.

Det bemærkes, at der endnu ikke er fastsat standarder for god kvalitet for de enkelte indikatorer, men skal nok planlægges progredierende efterhånden som indikatorerne bliver implementeret.

Vigtigt at der fra Styregruppen i beskrivelsen af de enkelte indikatorer meget tydeligt fremgår, hvad der skal til for at indikatoren kan kodes som opfyldt.

Implementering og oplæring i brug af de foreslåede instrumenter fx B-CAM, Barthel 100 vil være krævende, da disse instrumenter næppe rutinemæssigt bruges i landets Akutmodtagelser eller i alle typer af medicinske sengeafsnit, omend geriatriske sengeafsnit har erfaring med disse vurderinger.

Også praktisk gennemførelse af procedurekodning for de enkelte screeninger/vurderinger vurderes udfordrende.

Der bliver behov - centralt eller lokalt - for en nøje beskrivelse af hvilke faggrupper, der har ansvar for udførelse af CFS scoring og de enkelte procesindikatorer samt registrering af procedurekoder.

Udarbejdelse af informations/undervisningsmateriale centralt fra Styregruppen ville være til stor hjælp. Det bemærkes i den forbindelse med tilfredshed at Dansk Selskab for Geriatri planlægger e-learning i CFS via selskabets hjemmeside. Målgruppen her er dog nok for snæver jvf at CFS skal bruges af Akutmodtagelsernes personale og ikke kan forventes håndteres af geriatere alene.

De 2 resultat indikatorer: genhenvendelse og dødelighed vil dels kunne anvendes til nyttig beskrivelse af populationen, dels måske som kvalitetsmål. Dog svært at sammenligne dødelig mellem ældre med mild skrøbelig og de mest skrøbelige ældre i den allersidste del af livet. Derfor såfremt dødelighed ønskes brugt som kvalitetsmål, da overveje opdeling i CFS grupper, når afdelinger sammenlignes.

Overordnet vil databasens succes i forhold til at bedre kvaliteten af behandlingen af den ældre skrøbelige patient, afhænge af at data ikke blot registreres og kodes, men kommer til at indgå som vigtige kliniske vurderinger medførende justering af behandlingsplanen for den enkelte skrøbelig ældre patient.

Således skal tidlig identifikation af skrøbelighed anvendes klinisk i det enkelte patientforløb medførende en samlet tværfaglig behandlingsplan.

Ligeledes afgørende at identifikation af fx delir eller mobiliseringsproblemer hos den enkelte patient medfører handlingsplan til bedring/optimering af tilstanden.

Hensigtsmæssigt om dette kunne understreges endnu tydeligere fra Styregruppens side, gerne med anvisninger om handling ved identificeret problem.

Det vurderes at der samlet set forestår en stor implementeringsopgave på hospitals- og afdelingsniveau, der vil kræve ledelsesforankring.

Ligesom det vil være en ledelsesopgave at sikre opfølgning på databaseresultaterne, når de begynder at komme til de enkelte hospitaler/afdelinger.



Hørings svar vedr. Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed

Først og fremmest vil vi gerne anerkende det store arbejde der er udført i forbindelse med udarbejdelse af indikatorsættet og DANFRAIL som database, herunder den ”forsigtige” opstart med få indikatorer – Det er et vigtigt tiltag som bliver virkelig spændende at følge.

Input i dette høringssvar tager afsæt i det udsendte dokument ”*Dataindberetning for patientgrundlag og indikatormonitorering – Høringsversion*” og dertil baseret på Morten Tanges mangeårige erfaringer som Danske Fysioterapeuters repræsentant i RKKP-databasen Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud.

Generelle input ift mulighed for at anvende koden ”ingen indikation”

For en række indikatorer er det muligt at anvende koden ”ingen indikation”. Samme har tidligere været muligt i hoftefraktur databasen for en række indikatorer som eks. tidlig mobilisering og faldudredning. Erfaringerne ift anvendelse der var en meget stor variation på tværs af afdelinger og for flere indikatorer, blev den anvendt i langt højere grad end vurderet relevant af styregruppen, patientgruppen taget i betragtning.

Af samme grund er den mulighed nu fjernet for alle indikatorer (genoptræningsplan undtaget, men her er standard sat til 95% og generelt opfyldt) i hoftefraktur databasen og i stedet indarbejdet med lidt margen ift standard for de enkelte indikatorer. Eksempelvis for Mobilisering indenfor 24 timer efter operation er Standard sat til Mindst 90%.

Vi vil derfor meget anbefale at mulighed for at anvende koden ”ingen indikation” begrænses mest muligt i DANFRAIL, for de valgte indikatorer. Så må man på sigt fastsætte standarder for målopfyldelse hvor der tages højde for at dette sjældent kan være 100%.

Specifikt ift indikator 1:

Skrøbelighed	1	Andelen af patientforløb, hvor patienten er mindst 80 år, der bliver screenet med Clinical Frailty Score (CFS) ved kontaktstart
---------------------	---	---

Hvis forstået korrekt så er det CFS-scoren forud for den akutte indlæggelse der skal optages.

Hvis korrekt så anbefales det at dette præciseres i diverse dokumenter så der ikke er nogen tvivl om dette for klinikerne der skal optage den.

Dette baseret på erfaringer fra optagelse af indikatoren Cumulated Ambulation Score (CAS-scoren) forud for aktuel hoftefraktur. Her var det ikke præciseret ved implementering at det var forud for der skulle optages. Indrapportering viste tydeligt at scoren nogen steder blev indrapporteret som en her og nu score ved indlæggelse med markant lavere basismobilitets score til følge.

Dette er nu klart præciseret på diverse hoftefraktur dokumenter



Specifikt ift Indikator 3.

Tidlig mobilisering 3

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

Ift. tidlig mobilisering så koden ”ingen indikation for tidlig mobilisering” beskrevet anvendt til patienter der afventer operation

Her vil det være oplagt at registrere indikator som mobiliseret indenfor 24 timer efter operation (som for hoftefrakturforløb), så dette registreres både for ikke kirurgiske og kirurgiske forløb.

Uanset om der gås videre med den model så anbefales det at der i stedet for at registrere tidlig mobilisering som en dikotom ja/nej indikator sættes fokus på graden af mobilitetsevne som jo kan være alt fra lige akkurat at komme til stående ved sengen og tilbage i seng versus frit gående på afdelingen

Her vil det være oplagt at anvende CAS scoren der vurderer niveau for 3 helt basale aktiviteter: ud/ind af seng, rejse/sætte sig i stol og gang indendørs.

I hoftefrakturdata-basen indgår CAS før aktuelle fraktur og ved udskrivning med tilhørende 0-6 point koder som obligatoriske indikatorer med høj målopfyldelse igennem mange år.

Indikatoren for tidlig mobilisering i hoftefrakturregistret er mobilisering <24 timer efter operation ja/nej, men koder er også udarbejdet for brug ved første mobilisering <24 timer, men indrapporteres kun få steder da den for nuværende er en KAN indikator.

De steder hvor den indrapporteres viser dog at mobilitetsniveauet for dem der bliver mobiliseret også har betydning for outcome (altså des bedre des lavere 30-dages mortalitet).

Vurdering af basismobilitet ved første mobilisering ved Cumulated Ambulation Score (CAS) KAN indberettes: Procedurekode + tillægskode

Det er tillægskodningen til procedurekoden ZZV020G3 med CAS-resultatet fra 'resultater af vurdering til diverse skalaer' ZRRA00 – ZRRA09, der giver informationen om hvilken skala, der er benyttet. **Tillægskoden SKAL indberettes**

ZZV020G3 + ZRRA00	<input type="checkbox"/>	Værdi 0
ZZV020G3 + ZRRA01	<input type="checkbox"/>	Værdi 1
ZZV020G3 + ZRRA02	<input type="checkbox"/>	Værdi 2
ZZV020G3 + ZRRA03	<input type="checkbox"/>	Værdi 3
ZZV020G3 + ZRRA04	<input type="checkbox"/>	Værdi 4
ZZV020G3 + ZRRA05	<input type="checkbox"/>	Værdi 5
ZZV020G3 + ZRRA06	<input type="checkbox"/>	Værdi 6
ZZV020G3 + ZRRA09	<input type="checkbox"/>	Værdi uoplyst

De 3 CAS er aktiviteter er under alle omstændigheder nogle der vurderes af terapeut- eller plejepersonale for alle ældre skrøbelige patienter og en CAS score = 1 (værdi 1) svarer til definitionen på at være mobiliseret på laveste niveau (til stående eller siddende i stol ved seng), mens CAS=6 point svarer til selvstændig mobilitet for alle tre aktiviteter

<http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.19681.94567>.

Der er således reelt ikke et ekstra arbejde forbundet med at anvende CAS som redskab til rapportering af den tidlige mobilisering og med vigtig ekstra viden ift prioritering af patienter med behov for et særligt fokus under den aktuelle indlæggelse, eller som input ift vurdering af indlæggelsesbehov/udskrivningsdestination.

CAS har på forskellig vis vist sig valid i mange studier efter hoftefraktur (også baseret på registerdata fra hoftefrakturregistret), men også ift eksempelvis geriatriske patienters udskrivningsdestination <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32757865/>, det fysiske aktivitetsniveau i lungemedicinsk regi på hospitalet <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31494019/> og nyligt implementeret på hospitalsniveau på Bispebjerg-Frederiksberg Hospital. Her anvendes CAS på tværs af afdelinger og diagnoser til vurdering af basismobilitetsniveau ift tre tidspunkter: 1) forud for aktuelle indlæggelse, 2) ved første mobiliseringsforsøg og 3) ved udskrivning <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36331169/>, svarende til den mulige anvendelse i hoftefrakturregistret.

Forslag til ekstra indikator – Genoptræningsplan udarbejdet:

I hoftefrakturregistret indgår genoptræningsplaner som en vigtig indikator.

Her er standard for målopfyldelse sat til 95% der er fastlagt i erkendelse af at ”alle” disse patienter har et umiddelbart tab af funktionsevne ved udskrivning relateret til deres aktuelle forløb.

Tilsvarende vil ret sikkert være aktuelt for en meget stor andel af patienter i målgruppen for DANFRAIL hvorfor det vurderes yderst vigtigt at få viden om hvor mange der får en genoptræningsplan også i denne database.

Det var de væsentligste input herfra og vi bidrager naturligt gerne med supplerende/uddybende ved behov.

De Bedste Hilsner

Morten Tange Kristensen

Klinisk Professor, Fysioterapeut, PhD
Fysio- og Ergoterapiafdelingen

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Institut for Klinisk Medicin

Københavns Universitet

Email: morten.tange.kristensen@regionh.dk

Naja Mark Henriksen

Chefterapeut, Fysioterapeut, MPG
Fysio- og Ergoterapiafdelingen

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

naja.mark.henriksen@regionh.dk

SFR Geriatri

Supplerende høringssvar DANFRAIL SFR Geriatri

SFR Geriatri takker for muligheden for at afgive høringssvar og glæder os over det store arbejde, der er lagt i etablering af denne nye database. Vi finder det vigtigt med fokus på optimering af vurdering af denne patientgruppe og dataindsamling for at belyse kvaliteten af denne.

Vi er vel vidende om, at der fra styregruppen har været fokus på at udvælge relevante indikatorer, der for klinikerer er vedkommende og giver mening uden at medføre unødigt ekstra indtastningsarbejde. Vi bemærker os, at databasen bygger på data, der skal trækkes fra LPR-indberetninger. Det vil indebære, at klinikere skal indberette procedurekoder for de enkelte indikatorer. Det vil efter vores opfattelse kunne give anledning til en langsom implementering og af nogle opfattes som en ny arbejdsgang. Vi forudser, at der forestår et stort arbejde omkring implementering af særligt CFS i alle afdelinger, der modtager akutte patienter.

Vi finder de valgte indikatorer relevante; er alle disse tilgængelige på tværs af elektroniske patient-journalsystemer? Og hvordan skal tidstro indberetning sikres?

Endelig vil vi foreslå at 'Genoplivning' i stedet angives som 'Stillingtagen til behandlingsniveau'.

Sundhedsfagligt Råd for Kirurgi (inkl. Børnekirurgi) i Region Hovedstaden

Materialet om etablering af databasen DANFRAIL har været sendt i høring i Sundhedsfagligt Råd for Kirurgi (inkl. Børnekirurgi) i Region Hovedstaden, og på vegne af rådet fremsendes hermed høringssvar:

Blandt SFR Kirurgis medlemmer undrer man sig over databasens etablering, og den vurderes at være problematisk ift. RKKP's regel om kun at monitorere en patient én gang. De fleste af DANFRAIL databasens indikatorer er en delmængde af indikatorer fra andre databaser, og DANFRAIL databasen vil derfor monitorere patienter, der i forvejen monitoreres i Akutkirurgidatabasen, Kardatabasen og Herniedatabasen.

Derudover implicerer indikator 1, at CFS kun er relevant ved en patientalder over 80, hvorefter de øvrige indikatorer taber drastisk i værdi, hvis ikke indikator 1 opfyldes.

Medlemmer af SFR undrer sig desuden over, at man vælger at afgrænse databasen ved 80, når der under "Baggrund" tales om en øget risiko ved alder over 70. Det virker uhensigtsmæssigt med henblik på den samlede population.

SFR Ortopædkirurgi i Region Hovedstaden

Tak for muligheden for at komme med bemærkninger til ny Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed (DANFRAIL).

På vegne af formandskabet for Sundhedsfagligt Råd (SFR) for Ortopædkirurgi i Region Hovedstaden fremsendes hermed bemærkninger til kvalitetsdatabasen:

- SFR Ortopædkirurgi foreslår, at der tilføjes en indikator på sektorovergang vedr. 72-timers behandlingsansvaret ift. genindlæggelse
- SFR Ortopædkirurgi bemærker, at der i databasen bør være fokus på tværsektorielt samarbejde, herunder rehabilitering og samarbejdet med kommunerne (se vedhæftede bilag, Fysio- Ergoterapien Hvidovre Hospital)

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram
esroez@rkkp.dk

Att.: Esra Öztoprak

Kontakt: Poul Henning Madsen
poul.henning.madsen@rsyd.dk
Direkte tlf. 24994483

18. september 2023
Side 1/1

Hørings svar DANFRAIL

Fælles Akutmodtagelsen i Odense har enkelte kommentarer til hørings materialet.

1. Hvorfor kun indsamle data fra akutmodtagelser når en del af de akutte patienter (også ældre) enten kun har kort ophold i, eller slet ikke kommer gennem, akutmodtagelsen ved ankomst til sygehuset?
2. Hvordan vil man identificere akutmodtagelser?
3. Det bør overvejes hvordan man tydeligt definerer en genhenvendelse. Vil man eksempelvis tælle en kontakt til radiologisk afdeling med?
4. Bør der være almenmedicinere med i styregruppen? De ser vel de fleste af disse patienter regelmæssigt?

Venlig hilsen

Poul Henning Madsen
Cheflæge

Sygehus Lillebælt

Hermed følger kommentarer fra Sygehus Lillebælt - til **Ny klinisk kvalitetsdatabase - Ældre med Skrøbelighed**

- I forhold til ”genoplivning” eller ”forsøg på genoplivning” bør det formuleres ens og helt konsistent alle steder og det korrekte er ”forsøg på genoplivning” – det er også formuleringen eks. i lovtæst om fravalg af genoplivningsforsøg for 60+ årige.
- Vi ser udfordringer med patientgruppen med kræftdiagnoser. Langt de fleste indlægges direkte på sengeafsnittet på Vejle Sygehus, men der kan være enkelte, som kommer via en akutmodtagelse enten i Vejle eller oftere et andet sygehus. Afdelingen modtager kun kendte patienter, der er i aktivt kræftbehandling, så de finder nok alt i alt, at det ingen mening giver hos dem, at de patienter indgår i denne database. Vil styregruppen overveje, om der skal afgrænses i forhold til patientgrupper?

Sygehus Sønderjylland

Beklager, at Sygehus Sønderjylland ikke fik sendt et høringsvar til dig inden for deadline.

Det er eller ikke fordi vi har så meget, men vil da lige kvitterer for, at vi har måttet være høringspart.

Sygehuset finder, at de nuværende indikatorer, er væsentlig mere relevante og præcise, end de tidligere indikatorer i databasen for geriatri.

Det glæder os, at der er færre indikatorer, samtidigt med, at indikatorsættet er retvisende for, hvad der væsentligt at have fokus på hos denne patientgruppe. Der er dermed også reduceret i de ressourcer sygehusets databaseansvarlige skal benytte til registeringen, hvilket ikke er uden betydning for at komme i mål med implementeringen af databasen.

Initialer:	JBK	Sag nr.:	
Dato:	18. september 2023		

Høring om ny kvalitetsdatabase DANFRAIL

RKKP har den 28. august 2023 sendt den nye Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed (DANFRAIL) i høring hos regionerne.

Formålet med databasen er, at monitorere og forbedre kvaliteten i behandlingen af ældre med skrøbelighed og sikre, at ældre med skrøbelighed får høj og ensartet behandlingskvalitet i hele landet. Viden omkring behandlingskvaliteten ønskes opnået på baggrund af retvisende data samt troværdige og anvendelige resultater for evidensbaserede indikatorer, som findes relevante af klinikere, der er involveret i behandling af ældre på mindst 80 år.

Høringsmaterialet har givet anledning til en del kommentarer, hvor afdelingsledere især hæfter sig ved registreringsbyrden.

Kommentarerne hæfter sig alle ved at DANFRAIL virker som en stor og omfangsrig database med meget registrering. Den forslåede registrering virker voldsomt stort og meget uhensigtsmæssigt i en periode hvor

a) der samlet set allerede bliver brugt mange timer på registreringer på hver eneste sygehus

b) der skal afbureaukratiseres

b) der skal spares 60 millioner kroner i egen region på administrative stillinger

En af sygehusets afdelingsledelser udtaler "Vi har ikke ressourcer til at have en sundhedsmedarbejder til at lave opfølgning på data og taste dem i databasen. Vi skal have fokus på "vælg klogt" og det bør i vores elektroniske verden være muligt at data overføres automatisk fra eksisterende registre."

Der er bredt opbakning til udtalelser fra de øvrige afdelingsledelser.

Endvidere kommenteres at det er vigtigt at undgå en situation som Akut Kirurgi Databasen, hvor data kun findes i Sundhedsplatformen.

Som noget positivt kan nævnes at registreringen kan fordeles over flere personalegrupper, f.eks. noteres ernæringscreening og mobilisering af sygeplejerskerne og ADL af fysioterapeuterne. Men det ændrer ikke på den generelle opfattelse at registreringen til denne database bliver en stor opgave for sygeplejerskerne.

Konklusioner

Esbjerg Grindsted Sygehus anbefaler at Region Syddanmark undersøger om de nødvendige data kan findes i EPJ-Syd via nøgleord og skabeloner. Eventuelt kan der ske en automatisering (robotløsning) så dobbeltregistrering undgås.

Esbjerg Grindsted Sygehus foreslår at RKKP bruger denne database som udgangspunkt til at udvikle en database, hvor al datafangst foregår automatisk, så den bliver prototypen for, hvordan det skal gøres i fremtiden og hvordan de eksisterende databaser kan tilrettes.

Ortopædkirurgi Kolding

Tidlig mobilisering

- Opgørelsesniveau på hospitalsniveau, der modtager patienten. Denne indikator bør også kunne være på den enhed, der udskriver patienter. Mange patienter vil modtages i FAM og hurtigt flyttes til et sengeafsnit. Første mobilisering vil sker her fx efter operation.

Delir screening

- Hvorfor er CFS 9 ikke med – de er i høj risiko for at gå i delir.

Mortalitet og genindlæggelser

- Vi under os over et datatræk efter 7 dage. Vil I være tydeligere på formål da det ikke er datatræk vi vanligt gør.
- - hvorfor er CFS 9 ikke med? De er med i øvrige RKKP databaser – fx hoftefraktur database. Det mudrer data at der ikke kan sammenlignes på tværs.

Ernæringsplan

- - hvorfor er CFS 9 ikke med? De er med i øvrige RKKP databaser – fx hoftefraktur database. Det mudrer data at der ikke kan sammenlignes på tværs.

ADL er en stor opgave at udføre på så stor en målgruppe. De giver et enormt ressourcetræk på sygehusets ergoterapeuter. Opgave og normeringer hænger ikke sammen.

Plejepersonale er ikke vant til at kode ydelserne i elektronisk patientjournal – det er en stor målgruppe der fremadrettet skal kodes.

Fysio- og Ergoterapi, Kolding Sygehus, Sygehus Lillebælt

Fysio- og Ergoterapi, Kolding Sygehus, Sygehus Lillebælt takker for muligheden for at afgive hørings svar til indikatorsættet i Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed. Vi bifalder initiativet og ambitionen om at favne på tværs af specialer og sektorer; samt de afvejninger der har været ifm. at udvikle det første indikatorsæt med blik for implementeringsopgaven.

Vi har forholdt os til høringsmaterialet ud fra et implementeringsperspektiv og har som terapiafdeling især forholdt os til indikator 1 (screening for skrøbelighed); 3 (tidlig mobilisering) og 6 (ADL).

For så vidt angår indikator 1 – screening for skrøbelighed, forventer vi, at en del patienter vil flyttes fra afdelingen for kontaktstart (hos os: Fælles Akutmodtagelsen) til stamafdelingen inden for få timer, hvorfor screening for skrøbelighed godt kan foregå, og skal kunne indberettes fra anden afdeling end afdelingen for kontaktstart også.

For så vidt angår indikator 3 – tidlig mobilisering, er vi enige i databasens fokus på mobilisering mhp. at forebygge tab af muskelmasse, og ambitionen om, at mobilisering til sengekant ikke er tilstrækkelig. Det gør implementeringsopgaven lettere, at SKS-koderne er de samme som i andre kendte databaser.

For så vidt angår indikator 6 – ADL, giver det for os klinisk mening, at målgruppen er afgrænset til CFS 5,6 eller 7.

Vi vurderer, at der kan være ulemper forbundet med de foreslåede redskaber:

- AMPS kræver kalibrering og er forholdsvis tidskrævende
- FIM opgøres som en samlet score og kræver licens
- Ved scoring af Barthel Indeks kan funktionsniveauet vurderes ud fra alle tilgængelige oplysninger -kræver ikke entydigt at patienten observeres

Dertil kommer, at MedCom standarderne, herunder plejeforløbsplan stiller krav om en beskrivelse af ADL ud fra ICF-kategorierne vaske sig, af- og påklædning, gå på toilet, forflytte sig, færden i forskellige omgivelser, drikke, spise og en 4 trins scala (fra 0 (ingen) til 4 (totale) beskrives) med overlap til nogle af disse redskaber.

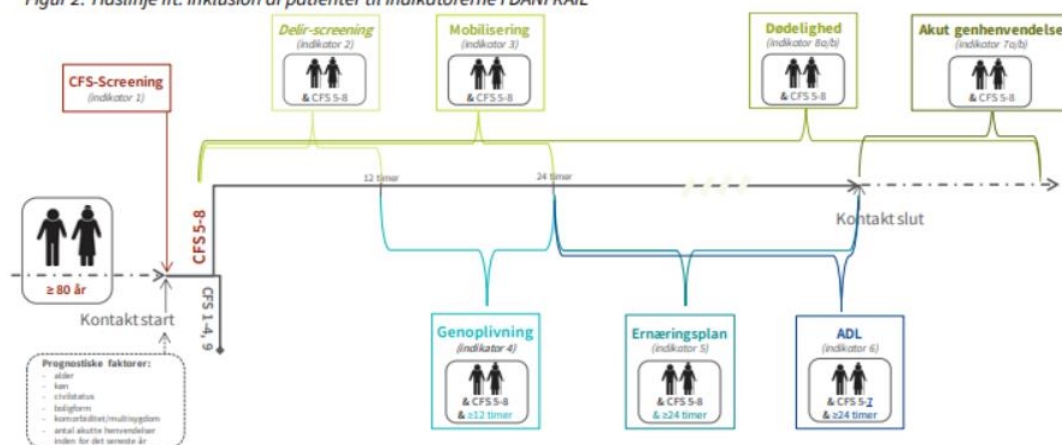
I en hospitalskontekst kan det blive nødvendigt at vurdere en patients evne til at varetager IADL (instrumental activities od daily living) vha. selvrapportering, da de relevante aktiviteter ikke altid kan observeres under indlæggelse.

Geriatrien, AUH

På vegne af geriatrien – AUH.

Det bakkes op om de valgte indikatorer. CFS (Skrøbelighedsvurdering) er valgt. Den er mulig at anvende i en travl klinisk hverdag, hvor der skal prioriteres, og der er særdeles god evidens for valg af CFS. Der er data på CFS inden for forskellige subspecialer og på ingen måde udelukkende i geriatrien. Styregruppen i DANFRAL er velvalgt og bredt repræsenteret fra forskellige specialer. Almen praksis har i 2023 udgivet en klinisk retningslinje, hvor der også peges på CFS (<https://www.dsam.dk/vejledninger/aeldre>).

Figur 2: Tidslinje ift. inklusion af patienter til indikatorerne i DANFRAL



Skrøbelighed er forbundet med komplikationer til udredning, behandling og mortalitet og skal erkendes tidligt i patientforløbene, så behandlingsplan inkl. behandlingsniveau sker under hensyntagen til denne skrøbelighed. Bl. a sammen med principperne fra "Vælg Klogt" kan CFS hjælpe klinikerne til en evidensbaseret, men også individualiseret behandlingsplan.

Ældresygdomme vurderer, at det alt vil være tidsbesparende at erkende denne skrøbelig, så tidligt i forløbet som muligt.

Der er kun valgt + 80 årige, så man kommer ikke til at lave CFS på en meget stor gruppe af ikke-skrøbelige.

Som det ses af nedenstående udsnit af baggrundsnotatet er det de indikatorer fra områder, som er velkendte og fagligt relevant og ikke alle er i starten af forløbet.

25.09.23

Høringssvar fra Region Midtjylland til Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed

Region Midtjylland synes det er positivt at sætte fokus på behandlingskvaliteten af den store gruppe af ældre skrøbelige patienter.

Region Midtjylland vurderer samlet set, at det vil være for tidligt at starte en ny database op den 1. januar 2024, da den medfører nye registreringer og arbejds gange.

Derudover er der konkrete forbehold og opmærksomheder vedrørende databasen, der fremgår af høringssvarene fra hospitalerne og afdelingerne nedenfor.

Regionshospitalet Gødstrup, Mave- og tarmkirurgisk Afdeling

Vi vil gerne være sikre på, at Frailty score er valideret – og rigtigt gerne, **at den kan bruges til både akutte og til elektive patienter.** (Dette fordi vi hos alle vores CRC patienter i forvejen ser på- og skal i endnu højere grad se på – hvilken skrøbelighed mv. de har, forud for anbefaling af behandling til patienten).

Regionshospitalet Gødstrup, Medicinsk Afdeling

Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Gødstrup omfatter 8 specialer: hæmatologi, lungemedicin, nefrologi, reumatologi, geriatri, endokrinologi, gastroenterologi og infektionsmedicin.

DANFRAIL databasen, vurderer vi, vil have en positiv indvirkning på den geriatriske patientgruppe og giver derfor god mening i det geriatriske speciale (Sengeafsnit for Ældresygdomme).

Omkring en database, som går på tværs af specialer, har vi følgende bekymringer:

- Ingen føler ejerskab.
- Hvem påtænkes at tage ansvar for at indrapportere og rette fejl og manglende data? Alle databaser skal monitoreres; hvem skal handle herpå?
- Ift. datagrundlaget; kan man bruge data, som er opsamlet i en meget heterogen gruppe af patienter?
- Det vil kræve en ledelsesmæssig indsats og en betydelig indsats fra involveret personale at få en systematisk registrering af DANFRAIL-indikatorer implementeret. Er tiden til dette ift. optimal udnyttelse af knappe ressourcer?
- Data vil som udgangspunkt skulle registreres i Akutafdelingen/ved indlæggelse, hvor plejepersonalet allerede har en lang række registrerings- og dokumentationsopgaver. Man skal forholde sig til opgavens størrelse, forventet følgeskab til opgaven og heraf afledte fejlkilder.
- Konklusioner medfører altid krav til nye opgaver. Er tiden til dette i et sundhedsvæsen med øget fokus på kerneopgaven?

Fra Medicinsk Afdelings side anbefaler vi således en implementering i det geriatriske speciale og ikke på tværs af specialer.

<p>Regionshospitalet Randers</p> <p>Regionshospitalet Randers synes det er positivt at sætte fokus på behandlingskvaliteten af den store gruppe af ofte ældre, skrøbelige patienter. Tiltaget kan være med til at differentiere indsatsen, således at de ældre, der har det største pleje- og behandlingsbehov, tilgodeses. Ligeledes kan databasen være med til at understøtte transformationsarbejdet samt et fælles sprog med kommunerne. Valget af indikatorer medfører en del nye obligatoriske registreringer, hvilket kræver implementering af nye arbejdsgange på hospitalerne. Der bør derfor være en opmærksomhed på, at implementering kan blive udfordret af de øgede dokumentationskrav i en tid, hvor der generelt arbejdes på at mindske mængden af dokumentation. Det skal desuden overvejes, hvornår det er mest hensigtsmæssigt at implementere nye arbejdsgange, og at valget af den 1. januar 2024 ikke er det bedste tidspunkt.</p> <p>Regionshospitalet Randers bemærker ligeledes, at fokus på dysfagi hos ældre også er vigtigt. Et dansk studie har vist, at prævalensen af dysfagi hos akutte geriatriske patienter (gn.snit.alder 83 år) er 50%, og på den baggrund kan det undre, at der ikke er en indikator for vurdering af behov for dysfagiscreening. (Reference: Meldgaard D, Rodrigo Domingo M, Mørch MM (2018). <i>The prevalence of oropharyngeal dysphagia in acute geriatric patients</i>).</p>
<p>Aarhus Universitetshospital, Akutafdelingen</p> <p>Se vedlagte PDF</p>
<p>Aarhus Universitetshospital, Sundheds-it</p> <p>Sundheds-It, Aarhus Universitetshospital, er den Sundheds-It afdeling i Region Midtjylland, som forventelig får ansvar ift. databasen på det sundheds-it-mæssige område.</p> <p>Det drejer sig primært om de kommende SKS-koder, der er søgt til databasen (vedr. delir, genoplivning og ADL). De nye koder vil betyde en form for dobbeltdokumentation, da vi i forvejen har SFI til at dokumentere delir, genoplivning og ADL. Ofte vil man gå efter at forsøge at få "eksisterende indhold" af SFI over på de nye koder, så klinikerne i en arbejdsgang så at sige kan dokumentere eksempelvis en screening for delir og kode, der skal indberettes på én gang. Men i dette tilfælde ser det ikke ud som om, det er muligt.</p> <p>Medmindre de kommende koder allerede er søgt og ankommer med kommende SKS-opdatering (3. kvartal), - kan de først forventes tilgængelige i MidtEPJ efter d. 1/1 2024. Herefter går der erfaringsmæssigt lidt tid med at få koderne i anvendelse i de respektive afdelinger.</p>
<p>Regionshospitalet Horsens, Akutafdelingen</p> <p>Til høringsvaret kan vi give en opmærksomhed på at tidlig mobilisering ikke giver mening for samtlige. Det giver mening for operations- eller fald patienter. Måske er det i virkeligheden bedre at faldscreene her.</p> <p>Endelig kan vi bemærke, at det er yderst beklageligt, at der det i første omgang kun er indikatorer for behandlingen i hospitalsregi. Det kan forstærke skævrigheden af ansvarsfølelse for at opspore og handle når borgere i hjemmet bliver svækkede og stiger i CFS. Det hænger tilsvarende sammen med at det heller ikke giver mening at vi skal udarbejde en ernæringsplan og ADL for patienter der er indlagt længere end 24 timer. Dette bør betinges af, at den patient der skal have en ernæringsplan og/eller behov for ADL er relateret til aktuelle indlæggelse - og således burde være sket i primær eller ved til opfølgning ved egen læge eller ved hjemmesygepleje. Det skal altså understreges at indikatorerne nødvendigvis skal gælde både i</p>

primær og sekundær sektor og ikke alene gælde for behandlingen i hospitalsregi.

Desuden bør vi sikre en aftale, hvor det kun er de patienter der har en CFS over 5 der dokumenteres, idet journalføringspraksis vægter at vi kun dokumenterer det som er et problem og som skal handles på. Hvis vi skal dokumentere på alle, giver det for stor dokumentationsbyrde.

Hospitalsenhed Midt

Fra Hospitalsenhed Midt haves en kommentarer til afsnit 3 i høringsversionen omkring dataindberetning og patientgrundlag:

Vil det være mere retvisende at 'afdelinger med indlagte patienter på mindst 80 år' er omfattet af dataindberetning, idet, der også indberettes fra den afdeling, som patienten udskrives fra på indikator, som kan være en anden afdeling end akutafdeling?

Hospitalsenhed Midt, Kirurgi

Afdelingens cheflæge har foretaget en grundig vurdering af det fremsendte set ud fra et ledelsesperspektiv, et kvalitetsperspektiv og et forskningsperspektiv.

Med baggrund heri og de kliniske sygeplejespecialisters bearbejdning, har vi følgende opmærksomhedspunkter/bekymringer:

- Det er svært at gennemskue opgaven, når man i teksten skriver, at data trækkes via LPR osv, mens alle de faktiske indikatorer er beskrevet som nogle, der skal ZZ kodes. Det vil betyde en massiv registrering fra både sygeplejersker, læger og sekretærer, hvis det skal laves som RKKP vil have. I praksis vil der skulle laves et hav af SFI'er, som skal klikkes på, og som sekretærene skal sikre så er udfyldt og korrekt registreret. Og det bliver vi så målt på!
- Derudover vil vi gerne betvivle hele grundlaget for registreringen. Man angiver, at formålet er at "monitorere og forbedre kvaliteten i behandlingen af ældre med skrøbelighed og sikre, at ældre med skrøbelighed får høj og ensartet behandlingskvalitet i hele landet". Det mener vi er helt forkert. Man lægger op til en model med massiv registrering og tidsforbrug for sygeplejersker, læger og sekretærer og det eneste sikre outcome er "monitorering" af, om vi screener patienterne for en række ting. Der er jo intet, der indikerer, at det vil give en bedre BEHANDLING eller sikre en bedre kvalitet. At man måler på om nogle parametre registreres er overhovedet ikke det samme, som at der udføres en bedre behandling...Tværtimod vil registreringen stjæle tid fra den egentlige patientbehandling og omsorg.
- Akutafdelingen har selvfølgelig et stort ansvar men det har vi stamafdelinger også og det kræver meget præcise aftaler mellem os, hvis vi skal kunne leve op til kravene. Vi kan ikke helt gennemskue, om vi kun er ansvarlig for indikator 6, for hvis patienten kommer hurtigt op i stamafdelingen, får vi vel ansvar for langt mere/det meste? Eller hvad?, under indikatorspecifikationer kan det se ud til, at vi ikke har ansvaret men så kræver det jo at Akutafdelingen både CFS screener, og afhængigt af den får screenet for delir, tidlig mobilisering, behandlingsniveau, får lagt en ernæringsplan og så skal vi ADL vurdere i stamafdelingen inden udskrivelse, afhængigt af hvad patienten CFS screenings til. Uanset hvad vil denne CFS screening afstedkomme, at der skal sættes gang i en række forskellige andre screeninger og aktiviteter indenfor fastsatte tidsintervaller i forløb der går på tværs af os og Akutafdelingen, og hvor alle +80 årige akutte patienter er inkluderet uanset forløb.

25.09.23

- Vi vil derfor kraftigt opponere mod at denne model/database indføres, som den er beskrevet. Vi gør meget i forvejen, hvor det er relevant, men det her er registrering for registreringens skyld. Det trækker helt imod det budskab, der kører i sundhedsvæsenet om mindre administration.

Høringsvar fra Akutafdelingen, Aarhus Universitetshospital



Dato 20.09.2023

Ole Mølgaard

Direkte tlf. 7845 0299

Mail: olemoe@rm.dk

Side 1

Vedrørende DANFRAIL, en ny geriatrisk RKKP database

Tak for at vi får oplæg til den nye RKKP database i høring i Akutafdelingen.

I Akutafdelingen hilser vi det velkommen, at der sættes fokus på skrøbelige ældre. Samtidig er der tale om en stor dokumentationsopgave, der ønskes placeret i den mest akutte del af patientforløbene. Vi ser, at 6 ud af 8 indikatorer vedrører processer, der enten altid varetages i akutmodtagelsen eller ofte varetages akutmodtagelsen.

Vi kan oplyse, at i RKKP Databasen for Akutte Hospitalskontakter, har vi i styregruppen valgt ikke at anvende nye procesindikatorer, men i stedet anvende data der i forvejen er tilgængelige, for således at undgå at pålægge personalet i forreste linje nye opgaver, i stedet lægges hovedvægten i databasen på resultat indikatorer.

Vores overordnede vurdering af DANFRAIL er, at indikatorerne mangler det akutmedicinske perspektiv og den prioritering, der er nødvendig i en travl akutmodtagelse. Det vil derfor være hensigtsmæssigt, at der til det fremadrettede arbejde udpeges en speciallæge i akutmedicin til styregruppen og tilknyttes en cheflæge fra en akutafdeling, som rådgiver.

Indikatorer:

Dokumentation af Clinical Frailty Score ved kontaktstart, giver ikke mening i en akutmedicinsk kontekst. Ved patientens ankomst skal der være fokus på triage og ABCDE, det er det samlede kliniske billede af patienten og dennes skrøbelighed, der danner grundlag for den indledende akutte behandling.

Et bedre alternativ vil være at indarbejde parametre for skrøbelighed i den dokumentation der allerede foretages, så der kan trækkes data fra EPJ, alternativt at lade dokumentation af skrøbelighed vente.

Screening for delirium vil ofte, men ikke altid, være relevant tidligt i det akutte patientforløb. Det bør være en klinisk vurdering om der skal foretages en tidlig screening eller om screeningen kan vente til senere i forløbet eller helt udelades, således at andre opgaver kan prioriteres.

Tidlig mobilisering er vigtig og en opgave, der i forvejen er fokus på i akutmodtagelserne. Den tilhørende dokumentation i DANFRAIL vil kræve betydelig opmærksomhed fra personalet og vil i praksis ikke kunne gennemføres i en akutmodtagelse, medmindre der afsættes personale til varetagelse af den enkelte patients mobilisering. Diagnose kodning af "Ikke indikation for mobilisering" vil ofte ikke give mening for de lægerne og vil derfor blive noget nær umulig at implementere, vi foreslår der i stedet trækkes data på diagnoser, der taler imod tidlig mobilisering.

Det er daglig rutine at dokumentere aftaler om "ingen genoplivning". Det er situationen, der afgør hvornår patienten er klar til at træffe denne beslutning eller eventuelt ønsker revurdere af beslutningen, en tidsgrænse på 24 timer er derfor ikke hensigtsmæssig.

Ernæringsplan skal lægges når det er relevant for patienten, det bliver ikke nødvendigvis relevant fordi der er gået 24 timer og må bero på en vurdering af patientens behov. Det samme gælder en vurderingen af almindelig daglig livsførelse, ingen af delene er en akutmedicinsk kompetence.

Konklusion:

Som bekendt er der i alle landets akutmodtagelser en stigende aktivitet og et personale, der ofte har mere end travlt og derfor må prioritere deres opgaver. DANFRAIL i høringsversionen vil betyde en væsentlig ny opgave for personalet, en opgave som mange vil opleve kan vente, en ny opgave som denne skal derfor gennemtænkes før den forsøges implementeret.

I et akutmedicinsk perspektiv er det største problem, at dokumentation i den akutte fase forstyrrer den opmærksomhed der bør være på patienten og den akutte behandling. Det er veldokumenteret, at forstyrrelser øger risikoen for at der begås fejl. I det lidt større perspektiv, vil krav om yderligere dokumentation i den akutte fase, skulle konkurrere med mere akutte opgaver, det kan for eksempel være hos den patient der ligger på stuen ved siden af.

Vi kan ikke anbefale at DANFLAIL forsøges implementeret i sin nuværende form, men byder gerne ind i et samarbejde om at reducere behovet for dokumentation i den akutte fase.

Neurologi, Fysio- og Ergoterapi, Regionshospitalet Gødstrup

Hørings svar på oplæg til DANFRAIL

Generelt kan vi se et kvalitetsløftspotentiale i at registrere efter DANFRAIL.
Dog ser vi nogle praktiske udfordringer i måden der er lagt op til at dette skal påvirke de etablerede arbejdsgange

1. Registreringspraksis

Det er godt, at der kan trækkes direkte fra EPJ. Men så er det vigtigt, at vi ikke skal registrere et sted ved den ene database og et andet sted ved en anden database. Det må og skal være de samme SFI'er og som er relevante for praksis.

Det er vigtigt at indikatorer har de samme tidsramme i alle databaser, f.eks. at tidlig mobilisering og ADL skal udføres inden for SAMME tidshorisont, så personalet ikke skal huske på forskellige tidszoner fra den ene eller den anden database eksempelvis:

- DANFRAIL har ADL efter 24 timer og inden udskrivelse
- Danstroke har Ergoterapi indenfor 48 timer

Databasen foreslår adskillige evidensbaserede redskaber, hvoraf nogle kan anvendes sidestillet. Dette medfører kommunerne skal navigere i forskellige scorer og redskaber. Hvis vi skal gøre en forskel for patienterne, er det mere vigtigt at funktionsevnen er godt beskrevet i 'Udskrivelsesstatus' som via plejeforløbsplaner og udskrivelsesrapporter kan samvirke med kommunernes systemer – Derfor foreslås en indikator i stedet for: er funktionsevnen beskrevet i Udskrivelsesstatus?

Ift. screening af delir:

Vi vil gerne stille spørgsmål ved den valgte tidsramme på delir. Ift at langt hovedparten af patientforløb er akutte, hvor det ikke er en kritisk udredning (nødvendigvis).

Vi har udført en audit på 138 pt. med tidlig opsporing af delirium i medicinsk regi via CAM. Auditen indikerede, at tidlig screeningsprocedure ikke finder patienterne med tegn på delir, da kun syv patienter er scoret positiv via CAM ved første fysio- eller ergoterapeutkontakt (indenfor 24 timer), mens 32 patienter under indlæggelsen har vist tegn på delir. Heraf viser 28 af patienterne tegn på delir inden for de første to indlæggelsesdøgn, og over halvdelen af patienterne har dokumenterede fluktuerende forløb. Det fungerer ikke at udføre tidlig opsporing af delirium inden for de første 12 timer, da delirium først opstår senere i indlæggelsesforløbet hos mange patienter.

2. Organisatorisk ensretning

Det er en meget stor organisatorisk og ressourcekrævende opgave at implementere indberetning i alle sengeafdelinger. Det medfører nye og flere opgaver. Den omhandler ligeledes patienter som også er med i andre databaser og personalet skal holde styr på hvilken indikator der hører til hvilken database.

CFS afgør hvilke indikatorer der skal udføres. I en travl hverdag er det svært at holde styr på hvilke patienter, der har scoret hvad og hvilke indikatorer der så skal udføres.

Det er nemmere når noget skal udføres på alle patienter.

Derfor er det nødvendigt med en teknisk løsning i EPJ, hvor systemet viser hvilke indikatorer der gælder for den enkelte patient. Vi tænker, at for at dette kan løses, så skal der udvikles en robotløsning, en graf eller lignende der skaber et overblik over scoring og eventuelt også indikatorer. Vi ser løsningen og handlevejen i DANFRAIL alt for kompleks ift. de kliniske vilkår for at efterleve anbefalinger.

Derudover mener vi ikke der er klart defineret:

1. Der er inkonsekvent brug af Clinical Frailty Score eller Scale – internationalt er det Scale?
2. CFS: Handler det om funktionsniveau de sidste de sidste 14 dage/stabil fase? Det er svært at indhente oplysninger om dette straks ved kontaktstart
Skal man spørge patienten om habituelt? - mange er dårlige ved ankomst.
Indlæggelsesrapporten er sjældent opdateret. Der er ikke altid pårørende med.

Anh-Nhi Thi Huynh
Formand
Tlf. 60670836
thihuy@rm.dk

Mandag d. 25. september 2023

Til: Styregruppen, DANFRAIL, att: Esra Öztoprak

Sandra Langsted
Næstformand
Tlf:
SANDLN@rm.dk

Tusind tak for muligheden for, at det Tværfaglige Specialeråd for Akutmedicin (TSA) kan komme med høringssvar vedrørende "Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed (DANFRAIL)".

TSA finder det yderst relevant og vigtigt, at RKKP vælger at sætte fokus på behandlingen af den voksende gruppe af ældre, skrøbelige patienter, der indlægges gennem akutmodtagelserne.

Ved gennemgang af DANFRAIL forstår TSA at der er tale om otte indikatorer. Her vil det formentlig være seks ud af de otte indikatorer som skal registreres i akutmodtagelserne (dvs. som forventes altid skal varetages i akutmodtagelsen eller ofte skal varetages i akutmodtagelsen). TSA bemærker desuden, at især procesindikatorerne vil tilføre et nyt registreringsarbejde i akutmodtagelserne. Et arbejde som ikke er helt ubetydeligt i omfang og som i en vis grad vil kræve yderligere ressourcer for akutpersonalet. Ligeledes vil registreringsarbejdets kvalitet være afhængig af de tilstedeværende ressourcer. TSA ønsker at gøre opmærksom på at ressourceforbruget for registrering af indikatorer har stor implikation på andre akutte opgaver for akutpersonalet og den akutte patients udredning og behandling – dette såfremt de rette ressourcer og rammer ikke matcher – hvilket i sidste ende har en betydning for kvaliteten af data til DANFRAIL databasen.

Trods ovenstående har TSA stor forståelse for det relevante fokus på en patientgruppe (den ældre multisyge), der udgør en stor del og som de næste år vil udgøre en større del i akutmodtagelserne. Hertil ønsker TSA at kommentere på anvendelsen af CFS score:

CFS score og triage:

- TSA bemærker at jf. det fremsendte findes det uklart, hvornår det optimale tidspunkt for CFS-screening bør ske. Det beskrives i evidensrapporten, at CFS ikke nødvendigvis bør foretages ved triage, da "Man fandt dårlig korrelation mellem de 2 scoringer (indlæggelses-CFS og triage-CFS) og markant bedre prædiktive egenskaber for indlæggelses-CFS end for triage- CFS". For at sikre bedst muligt ressource-udnyttelse kan det med fordel tydeliggøres, hvornår man ser, at akutmodtagelserne reelt set foretager denne screening. Dette skal ses i lyset af en bekymring for, at der er tale om en tidskrævende opgave, da CFS skal foretages på alle patienter, uagtet om de skal indlægges eller ej; sådan som TSA forstår det.

CFS score og den akutte ældre multisyge:

- TSA har forståelse for, at CFS- screeningsværktøjet er valgt, da dette har vist sig at være det redskab som lettest kan implementeres. Dog, er det alligevel TSAs bekymring, at der – for at opnå den mest korrekte CFS- score – kræves et ikke ubetydeligt kendskab til patienten, hvilket unægtelig vil kræve mere tid for akutpersonalet (det være sig både sygeplejersker og læger). Disse er i forvejen yderst pressede grundet de aktuelle bemandingsudfordringer, hvorfor TSA igen gerne vil fremhæve behovet for ressourceforbrug og deraf kvaliteten af data.

CFS- score og akutmodtagelsernes organisation af akutte kontakter:

- Langt de fleste steder er skadestuer tilknyttet akutmodtagelserne. I skadestuen er den akutte kontakt ofte kort og vi tillader at sætte spørgsmålstejn ved hvilken værdi CFS-scoren giver for disse korte akutte forløb. Eksempelvis fru Nielsen på 80 år som ses pga. hudafskrabning. Vi finder at dette ligeledes ikke er i tråd med den aktuelle nationale kampagne "Vælg klogt" som netop ønsker at sætte fokus på at der ikke udføres overflødige tiltag i en tid hvor der skal prioriteres.

Med ønsket om kvalitet og værdi for den akutte ældre multisyge i akutmodtagelserne:

TSA ønsker at sætte fokus på det bedste grundlag for dataopsamling til DANFRAIL, hvilket betyder at der er behov for ressourcer og kvalifikationer for det gældende personale der skal udføre dette. TSA bemærker at oplæring alene vil bestå af et "e-læringskursus på en hjemmeside. TSA opfordrer til at man sikrer fyldestgørende kompetencer for dataregistreringen og i højere grad indtænker en egentlig implementeringsstrategi.

Ud fra ovenstående punkter og den aktuelt foreliggende evidens mener TSA derfor ikke at det berettiger indførelse af ny arbejdskrævende registrering af CFS ved starten af alle akutte hospitalskontakter.

TSA opfordrer desuden til at man overvejer, hvorvidt CFS er en relevant markør for behandlingskvalitet for den akutte ældre multisyge. TSA anbefaler, at man afventer yderligere forskning i en relevant dansk sammenhæng.

Venlig hilsen

Det Tværfaglige Specialeråd for Akutmedicin i Region Midtjylland



Aalborg Universitetshospitals høringssvar vedr. Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed

Tak for muligheden for at afgive høringssvar vedr. den kommende database for ældre med skrøbelighed. Det er en patientgruppe, der kalder på et særligt fokus. Med en forventet opstart af denne database den 1. januar 2024 følger en implementeringsopgave af så stort omfang, at det vækker bekymring. Opgaven med clinical frailty score, screeninger og registreringer er af et sådant omfang og med involvering af en stor mængde afdelinger og personale, at implementering og oplæringen indenfor tidsrammen er urealistisk.

Det er positivt, at Styregruppen ved forslaget til indikatorerne har haft fokus på at anvende eksisterende datakilder. Dog er vi ikke enige i, at dette vil minimere registreringsomfanget, som der er lagt op til i indledningen. For størstedelen af indikatorerne er der tale om ny og ekstra koderegistrering. Selvom der altså er tale om eksisterende datakilder i form af CPR-registeret og LPR, så vil de foreslåede ændringer i kodepraksis kræve et betydeligt ressourcetræk i de indberettende afdelinger herunder i særdeleshed vores akutmodtagelser og akutte medicinske modtageafsnit.

Det er tydeligt beskrevet i kapitel 3, at det er "*alle akutmodtagelser, som modtager akutte patienter på mindst 80 år*", som skal indberette til DANFRAIL. En række af indikatorerne ligger tidsmæssigt, så sent i patientforløbet, at selvom den akutte patient er startet i akutmodtagelsen, så vil screeninger/registreringer skulle foretages på de afdelinger, som den akutte patient overflyttes til. De facto er der altså tale om, at alle afdelinger, som modtager akutte patienter på mindst 80 år fra akutmodtagelserne skal indberette til databasen. Dette øger implementeringsudfordringen og ressourcetrækket betragteligt.

Det skal også bemærkes, at databasen har mange overlap til indikatorer i allerede eksisterende databaser såsom Demens, Hoftenære Lårbensbrud, Akutte Hospitalskontakter m.fl.

Det nævnes, at de prognostiske markører for patientgrundlaget omfatter Charlsons komorbiditetsindeks. Det beskrives endvidere, at de prognostiske markører opgøres ved starttidspunkt for den akutte kontakt. Vi kan ikke af det nuværende høringmateriale se, hvilke inklusionskriterier, som forventes at ligge til grund for Charlsons komorbiditetsindeks. Vi ser en problematik i, at det ofte blot er diagnoseregistreringerne fra hospitalerne, som medtages i beregningerne (f.eks. fem år tilbage), mens diagnoseregistreringer hos de praktiserende læger ikke er en del af for vurderingen af patientens komorbiditet.

Nedenfor finder I vores uddybende kommentarer ift. indikatorernes faglige indhold samt registrering og implementering.

Specifikke kommentarer til indikatorerne:

Indikator 1. Screening for skrøbelighed: Der er tale om en ekstra screening af en stor patientgruppe – og dertil en ekstra registreringsopgave. Allerede i dag skabes der ved indlæggelse et systematisk overblik og vidensniveau om patienten i forbindelse med anamnesen. Dette ligger naturligt til grund for tilrettelæggelsen af patientforløbet.

Lægefagligt set er CFS vigtig og rigtig for patientgruppen. Mennesker med CFS-8 og CFS-9 har fælles forventet restlevetid/høj risiko for død < 6 mdr., derfor bør grænsen overvejes nøje og evalueres. Det bør være tydeligt i standardfastsættelsen, hvis CFS-8 bibeholdes.

- CFS-7: "Fuldstændig afhængig af hjælp til egenomsorg" og er "stabile"
- CFS-8: "Fuldstændig afhængig af hjælp til personlig pleje og nærmer sig livets afslutning."

Indikator 2. Deliriumscreening: De foreslåede værktøjer er bedste bud, og derfor en udfordring at indføre. De mangler validering i danske akutmodtagelser. Dette bør få betydning for fastsættelse af indikatorens standard/målsætning.

Med indikatoren lægges der op til at indføre en registrering af, at der udføres en screening for delirium. Vanlig dokumentationspraksis er, at registreringer foretages, når der er et fund og når screeninger giver anledning til iværksættelse af en eller flere aktiviteter. Screeningerne kan ofte være SFI'er, men hvis en samlet screening ikke giver anledning til yderligere, følges den ikke op med en indberetning til LPR.

Indikator 3. Tidlig mobilisering: Lægefagligt set er mobilisering et væsentligt prædiktivt paramenter. Det må dog forventes at være associeret til belastning af afdelinger i form af ressourcer og fokus.

Det undrer, at CFS-8 skal være inkluderet i denne indikator. Formålet og relevans af mobilisering af mennesker med CFS-8 er uklart.

Med registreringen af ZP0030C er vi ude i en udvidelse af vanlig dokumentationspraksis og derved øges dokumentationsbyrden for klinisk praksis. (se kommentar til indikator 2).

Indikator 4. Genoplivning: Lægefagligt er dette et vigtigt paramenter for den skrøbelige ældre patient. Vi vurderer dog, at det lovgivningsmæssigt er problematisk at sætte lighedstegn mellem CFS score 5-8 og behovet for, at der skal tages stilling til fravalg af genoplivningsforsøg. Stillingtagen til genoplivningsforsøg skal udelukkende foretages, hvis det er fagligt relevant eller efter patientens ønske. F.eks. vil det for patienter med CFS-5 ikke automatisk være fagligt relevant med denne drøftelse.

Hvis indikatoren fastholdes, bør standarden ikke kobles direkte til CFS, da CFS som score ikke bidrager med viden om, hvorvidt det er relevant at tage stilling. Desuden bør den omdøbes fra "Genoplivning" til "Genoplivningsforsøg".

Oplysninger om fravalg af genoplivningsforsøg bør hentes i EPJ og overføres til LPR, men ikke indhentes ved oprettelse af ekstra koder.

Indikator 5. Ernæringsplan: Indikatoren støtter fokus på et parameter, der ofte er overset hos denne patientgruppe. ZZ2009C er en yderligere kodning end i vores nuværende praksis vedr. kodning af ernæringsplaner.

Indikator 6. ADL: Det undrer, at ADL vurderingen placeres i hospitalsregi. Der er ikke tale om en specialiseret opgave og ligeledes må det vurderes, at patientens tilstand under indlæggelsen ikke er habituel – og desuden at hospitalskonteksten ikke er egnet til at danne baggrund for denne observation. I forbindelse med udskrivelsesplanlægningen vurderes patientens funktionsniveau, hvilket vil kunne danne baggrund for en ADL i vanlige omgivelser foretaget af primær sektor. Det vurderes derfor, at ADL vurderingen medfører ekstra ressourcetræk og at en del af ADL vurderingen allerede foretages og beskrives i Plejeforløbsplanen.

Indikator 8a og 8b. Dødelighed: Det vil være mest hensigtsmæssigt, at CFS-8 ikke er inkluderet i nævner for disse to indikatorer. Desuden bemærkes det, at mortaliteten for de akutte hospitalskontakter allerede monitoreres og auditeres i regi af Databasen for Akutte Hospitalskontakter. Det kan være u hensigtsmæssigt, at samme patientgruppe dobbeltauditeres.



06.10.2023

Høringssvar, Regionshospitalet Nordjylland – DANFRAIL

Høringssvar er udarbejdet af repræsentanter fra Akutafdelingen (inkl. terapien), Medicinsk Afdeling, Ældre medicinsk Afsnit, Klinisk Digitalisering og IT, Kvalitetsenheden

Generelle kommentarer

I baggrundsnotatet fremgår: *"DANFRAILs formål er at monitorere og forbedre behandlingskvaliteten for alle ældre med skrøbelighed i Danmark. Det har været vigtigt for styregruppen at pointere det brede fokus med databasen, da ældre med skrøbelighed ofte har mange komplekse problemstillinger med tydeligt behov for en tværfaglig og tværsektoriel tilgang for at sikre optimal behandlingskvalitet"*.

Vi har en bekymring om den umiddelbare opgaveglidning, hvor hospitalet får tildelt opgaver der naturligt og fagligt hører til i kommuner og almen praksis fx at man i en akutmodtagelse skal screene patienter for deres skrøbelighed for patientens normaltilstand (14 dage før indlæggelse). Dette er en usædvanlig opgave, hvor akutmodtagelsen normalt skal agere og reagere på patientens akutte tilstand. Vi ser en risiko for at patienter screenes, baseret på den akutte tilstand, og dermed får for høje CFS-score, der følger/stempler patienten i det videre forløb. Screeningen hører naturligt hjemme i primærsektor og almen praksis, samt relevante sengeafsnit på hospitalet.

Kan man sammenligne data, på tværs i landet, når kommuner ikke er med og der samtidigt er store regionale forskelle på hvordan kommuner arbejder?

Region Nordjylland (Hospitalet) er ikke repræsenteret i styregruppen. Dette er vigtigt i det fremadrettede arbejde, både ift at have indsigt i det organisatoriske set-up for akutmodtagelser i regionen samt indsigt og kobling til vores specifikke EPJ.

Vi vil stærkt anbefale at man i det fremadrettede arbejde med indikatorer, SKS-koder og LPR-træk involverer digitaliserings- og IT-folk fra alle regionerne, sådan at vi registrerer og bliver målt på samme grundlag.

Alle afdelinger med sengeliggende patienter, vil også skulle implementere både screeningsværktøj og registrering af øvrige indikatorer, da den akutte patient på >80 år, kan modtages direkte i relevant speciale for nogle sygdomsområder. Implementeringsindsatsen, kompetenceudviklingen og brugen af nye registreringer og kodninger kommer derfor til at gælde alle kliniske afdelinger, der modtager voksne patienter, igen et meget ressourcekrævende arbejde på hospitalsniveau, der kræver løbende oplæring og fastholdelse af kompetencer. Det kan særligt være en udfordring i akutmodtagelsen hvor der er et stort flow af nyt personale, der vil skulle oplæres grundigt.

Kommentarer til indikatorerne:

Indikator 1, Nyt screeningsværktøj, procesindikator.

Vores demografi i RN med en stor mængde af >80-årige betyder at der kommer en ekstra arbejds-gang, og samtidig en ny registreringsbyrde i akutmodtagelsen, hvor man allerede nu ved journalop-tag, klinisk blik og evt. konferering med geriatri-team har fokus på skrøbelighed hos ældre og deres behov og samlede patientforløb. Et patientforløb i akutmodtagelsen med rettidig og korrekt visitation

til rette speciale er vigtigt for denne patientgruppe. Screening af patients normaltilstand, fra 14 dage før kontakt, er en usædvanlig opgave, hvor akutmodtagelsen normalt skal agere og reagere på patientens akutte tilstand. Vi ser en risiko for at patienter screenes, baseret på den akutte tilstand, og dermed får for høje CFS-score, der følger/stempler patienten i det videre forløb. Screeningen hører naturligt hjemme i primærsektor og almen praksis, samt relevante sengeafsnit på hospitalet.

Begrebet "kontaktstart" bør defineres mere skarpt; bør det forstås som kontaktstart for ankomst til hospital? Det er vigtigt at styregruppen har fokus på at der anvendes samme koder og registreres ens på tværs af landet. Fx ved at styregruppen er i kontakt med digitaliseringsfolk fra alle regioner.

Vi mener det er undervurderet at e-læringskurser vil være sufficient oplæring og fastholdelse af kompetencer ift. at anvende CSF-screeningsværktøjet.

Indikator 2: Screening af DELIR ved CFS ≥ 5 .

Det er et nyt værktøj der skal oplæres i akutmodtagelsen. Screeningsværktøjer kan være en hjælp, men bør ikke være et krav. Vi mener at man bør kunne screene patienter for delir uden brug af værktøj og stadig registrere i databasen, at patienten er screenet for delir.

Nuværende praksis er at vi kun registrerer ved positive fund, der kræver handling. Indikatoren vil gøre at alle patienter skal registreres og øger dermed dokumentationsbyrden.

Vi mener at det er vigtigt at der anvendes samme screeningsværktøj, hvis man skal sammenligne data på tværs af landet og skabe et fælles sprog. I Region Nordjylland anvendes 4AT.

Delir og dertilhørende screeningsværktøjer er komplekst, og det er derfor vigtigt at personalet løbende kompetenceudvikles til opfølgning og anvendelse.

Opfordres der kun til brug af diagnosekode eller er den nødvendig for at data trækkes? Bliver registreringen ekskluderet, hvis der ikke ligger diagnosekode?

Indikator 3 Procesindikator Tidlig mobilisering ved CFS 5-8.

Trækkes data kun på hospitalsenhed der modtager patienten? Det vil ofte være akutmodtagelsen. '

Mobilisering giver god mening for patienten, men der er en bekymring om ressourcer og organisering af arbejdet, hvis mobilisering skal ske inden for 24 timer. Kræver at der terapeuter nok til rådighed, også i weekenden. Igen, kræver det også oplæring af personale.

Indikator 4, Procesmål: stillingtagen til genoplivningsforsøg for indlagte med CFS 5-8.

Vi understøtter, at den nødvendige samtale om behandlingsloft/genoplivning afholdes sammen med de >80-årige og pårørende uanset CFS-score med hensyntagen til det lægefagligt relevante og efter patientens ønske allerede i akutmodtagelsen og øvrige modtagende afsnit.

Findes den SKS-kode der henvises til?

Indikator 5. Ernæringsplan CFS 5-8 \geq 24 timer for indlagte.

Så vidt kodningen passer med nuværende kodningspraksis i NordEPJ så er registrering af udført ernæringsplan OK. Det er ikke normal registreringspraksis at dokumentere ikke-behov.

Der skal være tydelighed og ensretning, i hvad en ernæringsplan indebærer, hvis data skal kunne anvendes til kvalitetsudvikling. Bør der være delmål – er det fx dysfagi eller ernæringsvurderingen der mangler?

Ernæringsplanen som den beskrives i indikatoren, er omfattende og der er en bekymring for om opfølgning og handling kan forlænge patientens indlæggelse. Vi ser det som kommunens opgave at lave en ernæringsplan/screening forud for indlæggelsen, da de har patienten i længere tid. Da patienten er akut syg på hospitalet, kan en ernæringsplan lavet på hospitalet, risikere at være misvisende for patientens efterfølgende ernæringsbehov.

Indikator 6: ADL vurdering ved indlæggelse på mindst 24 timer ved CSF 5-7

Nuværende plejeforløbsplaner og udskrivningsrapport indeholder informationer om patientens funktionelle niveau ved udskrivning, behov for hjælpemidler osv. Det er vigtigt, at der ikke opstartes parallel/dobbelt dokumentation. Primærsektor benytter flere redskaber til kontinuerlig monitorering af patientens daglige funktionsniveau.

Hvis vi systematisk skal foretage ADL på hospitalet, bør vi følge Sundhedsstyrelsens anbefaling om at benytte Barthel-100. Dette bør ensrettes på tværs af landet, så vi har fælles sprog og sammenlignelige data.

Indikator 7 – Akut genhenvendelse inden for 7 / 30 dage

Vi synes det er problematisk at man i styregruppen allerede anerkender at genhenvendelse kan skyldes confounders, men stadig vælger at beholde indikatoren som et kvalitetsmål.

Indikatoren kan udelukkende bruges til kvalitetsudvikling, hvis der foretages tværsektoriel auditering på patientforløb. Dette for at kvalificere, om det fx handler om værdig forventet afslutning på livet eller om et evt. kvalitetsbrist i indlæggelsesforløbet, i primær- eller praksissektor, eller overgange herimellem.

Indikator 8a og 8b: Mortalitet 7 / 30 dage

Vi synes det er problematisk at man i styregruppen allerede anerkender at genhenvendelse kan skyldes confounders, men stadig vælger at beholde indikatoren som et kvalitetsmål.

Indikatoren kan udelukkende bruges til kvalitetsudvikling, hvis der foretages tværsektoriel auditering på patientforløb. Dette for at kvalificere, om det fx handler om værdig forventet afslutning på livet eller om et evt. kvalitetsbrist i indlæggelsesforløbet, i primær- eller praksissektor, eller overgange herimellem.



Notat

Hørings svar DANFRAIL CSR sept. 2023

7. september 2023

Københavns Kommune takker hermed for muligheden for at bidrage med et hørings svar på RKKPs videncenters og Styregruppens forslag til indikatorer i Dansk Kvalitetsdatabase for ældre med skrøbelighed. Københavns Kommune har udarbejdet et hørings svar i Center for Omsorg – og Rehabilitering, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Københavns Kommune.

Sagsnummer
2023-0363884

Dokumentnummer
2023-0363884-1

Vi har flg. kommentarer til DANFRAIL

Bemærkninger vedrørende Dansk Kvalitetsdatabase for ældre med skrøbelighed

Vi savner fokus på faldforebyggelse hos den skrøbelige ældre borger, da netop fald er årsag til mange, akutkontakter for denne patientgruppe. Det kunne enten være ved at tilføje en prognostisk markør ved "Kontakt start" med information om fald forud for hospitalskontakt. Eller ved at tilføje en yderligere indikator med risikovurdering for fald, når borger scorer CFS 5-8. Her kunne anvendes Sundhedsstyrelsens risikovurdering, som indgår i den indledende sygeplejevurdering på nogle akutmodtageenheder.

Med valget af indikator 1 CFS, formodentligt version 2.0, som screeningsredskab er der taget et godt valg af et validt redskab, som er let forståeligt og kan appliceres uden nævneværdigt ressourceforbrug. Det er en god ide, at denne indikator i modsætning til andre valgte indikatorer ikke kan vælges fra og der kan ikke vælges mellem flere skrøbelighedsskalaer. Det bør også overvejes om ikke en indikator for "severity" burde tilføjes.

Med valget af indikator 2, for delir, er der, set ud fra et kommunalt perspektiv en række opmærksomheder, der bør tages højde for. Delir er vigtigt, men fluktuerende og da op til 50% af alle skrøbelige indlagte patienter vil vise tegn på delir, vil det måske mere være reglen end undtagelsen, at der i denne gruppe vil være tegn på delir. Fra et kommunalt synspunkt er det vigtigere, at borgerens kognitive tilstand ved udskrivelsen er med i databasen. Borgerens kognitive funktionsniveau vil, erfaringsmæssigt være af langt større betydning for rehabilitering på den længere bane, end akut opstået delir ifm. indlæggelse. En tilstand der forhåbentligt er overstået inden udskrivelse.

Med indikator 3, tidlig mobilisering er valget faldet på en dikotom variabel, hvor mobilisering kan være påbegyndt eller ikke. Vi anbefaler her, at der tilføjes cumulated ambulation score (CAS), som systematisk registrerer kvaliteten i mobiliseringen og kan vurdere basismobiliteten og udviklingen i samme.

Center for Sundhed og Rehabilitering
Afdeling for Rehabilitering
Borups Allé 41
2200 København N

EAN-nummer
5798009290458

www.kk.dk

Indikator 6 ADL. Det er glædeligt og betydningsfuldt, at det har været muligt at få en ADL vurdering ind i DANFRAIL. Ud fra et dataanvendelsesperspektiv har vi et par opmærksomhedspunkter. Såfremt der er frit valg mellem 4 ADL vurderingsværktøjer vil det være svært at anvende grupperede data til deskriptive og analytiske opgaver. Der findes omregningsmuligheder mellem Barthel 100 og Barthel 20. Men AMPS og FIM, kan så vidt vi ved ikke omregnes og sammenlignes med de andre. Vi vil anbefale, at I holder jer til Barthel 20, som er kendt i regionerne og kan udføres uden de store omkostninger. Vi kan også det stærkeste fraråde, at der indsættes en SKS-kodning "ingen indikation for ADL vurdering". Det medfører en risiko for at det i en travl dagligdag anvendes som en vej til at undlade udfyldning af denne indikator og datakvaliteten på det her område vil falde dramatisk.

Med venlig hilsen

Center for Sundhed og Rehabilitering

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Københavns Kommune

DanStroke

Kære Styregruppe for DANFRAIL,

Vi ser meget positiv på jeres database og har følgende bemærkninger:

En konkret erfaring vi har fra primært de terapeutiske og sygeplejefaglige indikatorer (tidlig mobilisering, fysio/ergoterapeutisk vurdering og dysfagiscreening) i DanStroke er, at det er en udfordring i at have svarkategorien "ikke-relevant" eller tilsvarende, da den ikke blev anvendt ens af i de forskellige regioner/sygehuse. Derfor er dette ikke længere en mulighed i DanStroke

Det viste sig over år, at der var kommet en relativt stor forskel i andel af patienter, som var vurderet "ikke fagligt relevante" på forskellige enheder til trods for at patientsammensætningen vurderet ud fra stroke sværhedsgrad målt ved Scandinavian Stroke Scale (SSS) ikke var forskellig mellem regioner/sygehuse – så der burde ikke være væsentlige forskelle i andel af patienter der blev vurderet til at være "ikke fagligt relevant".

Vi havde ligesom i DANFRAIL beskrivelser af dvs. datadefinitioner, der beskrev hvornår svarkategorien "ikke fagligt relevant" skulle anvendes, men alligevel synes det ikke at blive fulgt efter hensigten. Det udfordrede selvfølgelig validiteten af vores data, ligesom at nogle enheder kunne stå som opfyldt på indikatorkravet, men i virkeligheden var en stor del af deres patienter sorteret fra i analysen, da de var registreret ikke fagligt relevante.

Vi kan se i DANFRAIL, at indikator 3, 5 og 6 har tilsvarende "ikke relevant" eller "ikke behov". På baggrund af ovenstående udfordring i DanStroke valgte vi at udfase muligheden for "ikke fagligt relevant". Vi justerede standarden for indikatorværdien tilsvarende og valgte at ekskludere patienter fra analyserne, som døde inden for x antal dage, da de af åbenlyse årsager ikke vil være fagligt relevante for indikatorerne. På den måde fjernede vi den enkelte klinikers ansvar for at vurdere om en patient var relevant til ex. mobilisering.

Vi vil anbefale lignende overvejelser for DANFRAIL. Hvis koder for "ikke relevant/ikke behov" fjernes kan det også reducere registreringsbyrden i praksis, særligt hvis det også er koder, som endnu ikke er implementeret. Vi kan sagtens forstå behovet for at se, hvor mange patienter der ex. er mobiliseret tidligt, hvor mange der ikke var fagligt relevante/indikation for mobilisering og hvor mange hvor det ikke er opfyldt for. Vores erfaringer viser desværre, at det ikke fungerede efter hensigten.

Indikatorerne i DanFrail synes overskuelige og velovervejede for patientgruppen, også når der tænkes på tværs af specialeopdelingen. Det er tillige fornuftigt at vente med at fastlægge standarderne til de(t) første års data er indsamlet.

Vi anbefaler på baggrund af erfaringer fra DanStroke at holde fast på dataindsamlingen via de eksisterende datakilderegistre så som CPR register og LPR3.

Jakob W. Hendel, Vicedirektør, Amager og Hvidovre Hospital

Jeg finder den foreslåede database problematisk af mange årsager:

- der er nærmest tale om "selvbestøvning", da de fleste indikatorer er en delmængde af indikatorer fra andre databaser
- indikator 1 implicerer, at CFS kun er relevant ved en patientalder over 80, hvorefter de øvrige indikatorer taber drastisk i værdi, hvis ikke indikator 1 opfyldes

når der nu i "Baggrund" tales om en øget risiko, hvorfor så afgrænse ved 80 i databasen. Jeg er med på, at det beriger materialet....men er det godt for den samlede population?

Troels K Hansen, hoveduddannelseslæge i geriatri, ph.d

Høringsvar: DANFRAIL

Kære DANFRAIL-styregruppe

Først og fremmest en stor tak for jeres grundige og gennemarbejdede indikatorsæt. Det vil få stor betydning for ældre med skrøbelighed i årene fremover, og jeg vil som kliniker og forsker glæde mig til at arbejde med det og de data, det vil generere.

Efter at have læst materialet igennem har jeg fundet anledning til nedenstående kommentarer. Nogle områder har tydeligvis selv været omkring i diskussionerne i forbindelse med arbejdet med indikatorsættet, jeg tillader mig alligevel at nævne punkterne – om ikke andet for at give opbakning til senere reviderede og evt. udvidede udgaver af indikatorsættet.

1. Ad ønske om udgangspunkt i CGA, kommunikation og kontinuitet:

Jeg ser ingen tegn i indikatorsættet på, at kommunikation og kontinuitet er inddraget som indikatorer. Det synes at fade ud i overvejelser om LUP-data, som alligevel ikke indgår i indikatorsættet. Overvej at fjerne denne hensigts erklæring fra materialet – nævn det eventuelt på niveau med ønsket om at almen praksis og kommuner også indsamler data i fremtiden. Alternativt bør der nu eller senere tilføjes en indikator, som eksempelvis kan være ”Tilbud om pårørendeinddragelse i indlæggelsesforløbet indenfor 72 timer” eller lignende. Det er muligt, at denne indikator ikke er stærkt evidensbaseret, men som I også skriver, er det kraftigt efterspurgt af patienterne. Vi har tidligere lavet en mindre undersøgelse der berørte emnet, og andre har også lavet (bedre) studier om emnet: Hansen, T.K., Jensen, A.L., Damsgaard, E.M. *et al.* Involving frail older patients in identifying outcome measures for transitional care—a feasibility study. *Res Involv Engagem* 7, 36 (2021).

<https://doi.org/10.1186/s40900-021-00288-9>

2. Ad ønske om en database med alle ældre, der lever med skrøbelighed:

Det når man ikke med en aldersgrænse på 80 år. Hvad er evidensen bag denne høje aldersgrænse? Det synes, som om hensigten er at udvide datasættet til 75 eller 70 år og opefter senere hen. Jeg forstår, at tanken er at minimere arbejdet for klinikerne ved at holde sig til ældre over 80 år – i praksis tror jeg man vil opdage, at CFS er så nemt at lave, at det bliver en automatik at man gør det ved alle patienter, der fremstår ”ældre” i modtagende afdeling. Som kliniker ville jeg blive lidt irriteret over at skulle undlade at rapportere min CFS-vurdering, når jeg opdager at patienten er 79 år, og det ellers er relevant at vurdere skrøbeligheden. Spild af gode data. Overvej gerne at sænke alderskravet til 75 år og op med det samme. Jeg tror man bliver mere irriteret over opgaven, hvis den senere udvides, end ved at få den serveret med det samme – større besvær er det altså ikke.

3. Ad CFS=9 er udeladt

Hvorfor? Jeg savner argumentationen og evidensen bag dette valg. En skrøbelig patient kan også blive terminal, men mange terminale er ikke erklæret terminale, ligesom en del bliver det under indlæggelsen – disse patienter kommer med i databasen. Jeg forstår slet, slet ikke hvorfor dette selektionsbias skal indføres i databasens populationsdannelse. Det gør desuden inklusionen unødigt kompliceret. Keep it simple, tag alle med, så kan man altid ekskludere terminale (og ikke-frail) i senere brug af data.

4. Ad CFS udførelse og tidspunkt

I dele af materialet fremgår det ikke helt tydeligt, at CFS skal laves inden 12 timer. Det kan muligvis give anledning til misforståelser, da indlæggelse er defineret ved varighed min 12 timer. Det er som jeg forstår det alle ældre over 80, som kommer til hospitalet, der skal have lavet CFS, men ikke alle disse bliver indlagt. Man kan som personale få følelsen, at CFS-arbejdet er spildt, hvis det ender med at patienten alligevel går hjem inden der er gået 12 timer – risikoen er, at CFS derfor bliver lavet efter 12. time, da man ikke vil lave unødigt/værdiløst arbejde. Alle over 80, som henvender sig til hospital får lavet CFS – giver det værdi? Eller skal man hellere vente til patienten pr. definition er indlagt, og lave CFS mellem 0-24. (eller 12.-24.) time?

5. Ad CFS

Fokus på værdien af, at alle CFS færdiggøres, også selv om det er CFS 1, 2, 3 eller 4. Det fulde datasæt har værdi – også selv om patienten ikke er skrøbelig defineret ved CFS >4. Anbefaler opmærksomhed på dette i forbindelse med undervisning og implementering.

6. Ad fri delir-score:

Det er ikke perfekt, men jeg forstår det er nødvendigt for at komme i gang. På sigt bør man vælge en og kun en national indikator-score.

7. Ad ”Genoplivning”

- Mange steder skrives ”stillingtagen til genoplivning”. Vi kan **ikke** tage stilling til, om patienten kan, skal eller bliver genoplivet. Formuleringen ”stillingtagen til genoplivning” gør kommunikationen om behandlingsniveau unødigt vanskelig. Det bidrager til journalistiske, populærvidenskabelige og lægfolkelige misforståelser og at også en del sundhedsprofessionelle har berøringsangst for emnet. Man kan derimod som læge vurdere, om der efter lægefaglig vurdering skal *tilbydes forsøg på genoplivning*, hvilket patienten så kan sige ja tak eller nej tak til på et informeret grundlag. Forslaget herfra er at ændre formulering til ”stillingtagen til genoplivningsforsøg”, ”stillingtagen til forsøg på genoplivning”, eller ”stillingtagen til behandlingsniveau, herunder forsøg på genoplivning” eller lignende.

8. Ad valgfri ADL-score

Samme problemstilling som pkt. 6.

9. Ad evidensgrundlag mht. genhenvendelse (genindlæggelse):

Der skrives at styregruppen ikke kender til ”danske opgørelser over genindlæggelsesfrekvens blandt ældre med skrøbelighed”. Muligvis har søgningen været begrænset til CFS-baseret skrøbelighed? Overvej i så fald at justere formuleringen tilsvarende.

Vi har undersøgt genindlæggelse hos skrøbelige i medicinsk afdeling i Randers, hvilket naturligvis har en begrænset evidensmæssig vægt i kraft af at være en sekundær analyse udført på en kohorte fra et enkelt hospital – men måske det alligevel er vand på DANFRAILS mølle?

<http://ugeskriftet.dk/dmj/geriatric-assessment-may-prevent-readmission-frail-medical-inpatients>

Fortsat god arbejdslyst med DANFRAIL – og endnu en gang tak for det engagement, de mange timer og de kloge overvejelser, der er lagt i arbejdet



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram