



# **DANSK APOPLEKSIREGISTER**

## **Datadefinitioner**

**Version 6.3**

**Juni 2021**

Dansk Apopleksiregister er en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase, godkendt af Sundhedsdatastyrelsen.

Postadresse:

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

Hedeager 3, DK-8200 Aarhus N

Telefon: (+45) 2168 7583

E-mail: [anning@rkkp.dk](mailto:anning@rkkp.dk)

Web-adresse: [www.rkkp.dk](http://www.rkkp.dk)

## INDHOLDSFORTEGNELSE

DIAGNOSE -OG INKLUSIONSKRITERIER .....	5
Udenlandske patienter .....	6
INDBERETNING AF PATIENTFORLØB TIL DAP .....	6
Flyt forløb .....	7
Et skema pr. patientforløb .....	7
Indlevering af KMS skema .....	7
DEFINITION AF VARIABLE .....	7
Generelt .....	7
Cpr.nr. ....	7
Symptomdebut .....	7
Akut indlagt .....	8
Apopleksiafsnit .....	8
Overflyttet til anden afdeling .....	8
INDLÆGGELSESTATUS/ STATUS VED 1. AMBULANTE KONTAKT .....	9
Civilstand .....	9
Boligform .....	9
Alkohol .....	9
Rygning .....	9
KENDT SYGDOM: Tidligere eller i forbindelse med aktuelle indlæggelse/1. ambulante kontakt .....	9
Diabetes mellitus .....	9
Atrieflimren .....	10
AMI .....	10
Hypertension .....	10
Tidligere apopleksi .....	10
Tidligere TIA .....	10
Perifer arteriel sygdom (PAD) .....	10
APOPLEKSIENS SVÆRHEDSGRAD VED INDLÆGGELSEN /1. AMBULANTE KONTAKT .....	10
Scandinavian Stroke Scale .....	10
INTERVENTIONER/ BEHANDLING UNDER INDLÆGGELSEN .....	11
Undersøgt med CT/MR-scanning .....	11
Undersøgt med ultralyd/CT/MR- angiografi af halskar .....	11
Tidlig mobilisering .....	11
Dysfagiscreening .....	12
Vurdering af ernæringsrisiko .....	13
Vurdering ved en ergoterapeut .....	13
Vurdering ved en fysioterapeut .....	14
Trombocythæmmende behandling .....	14
Oral antikoagulansbehandling .....	15
UDSKRIVELSE /AFSLUTNING .....	16
Udskrivelse /Afslutning .....	16

Udskrivelsesdiagnose /Afslutningsdiagnose .....	16
DATA FRA LANDSPATIENTREGISTRET TIL BEREGNING AF INDIKATORER.....	17
Screening for atrieflimren/monitorering af hjerterytme .....	17
Genoptræning ved fysioterapeut .....	17
Genoptræning ved ergoterapeut .....	18
Udskrivelse med genoptræningsplan .....	18
BILAGSFORTEGNELSE .....	19

## DIAGNOSE -OG INKLUSIONSKRITERIER

Alle patienter >18 år med akut apopleksi, subarachnoidal blødning (SAH) eller transitorisk iskæmisk anfald (TIA), der har haft et forløb af kortere eller længere varighed, skal indberettes til Dansk Apopleksiregister.

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

Apopleksi er i Dansk Apopleksiregister defineret i henhold til kriterier fra WHO, dvs. at der ved apopleksi forstås en tilstand på formodet vaskulær basis karakteriseret ved hurtig udvikling af kliniske symptomer på tab af fokal eller evt. global neurologisk funktion med en symptomvarighed på mere end 24 timer eller førende til patientens død. TIA er defineret som fokale neurologiske udfaldssymptomer af under 24 timers varighed på formodet vaskulær basis.

I Dansk Apopleksiregister omfatter definitionen af apopleksi patienter med intracerebral hæmorrhagi, iskæmisk apopleksi, apopleksi uden specifikation af type, transitorisk iskæmisk anfald (TIA) og verificeret aneurismal subarachnoidalblødning (SAH). Registreringen omfatter følgende ICD-10 koder:

- I 61 Hjerneblødning
- I 63 Hjerneinfarkt
- I 64 Slagtilfælde uden oplysning om blødning eller infarkt
- G 45 Transitorisk anfald af cerebral iskæmi - alle DG 45 diagnoserne medtages undtagen Amaurosis fugax G 45.3 og Global forbigående Amnesi G 45.4
- I 60.0 til og med I 60.7 Subarachnoidalblødning. Blødninger fra andre vaskulære malformationer (herunder ekstracerebrale aneurismer ved AVM), SAH udgående fra dissekerende eller infektiøse (mykotiske) aneurismer, eller SAH hvor der ikke findes en blødningskilde medtages ikke. Ustabile aneurismer som kan give smerter, men hvor der ikke påvises blødning, medtages ikke. Hvis blødningen fra et aneurisme kun giver anledning til en intracerebral blødning, registreres det, som var der en SAH. Patienter indberettes hvad enten de er blevet behandlet kirurgisk, endovaskulært eller man har undladt behandling.

De ovennævnte ICD-10 koder skal være registreret som aktionsdiagnose eller som bidiagnose til aktionsdiagnosen DZ501 Kontakt mhp. anden fysioterapi.

Patienter med subdural hæmatom, epidural blødning, retinainfarkt, samt infarkt og ICH (intracerebral hæmatom) forårsaget af traume, infektion eller en intracerebral malign proces er således ikke omfattet af ovennævnte definition. Ligeledes omfatter definitionen ikke patienter med udelukkende diffuse symptomer, f.eks. isoleret svimmelhed eller hovedpine, eller asymptomatiske patienter med infarkt påvist ved CT eller MR skanning.

Alle patienter, som opfylder ovennævnte kriterier, uanset indlæggelsesafdeling, skal indberettes til Dansk Apopleksiregister. Registreringen starter ved ankomst til sygehuset på den første afdeling patienten har kontakt til, uanset hvilken afdeling forløbet påbegyndes.

I tilfælde hvor registrering er påbegyndt i forbindelse med mistanke om apopleksi, men hvor diagnosen senere frafaldes, skal patienten ikke indberettes til Dansk Apopleksiregister.

I tilfælde hvor samme patient får flere apopleksi eller TIA tilfælde under samme forløb, skal der kun udfyldes ét registreringskema. Er patienten derimod blevet udskrevet/afsluttet efter apopleksi/TIA, skal der foretages en ny registrering, såfremt patienten genindlægges med en ny apopleksi/TIA, hvis apopleksien/TIA er opstået  $\geq 24$  timer efter den forrige apopleksi/TIA, og det kan udelukkes, at der er tale om en forværring af den forrige apopleksi.

Der er i Dansk Apopleksiregister lagt vægt på at få indsamlet et afgrænset datasæt, som kan anvendes til at belyse væsentlige elementer af håndteringen af apopleksipatienter. Det er ikke målsætningen og ej heller praktisk muligt at foretage en detaljeret registrering af det enkelte patientforløb, som fuldstændigt afspejler alle aspekter af det specifikke forløb. Nedenstående variable med tilhørende definitioner vil således forhåbentlig være relevante og dækkende for det absolutte flertal af apopleksipatienter, men ikke nødvendigvis for alle.

Indberetning til Dansk Apopleksiregister vedrører alle patienter, som behandles i det offentlige sundhedssystem i Danmark, såfremt de i øvrigt opfylder inklusionskriterierne i relation til de enkelte sygdomsområder.

### **Udenlandske patienter**

For udlændinge indberettes data svarende til forløbet i Danmark; men der vil ikke være mulighed for opfølgning i forhold til indikatorer, der ligger ud over forløbet. Dette gør sig også gældende for patienter fra Grønland og Færøerne.

DAP dækker ikke patienter indlagt i Grønland, da den danske Sundhedslov ikke er gældende i Grønland. Hvis en patient i Grønland får udført en behandling af et dansk sygehus, vil resultatet blive tilskrevet den dataindberettende enhed i Danmark.

## **INDBERETNING AF PATIENTFORLØB TIL DAP**

DAP er baseret på data indtastet på DAP's databaseplatform (Klinisk Måle System - KMS) samt data fra CPR-registret, Landspatientregistret, Receptregistret og Landsregistret Karbase.

Direkte dataindtastninger foretages i KMS. Her skelnes mellem dataregistrering og dataindberetning. *Dataregistreringen* i KMS påbegyndes på den afdeling, hvor patienten starter sit forløb. Hvis patienten flyttes til et andet sygehus, vil det "nye" sygehus have ansvaret for registreringen af den resterende del af patientens data (registreringskemaet følger patienten).

Når et forløb indebærer indlæggelse på flere afdelinger/sygehuse, skal der lokalt laves aftaler mellem de involverede parter ift. ansvaret for at foretage selve *indberetningen* til DAP i KMS. Det vil sige, at én afdeling foretager indberetningen af alle patientens data, selvom behandlingen har fundet sted på flere afdelinger. Denne afdeling er en dataindberettende enhed.

Når patientforløbet er afsluttet, skal data indberettes til DAP-databasen. Dette skal foretages af den dataindberettende enhed.

- a) Hvis den første afdeling/sygehus er dataindberettende enhed, skal det have skemaet retur fra den afdeling, som foretog den sidste dataregistrering.
- b) Hvis patienten afsluttede sit forløb på en dataindberettende enhed, så indberetter den blot til

DAP-databasen, når alle data er registreret.

Der er den dataindberettende afdeling som tildeles resultaterne (opfyldelse af kvalitetsmålene) af behandlingen.

### **Flyt forløb**

Det er muligt i KMS at oprette patienten og påbegynde registrering af patientens data i det elektroniske skema og efterfølgende flytte skemaet elektronisk til den afdeling, patienten overflyttes til - og eventuelt flytte skemaet retur til den første afdeling, hvis de skal forestå indberetningen.

### **Et skema pr. patientforløb**

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

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

### **Indlevering af KMS skema**

Det er kun muligt at indgå i DAP-databasen, hvis der er *indleveret* et dataregistreringsskema. Oprettelse af et skema er således ikke tilstrækkeligt.

Spørgsmål vedr. KMS – se her: <https://www.rkkp.dk/systemer-og-support/indberetningssystemer/kms/>

## **DEFINITION AF VARIABLE**

### **Generelt**

Det er et gennemgående princip, at data i registreringsskemaet skal være i overensstemmelse med oplysninger i journalen og således afspejle det aktuelle sygdomsforløb. Der kan i helt særlige situationer være en tilsyneladende mangel på overensstemmelse mellem skema og journal, uden at der er tale om en fejlregistrering. Sådanne uoverensstemmelser, som skyldes den manglende detaljeringsgrad af registreringsskemaet, kan f.eks. opstå i situationer, hvor det efter en klinisk vurdering af en meget dårlig patient i den initiale fase angives som ”ikke relevant” at foretage en vurdering af fysio- eller ergoterapeut, men hvor patienten senere i indlæggelsesforløbet kommer sig så meget, at en vurdering alligevel gennemføres. Da Dansk Apopleksiregister primært er fokuseret mod indikatorer, som udspiller sig i den tidlige fase af indlæggelsesforløbet, vil det i sådanne tilfælde være mest rimeligt at fastholde den tidlige kliniske vurdering på registreringsskemaet, skønt patienten sent i sit forløb mod forventning alligevel er fundet egnet til en vurdering af fysio- eller ergoterapeut.

### **Cpr.nr.**

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

### **Symptomdebut**

- Angives som dd-mm-åå samt tt-mm.

- Såfremt den præcise dato/tidspunkt for symptomdebut ikke kendes, kan der anvendes et skøn. I tilfælde, hvor apopleksien er opstået om natten, men først erkendt om morgenen, anvendes sidste tidspunkt, hvor patienten med sikkerhed ikke havde udviklet apopleksi.
- Ved ophobede TIA episoder angives dato/tidspunkt for første episode indenfor de sidste 30 dage.
- I tilfælde af at TIA er efterfulgt af apopleksi med evt. trombolyse/EVT behandling, vil det således være apopleksi-episoden, som indberettes.
- Variablen er af central betydning for Dansk Apopleksiregister og er derfor obligatorisk at udfylde.

### **Ophobede TIA episoder**

- Angives som “Ja”, “Nej” eller “Uoplyst”.
- Udfyldes hos TIA patienter og angiver, hvorvidt patienten har haft mindst 1 TIA episode indenfor de sidste 30 dage forud for første kontakt til sekundær sektoren.
- Det tilfælde som har størst behandlingsmæssige implikationer vil have fortrinsstilling i registreringen.

### **Akut indlagt**

- Angives som dd-mm-åå samt tt-mm.
- Klokkeslæt (tt-mm) angiver tidspunktet, hvor patienten indlægges på sygehusets modtageafdeling.
- Endvidere sygehuskode (4 cifre) og afdelingskode (3 cifre + ved afsnitsniveau 4 cifre i alt) i henhold til Sundhedsstyrelsens klassifikation.
- Angiver første indlæggelsessted. Dette kan f.eks. være skadestue, medicinsk visitationsafsnit, intern medicinsk afdeling eller et apopleksiafsnit afhængigt af lokale og patientspecifikke forhold.
- For TIA patienter som evt. kun ses ambulante, angives dato for første ambulante kontakt i sekundærsektoren.
- Såfremt patienten allerede er indlagt på tidspunktet for symptomdebut, f.eks. i forbindelse med et kirurgisk indgreb, vil tidspunkt for symptomdebut og tidspunkt for indlæggelse være identisk. Den afdeling, hvorpå patienten befinder sig ved udvikling af symptomerne skal da anføres som første indlæggelsessted.

### **Apopleksiafsnit**

- Angives som “Ja”, “Nej” eller “Uoplyst”.
- Et apopleksiafsnit er en sygehusafdeling/-afsnit, der udelukkende eller næsten udelukkende beskæftiger sig med udredning og behandling af patienter med apopleksi, og som er karakteriseret ved tværfaglige teams, et personale med særlig interesse for apopleksi, medinddragelse af pårørende og stadig kompetenceudvikling af personalet.
- Standarden på 90 % er udtryk for, at der er nogle patienter for hvem, det ikke er fagligt relevant f.eks. patienter med konkurrerende lidelser for hvem det vil være mest korrekt, at de blev behandlet på anden specialafdeling inden overflytning til apopleksiafsnit.

### **Overflyttet til anden afdeling**

- Angives som dd-mm-åå samt tt-mm.
- Angiver overflytning fra f.eks. skadestue, medicinsk visitationsafsnit eller intern medicinsk afdeling til apopleksiafsnit. Angiver også overflytning fra apopleksiafsnit. Har patienten været overflyttet flere gange under sit indlæggelsesforløb angives kun den første overflytning.



- Hvis patienten i forbindelse med det aktuelle patientforløb overflyttes til anden afdeling/hospital, som herefter skal varetage den videre dataindsamling og indberetning i forhold til apopleksiforløbet, kan der foretages en 'teknisk flytning af patientforløbet' i Klinisk Måle System (KMS) (Flyt forløb). Til brug for denne 'tekniske flytning' skal der angives navn på både sygehus og afdeling, som patienten overflyttes til. Der henvises endvidere til brugervejledningen for KMS – kan tilgås her: [https://www.rkkp.dk/siteassets/systemer-og-support/indberetningssystemer/dataindtastning---vejledning-i-kms\\_06.05.21.pdf](https://www.rkkp.dk/siteassets/systemer-og-support/indberetningssystemer/dataindtastning---vejledning-i-kms_06.05.21.pdf).

## **INDLÆGGELSESSTATUS/ STATUS VED 1. AMBULANTE KONTAKT**

### **Civilstand**

- Angives som "Samboende", "Bor alene", "Andet" eller "Uoplyst".
- "Samboende" angiver at patienten bor sammen med en anden voksen person, som udgør en afgørende del af patientens sociale netværk. Der kan både være tale om en ægtefælle, partner, voksne børn, ven eller veninde.
- "Andet" angiver, at patienten ikke klart kan placeres i en af de øvrige kategorier, f.eks. patienter bosiddende på plejehjem.

### **Boligform**

- Angives som "Hus/lejlighed" (privat bolig) "Plejebolig", "Andet" eller "Uoplyst".
- "Hus /lejlighed/" angiver både eje- og lejebolig". "Plejebolig" angiver plejehjem (inkl. korttids-/aflastningsplads eller ældrebolig). Omfatter boliger der visiteres af kommunen).
- "Andet" angiver at patienten ikke klart kan placeres i en af de øvrige kategorier, f.eks. hvis patienten er hjemløs.

### **Alkohol**

- Angiver patientens sædvanlige forbrug i en normal uge forud for debut af aktuelle apopleksi.
- Angives som "7/14 eller færre genstande pr. uge for henholdsvis kvinder og mænd", "Over 7/14 genstande pr. uge for henholdsvis kvinder og mænd" eller "Uoplyst".
- "Uoplyst" dækker også over journalformuleringer som fx. "Intet misbrug", "Nihil", "Kun ved festlige lejligheder", "Periodisk misbrug", "Tidligere misbrug" eller andet hvor forbruget ikke med sikkerhed kan bestemmes.

### **Rygning**

- Angiver patientens rygevaner forud for debut af aktuelle apopleksi.
- Angives som "Ryger" (1 cigaret/daglig eller derover), "Tidligere ryger (røgfri i over ½ år)", "Aldrig ryger" eller "Uoplyst".
- "Uoplyst" dækker også over journalformuleringer som fx. "Nihil", "Kun ved festlige lejligheder" eller andet, hvor forbruget ikke med sikkerhed kan bestemmes.

## **KENDT SYGDOM: Tidligere eller i forbindelse med aktuelle indlæggelse/1. ambulante kontakt**

### **Diabetes mellitus**

- Angives som "Ja", "Nej" eller "Uoplyst".
- Angiver erkendt diabetes mellitus, diagnosticeret enten forud eller i forbindelse med aktuelle indlæggelse.

- Diagnosen skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen.

#### **Atrieflimren**

- Angives som “Ja”, “Nej” eller “Uoplyst”.
- Angiver erkendt atrieflimren, diagnosticeret enten forud eller i forbindelse med aktuelle indlæggelse.
- Både kroniske og paroxysmiske tilfælde inkluderes.
- Diagnosen skal være dokumenteret af lægelige akter.

#### **AMI**

- Angives som “Ja”, “Nej” eller “Uoplyst”.
- Angiver erkendt akut myokardie infarkt, diagnosticeret enten forud eller i forbindelse med aktuelle indlæggelse.
- Diagnosen skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen.

#### **Hypertension**

- Angives som “Ja”, “Nej” eller “Uoplyst”.
- Angiver erkendt hypertension, diagnosticeret enten forud eller i forbindelse med aktuelle indlæggelse.
- Diagnosen skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen.

#### **Tidligere apopleksi**

- Angives som “Ja”, “Nej” eller “Uoplyst”.
- Angiver erkendt tidligere apopleksi.
- Diagnosen skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen.

#### **Tidligere TIA**

- Angives som “Ja”, “Nej” eller “Uoplyst”.
- Angiver erkendt tidligere episode med transitorisk cerebral iskæmi.
- Diagnosen skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen.

#### **Perifer arteriel sygdom (PAD)**

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

### **APOPLEKSIENS SVÆRHEDSGRAD VED INDLÆGGELSEN /1. AMBULANTE KONTAKT Scandinavian Stroke Scale**

- Angives for patienter med apopleksi og TIA

- Angives som score for hvert delement samt totalscore i henhold til Bilag 1.
- Angiver apopleksiens sværhedsgrad ved indlæggelsen.
- Foretages hurtigst muligt efter indlæggelse. Hvis skema udfyldes senere i forløbet eller evt. ved udskrivelse og score for delementer ikke kendes, kan totalscore angives.
- Scoringen gennemføres ”bedside”, og bør udføres prospektivt. Hvis SSS-scoren ikke er udfyldt på Dansk Apopleksiregister-skemaet er det dog i orden at anvende prospektivt registrerede data fra journalen, dvs. at SSS-vurderingen foreligger f.eks. på et scoringsskema, hvor dato for scoring, de enkelte delscore (arm 4 osv.) og sum-score er registeret, men disse data er bare ikke blevet overført til Dansk Apopleksiregister -skemaet.

## **INTERVENTIONER/ BEHANDLING UNDER INDLÆGGELSEN**

### **Undersøgt med CT/MR-scanning**

- Angives for patienter med apopleksi og TIA
- Angives som “Ja”, “Nej”, “Ikke faglig relevant” eller “Uoplyst” samt dato (dd-mm-åå) og klokkeslæt (tt-mm).
- Angiver hvorvidt patienten har undergået CT/MR-scanning efter indlæggelse med henblik på diagnosticering af apopleksi.
- Klokkeslæt angives som timer og minutter, hvor scanningen starter/ scanningstidspunktet angives
- Svarkategorien ”Nej” anvendes i situationer, hvor der ikke er foretaget scanning, selv om undersøgelsen kunne være relevant, f.eks. hvis patienten er indlagt på et sygehus uden faciliteter til CT/MR-scanning.
- Svarkategorien “Ikke faglig relevant” anvendes i situationer, hvor det var åbenlyst formålsløst at foretage scanning, f.eks. hvis patienten er død umiddelbart efter indlæggelse.

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

- Angives for patienter med apopleksi og TIA
- Angives som “Ja”, “Nej”, “Ikke faglig relevant” eller “Uoplyst” samt dato (dd-mm-åå). Angiver hvorvidt patientens halskar er undersøgt med ultralyd eller CT/MR- angiografi.
- Undersøgelsen skal være dokumenteret i patientjournalen.
- Svarkategorien ”Nej” anvendes i alle de situationer, hvor der ikke er foretaget en undersøgelse selv om dette kunne være relevant.
- Svarkategorien “Ikke faglig relevant” anvendes i situationer, hvor det ikke vil have nogen klinisk konsekvens at gennemføre en undersøgelse, f.eks. fordi patienten har en kort forventet restlevetid, alvorlige sequelae efter tidligere insulter eller non-carotis relateret minor stroke.
- Variablen angiver således ikke, hvorvidt patienten har behov for eller har undergået en operation, men blot hvorvidt der er foretaget en undersøgelse.

### **Tidlig mobilisering**

- Angives kun for patienter med apopleksi.
- Angives som “Ja”, “Nej”, “Ikke faglig relevant” eller “Uoplyst” samt dato (dd-mm-åå) og klokkeslæt (tt-mm).
- Tidlig mobilisering defineres som: mobilisering på indlæggelsesdagen hvor patienten enten selvstændigt eller assisteret er ude af sengen til siddende stilling, stående stilling eller gang - afhængigt af patientens almen tilstand.

- Ved ude af sengen til siddende stilling forstås mobilisering til stol. Mobilisering til siddende stilling på sengekanten er således ikke tilstrækkeligt.
- Vurderingen skal være dokumenteret i patientjournalen.
- Svarkategorien "Ja" anvendes i situationer, hvor patienten er blevet mobiliseret.
- Klokkeslæt angives som tidspunktet, hvor patienten er blevet mobiliseret/mobiliseringen er gennemført.
- Svarkategorien "Nej" anvendes i situationer, hvor patienten ikke er blevet mobiliseret, selv om dette kunne være relevant, f.eks. hvis der ikke er personalemæssige ressourcer til at gennemføre en mobilisering.
- Svarkategorien "Ikke faglig relevant" anvendes i situationer, hvor det er åbenlyst formålsløst at foretage en mobilisering, f.eks. hvis patienten ved indlæggelsen er moribund, eller hvis patienten er indlagt med hjerneblødning, og der vurderes at være høj risiko for reblødning.

### **Dysfagiscreening**

#### **Vurdering med indirekte synketest: (Vågenhed, evne til at hoste og synke)**

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

#### **Vurdering med direkte synketest (Vandtest med og uden fortykkelsesmiddel samt fast føde)**

- Angives kun for patienter med apopleksi.
- Angives som "Ja", "Nej", "Ikke faglig relevant" eller "Uoplyst" samt dato (dd-mm-åå) og klokkeslæt (tt-mm).
- Angiver hvorvidt der er udført direkte synketest (vandtest med og uden fortykkelsesmiddel samt fast føde) som led i dysfagiscreening umiddelbart efter indlæggelse og før patienten tilbydes et måltid mad.
- Vurderingen skal være dokumenteret i patientjournalen.
- Svarkategorien "Ja" anvendes i situationer, hvor testen er udført.
- Klokkeslæt angives som tidspunktet, hvor patienten er blevet testet/den direkte synketest er gennemført.
- Svarkategorien "Nej" anvendes i situationer, hvor testen ikke er udført selv om dette kunne være relevant, f.eks. hvis der ikke er personalemæssige ressourcer til at gennemføre en vurdering.
- Svarkategorien "Ikke faglig relevant" anvendes i situationer, hvis patienten ved indlæggelsen ikke er i stand til at udføre vandtest (vurderes ved den indirekte synketest: dvs. der er nedsat grad af vågenhed, patienten er ikke i stand til at hoste, eller i stand til at synke eget spyt).

Der findes en række forskellige redskaber, som kan anvendes til at gennemføre screening for dysfagi. Det er formentlig ikke afgørende hvilken metode, der anvendes, når blot principper beskrevet ovenfor følges. Vejledning til at udføre vandtest kan findes på <http://www.dsfa.dk/Dokumenter/Fagligt/Statusark-Dysfagi.pdf>. Eksempler på screeningstests er bl.a. The Gugging Swallowing Screen (GUSS) (se Bilag 6) og The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST) (Stroke 2009;40:555-561).

### Vurdering af ernæringsrisiko

- Angives kun for patienter med apopleksi.
- Angives som "Ja", "Nej", "Ikke relevant" eller "Uoplyst" samt dato (dd-mm-åå) og klokkeslæt (tt-mm).
- Angiver hvorvidt der er foretaget en vurdering af patientens ernæringsrisiko og herunder taget stilling til behovet for ernæringsterapi.
- Klokkeslæt angives som tidspunktet, hvor vurderingen er foretaget, ligesom stillingtagen til behovet for ernæringsterapi er gjort.
- Svarkategorien "Ja" anvendes i situationer, hvor vurderingen er foretaget. Patientens behov for ernæringsterapi angives som: "Ja": Ernæringsterapi iværksættes ved score  $\geq 3$  eller hvis risikofaktorer som dysfagi, kvalme, nedsat appetit, eller nedsat funktion vedr. spisning er til stede og scoren er  $<3$ , eller som "Nej" ved score  $< 3$ .
- Vurderingen af ernæringsrisiko omfatter:
  - Aktuel ernæringstilstand (grad af underernæring): lavt BMI, nyligt vægttab, nedsat kostindtag i seneste uge 1 uge (score 0-3)<sup>1</sup>
  - Sværhedsgrad af sygdom: apopleksi  $< 3$  uger score 1
  - Alder  $\geq 70$  år score 1
- Vurderingen skal være dokumenteret i patientjournalen.
- Svarkategorien "Nej" anvendes i situationer, hvor der ikke er foretaget vurdering af ernæringsrisiko selv om dette kunne være relevant, f.eks. hvis der ikke er personalemæssige ressourcer til at gennemføre en vurdering.
- Svarkategorien "Ikke relevant" anvendes i situationer, hvor det er åbenlyst formålsløst at foretage en vurdering, f.eks. hvis patienten ved indlæggelsen er moribund.
- Svarkategorien "Uoplyst" anvendes i situationer når vurderingen øjensynligt ikke er foretaget.

### Vurdering ved en ergoterapeut

- Angives for patienter med apopleksi og SAH.
- Angives som "Ja", "Nej", "Ikke faglig relevant" eller "Uoplyst" samt dato (dd-mm-åå) og klokkeslæt (tt-mm).
- Angiver hvornår patienten er vurderet ved en ergoterapeut 1.gang jf. gældende kliniske retningslinje/vejledning i Dansk Apopleksiregister for vurdering ved ergoterapeut. Vejledningen til første ergoterapeutiske undersøgelse og vurdering af patient med akut apopleksi fremgår af Bilag 2.
- Klokkeslæt angives som tidspunktet, hvor patienten er blevet vurderet 1. gang/den ergoterapeutiske vurdering er foretaget.
- Ved en vurdering forstås, at der ved første ergoterapeutisk undersøgelse tages stilling til patientens behandlingsbehov ud fra hovedområderne i vejledningen med henblik på afklaring af omfang og type af rehabilitering samt tidspunkt for påbegyndelse af ergoterapi.

---

<sup>1</sup> Sundhedsstyrelsen 2008: Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister – Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko

- Det vil sige, at hovedområderne vurderes ud fra den enkelte patients symptombillede og de lokale retningslinjer. Denne vurdering er forudsætningen for stillingtagen til patientens videre behandlingsplan samt for iværksættelse af behandling hurtigst muligt.
- Vurderingen skal være dokumenteret i patientjournalen.
- Svarkategorien ”Nej” anvendes i alle de situationer, hvor der ved udskrivelse af patienten ikke er foretaget vurdering ved en ergoterapeut selv om dette kunne være relevant.
- Svarkategorien ”Ikke faglig relevant” anvendes i situationer, hvor det var åbenlyst formålsløst at foretage en vurdering, f.eks. fordi patienten var moribund eller symptomfri indenfor kort tid eller hvor anden ikke standard behandling i den akutte fase prioriteres højere.
- Variablen ”Vurdering ved ergoterapeut” angiver således ikke, hvorvidt patienten har behov for eller har modtaget rehabilitering, men blot hvorvidt der er foretaget en vurdering samt udarbejdet en konkret plan.

### **Vurdering ved en fysioterapeut**

- Angives for patienter med apopleksi og SAH.
- Angives som ”Ja”, ”Nej”, ”Ikke faglig relevant” eller ”Uoplyst” samt dato (dd-mm-åå) og klokkeslæt (tt-mm).
- Angiver hvornår patienten er vurderet ved en fysioterapeut 1.gang jf. gældende kliniske retningslinje/vejledning i Dansk Apopleksiregister for vurdering ved fysioterapeut. Vejledningen til første fysioterapeutiske undersøgelse og vurdering af patient med akut apopleksi fremgår af Bilag 3.
- Klokketslæt angives som tidspunktet, hvor patienten er blevet vurderet 1. gang/den fysioterapeutiske vurdering er foretaget.
- Ved en vurdering forstås, at der ved første fysioterapeutisk undersøgelse tages stilling til patientens behandlingsbehov ud fra hovedområderne i vejledningen med henblik på afklaring af omfang og type af rehabilitering samt tidspunkt for påbegyndelse af fysioterapi.
- Det vil sige, at hovedområderne vurderes ud fra den enkelte patients symptombillede og de lokale retningslinjer. Denne vurdering er forudsætningen for stillingtagen til patientens videre behandlingsplan på en tværfaglig konference samt iværksættelse af behandling hurtigst muligt.
- Vurderingen skal være dokumenteret i patientjournalen.
- Svarkategorien ”Nej” anvendes i alle de situationer, hvor der hvor der ved udskrivelse af patienten ikke er foretaget vurdering ved en fysioterapeut selv om dette kunne være relevant.
- Svarkategorien ”Ikke faglig relevant” anvendes i situationer, hvor det var åbenlyst formålsløst at foretage en vurdering, f.eks. fordi patienten var moribund eller symptomfri indenfor kort tid eller hvor anden ikke standard behandling i den akutte fase prioriteres højere.
- Variablen ”Vurdering ved fysioterapeut” angiver således ikke hvorvidt patienten har behov for eller har modtaget rehabilitering, men blot hvorvidt der er foretaget en vurdering samt udarbejdet en konkret plan.

### **Trombocythæmmende behandling**

- Angives for patienter med apopleksi og TIA.
- Angives som ”Ja”, ”Ikke indiceret”, ”Nej [anden årsag]”, eller ”Uoplyst” samt dato (dd-mm-åååå) og klokkeslæt (tt-mm).

- Angiver behandling med trombocythæmmende lægemidler, herunder lav-dosis acetylsalicylsyre (Hjertemagnyl<sup>®</sup>), dipyridamol (Persantin<sup>®</sup>, Asasantin Retard<sup>®</sup>) og clopidogrel (Plavix<sup>®</sup>).
- Behandlingen kan enten være påbegyndt eller genoptaget/fortsat under det aktuelle indlæggelsesforløb.
- Såfremt patienten er påbegyndt behandling inden det aktuelle indlæggelsesforløb, og der ikke pauseres, angives samme dato som for indlæggelsesdato.
- Såfremt patienten er påbegyndt behandling inden det aktuelle indlæggelsesforløb, og behandlingen pauseres men genoptages, da angives datoen for hvornår behandlingen blev genoptaget.
- Klokkeslæt angives som tidspunktet, hvor medicinen er givet til patienten, og vedkommende har taget medicinen.
- Svarkategorien "Ikke indiceret" anvendes i situationer, hvor det er kontraindiceret (f.eks. ved gastrointestinal blødning eller hvis patienten er i marevanbehandling eller har fået trombolyse og det ikke skønnes forsvarligt at give trombocythæmmende behandling inden for tidsrammen) eller hvis det er åbenlyst formålsløst at give trombocythæmmende behandling (f.eks. hvis patienten er moribund).
- Svarkategorien "Nej [anden årsag]" anvendes i situationer, hvor der ikke er givet trombocythæmmende behandling, selv om der var indikation for behandlingen.

### Oral antikoagulansbehandling

- Angives for patienter med apopleksi og TIA.
- Angives som "Ja", "Antikoagulationsbehandling er fravalgt", "Nej [anden årsag end nævnt ovenfor], eller "Uoplyst" samt dato (dd-mm-åååå).
- Angiver behandling med orale antikoagulantia, dvs. enten vitamin K antagonist f.eks. warfarin (Marevan<sup>®</sup>) og phenprocoumon (Marcoumar<sup>®</sup>) eller direkte orale antikoagulantia (DOAK) f.eks. dabigatran (Pradaxa<sup>®</sup>), rivaroxaban (Xarelto<sup>®</sup>) og apixaban (Eliquis<sup>®</sup>).
- Behandlingen kan enten være påbegyndt eller genoptaget/fortsat under det aktuelle indlæggelsesforløb.
- Såfremt patienten er påbegyndt behandling inden det aktuelle indlæggelsesforløb, og der ikke pauseres, angives samme dato som for indlæggelsesdato.
- Såfremt patienten er påbegyndt behandling inden det aktuelle indlæggelsesforløb, og behandlingen pauseres men genoptages, da angives datoen for hvornår behandlingen blev genoptaget.
- Såfremt at der foreligger ordination (inkl. startdato og recept) samt en plan i EPJ (fx aftale om INR kontrol), vil det tælle som iværksat behandling.
- Svarkategorien "Antikoagulationsbehandling er fravalgt" anvendes i situationer, hvor der er manglende indikation, behandlingen er kontraindiceret eller det er åbenlyst formålsløst at give oral antikoagulansbehandling. Såfremt svarkategorien anvendes, skal den specifikke årsag angives.
- Hvis patienten **har** atrieflimren men behandling er fravalgt, udfyldes feltet med årsager til fravalg.
- Svarkategorien "Nej [anden årsag]" anvendes i situationer, hvor der ikke er givet oral antikoagulansbehandling, og årsagen hertil ikke er at finde i listen over mulige årsager til fravalg af antikoagulationsbehandling.
- Årsager til fravalg af antikoagulationsbehandling angives som "Aktiv blødning", "Nylig intracerebral blødning", "Ukontrolleret hypertension ( $\geq 160$ mmHg)", "Hæmoragisk diatese", "Anden behandling (aurikellukning, LMWH i terapeutiske doser)", "Svær demens", "Betydelig

reduceret funktionsevne (mRS  $\geq 4$ ), "Forventet livslængde under 3 måneder" og/eller "Manglende patientsamtykke".

- Det er muligt at angive mere end én årsag.
- Svarkategorien "Uoplyst" anvendes i situationer, hvor det er uvist, om patienten har påbegyndt eller genoptaget behandlingen, f.eks. såfremt patienten udskrives tidligere end 14 dage efter indlæggelsen, og der ikke er nogen efterfølgende kontakt med patienten. En aftale om, at AK-behandling iværksættes efter udskrivelse men indenfor 14 dage efter indlæggelsestidspunktet, er således ikke i sig selv tilstrækkeligt til, at svarkategorien "Ja" kan anvendes.

## **UDSKRIVELSE /AFSLUTNING**

### **Udskrivelse /Afslutning**

- Angives som dd-mm-åå.
- Endvidere sygehuskode (4 cifre) og afdelingskode (3 cifre), i henhold til Sundhedsstyrelsens klassifikation, for sidste dataindsamlende afdeling.
- Angiver tidspunkt for afslutning af aktuelle patientforløb. Udskrivelsesdatoen angives som dato for udskrivelse fra sidste dataindsamlende afdeling. Patientforløbet anses ikke for afsluttet ved overflytning til anden afdeling f.eks. p.g.a. komplikationer, pladsproblemer m.m., såfremt det forventes, at patienten skal tilbageflyttes til stamafdelingen under samme indlæggelsesforløb.
- Ved udskrivelse i forbindelse med overflytning til rehabiliteringsafdeling, opfattes indlæggelsesforløbet som afsluttet, idet Dansk Apopleksiregister kun omhandler den akutte del af apopleksiforløbet.
- Det er velkendt, at der er betydelige geografiske forskelle i organiseringen af behandlingen og rehabiliteringen af apopleksipatienter i Danmark. Således vil patienterne nogle steder have et integreret forløb med akut behandling og efterfølgende rehabilitering på samme afdeling, mens akut behandling og mere langsigtet rehabilitering andre steder finder sted på forskellige afdelinger. Der kan derfor være vanskeligheder med at anvende samme fortolkning af variabelen "Udskrivelse" på de alle afdelinger. Det er i denne sammenhæng vigtigt at gøre sig klart, at Dansk Apopleksiregister primært er fokuseret på forhold, der udspiller sig i den akutte fase, herunder særligt de første døgn. Indikatorgruppen er bekendt med de lokale organisatoriske forskelle og vil tage disse forhold i betragtning ved analyse og fortolkning af data indsamlet i forbindelse med Dansk Apopleksiregister.

### **Udskrivelsesdiagnose /Afslutningsdiagnose**

- Angives som "Subaraknoidalblødning (I60)", "Hjerneblødning (I61)", "Hjerneinfarkt (I63)", "Slagtilfælde uden oplysning om blødning eller infarkt (I64)", "Transitorisk anfald af cerebral iskæmi (G45)".
- Angiver hoveddiagnose ved udskrivelse/afslutning i henhold til diagnose i patientjournalen.



## DATA FRA LANDSPATIENTREGISTRET TIL BEREGNING AF INDIKATORER

I Dansk Apopleksiregister indhentes data fra Landspatientregistret (LPR) til beregning af indikatorer omhandlende screening for atrieflimren, iværksat genoptræning og udskrivelsen med genoptræningsplan.

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

[https://www.rkkp.dk/siteassets/de-kliniske-kvalitetsdatabaser/databaser/apopleksi/ny-apopleksi/dansk-apopleksiregister\\_tjekliste\\_skskoder\\_rev.-31052021\\_galdende..pdf](https://www.rkkp.dk/siteassets/de-kliniske-kvalitetsdatabaser/databaser/apopleksi/ny-apopleksi/dansk-apopleksiregister_tjekliste_skskoder_rev.-31052021_galdende..pdf)

### Screening for atrieflimren/monitorering af hjerterytme

- Angives for alle patienter med akut iskæmisk apopleksi eller akut apopleksi uden specifikation
- Angiver om patienten med iskæmisk apopleksi har fået monitoreret deres hjerterytme i minimum 3 døgn. Jævnfør behandlingsvejledningen fra Dansk Cardiologisk Selskab (Kardiel Embolikilde) anbefales det, at patienter i sinusrytme, hvor et fund af paroxysk atrieflimren vil få terapeutisk konsekvens, bør screenes med mindst 3 døgns Holtermonitorering.
- Screening for atrieflimren kodes og indberettes med én af følgende procedurekoder (inkl. dato):
  - ZZ4020: EKG-monitorering ad modum Holter
  - ZZ4021: Delprocedure ved Holter-monitorering
  - ZZ4021A: Påsætning af Holter-monitorering
  - ZZ4021B: Aftagning af Holter-monitorering
  - ZZ4021C: Analyse af Holter-monitorering
  - ZZ4030: Anvendelse af kardiel eventrecorder
  - ZZ4031: Delprocedure ved anvendelse af kardiel eventrecorder
  - ZZ4031A: Påsætning af kardiel eventrecorder
  - ZZ4031B: Aftagning af kardiel eventrecorder
  - ZZ4031C: Analyse ved anvendelse af kardiel eventrecorder
- Der skal være en dokumenteret lægefaglig begrundelse for monitorering af hjerterytme.

### Genoptræning ved fysioterapeut

- Angives for alle patienter med apopleksi
- Angiver om der iværksat tidlig genoptræning ved fysioterapeut.
- Første vurdering ved fysioterapeut kodes og indberettes med følgende procedurekode (inkl. tidspunkt):
  - ZZ5049\*: Ergo-/fysioterapeutisk undersøgelse eller vurdering
  - Alle underkoder til procedurekoden er gældende.
- Vurderingen skal være dokumenteret i terapeutjournalen.
- Vurderingen udgøres af *Undersøgelse og vurdering, herunder hører også optagelse af anamnese i forbindelse med førstegangundersøgelse samt almene test under en times varighed* jf. Kodekatalog til indberetning af fysioterapeutiske og ergoterapeutiske ydelser til Sundhedsdatastyrelsen, 2019. Se desuden bilag 3.
- Senest på tredjedagen efter første vurdering ved fysioterapeut, skal én af følgende procedurer være iværksat (inkl. tidspunkt):
  - BTNA\*: Funktionstræning
  - BLNC\*: Neuromuskulær bevægelsesterapi
  - BLNR\*: Aktivitetstræning af fysisk funktion
  - Alle underkoder til procedurekoderne er gældende.

### **Genoptræning ved ergoterapeut**

- Angives for alle patienter med apopleksi
- Angiver om der iværksat tidlig genoptræning ved ergoterapeut.
- Første vurdering ved ergoterapeut kodes og indberettes med følgende procedurekode (inkl. tidspunkt):
  - ZZ5049\*: Ergo-/fysioterapeutisk undersøgelse eller vurdering
  - Alle underkoder til procedurekoden er gældende.
- Vurderingen skal være dokumenteret i terapeutjournalen.
- Vurderingen udgøres af *Undersøgelse og vurdering, herunder hører også optagelse af anamnese i forbindelse med førstegangundersøgelse samt almene test under en times varighed* jf. Kodekatalog til indberetning af fysioterapeutiske og ergoterapeutiske ydelser til Sundhedsdatastyrelsen, 2019. Se desuden bilag 2.
  
- Senest på tredjedagen efter første vurdering ved ergoterapeut, skal én af følgende procedurekoder være iværksat (inkl. tidspunkt):
  - BTP\*: Færdighedstræning ifm. daglig livsførelse
  - BLNC\*: Neuromuskulær bevægelsesterapi
  - BEF\*: Mund, svælg- og ansigtsstimulation
  - BRA\*: Træning med relation til kognitive og intellektuelle funktioner
  - Alle underkoder til procedurekoderne er gældende.

### **Udskrivelse med genoptræningsplan**

- Angives for alle patienter med apopleksi
- Angiver om der i forbindelse med udskrivelsen af patienten fra sygehus er udarbejdet en genoptræningsplan. Genoptræningsplanen skal jf. ”Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus” som minimum indeholde en beskrivelse af patientens tidligere funktionsevne før apopleksien, en beskrivelse af patientens funktionsevne på udskrivningstidspunktet samt beskrivelse af patientens genoptræningsbehov på udskrivningstidspunktet.
- Udarbejdelse af rehabiliteringsplan kodes og indberettes med én af følgende procedurekoder (inkl. dato for udarbejdelsen af planen):
  - ZZ0175X\*: Almindelig genoptræning (alle underkoder til procedurekoden er gældende)
  - ZZ0175Y: Specialiseret genoptræning
  - ZZ0175V: Rehabilitering på specialiseret niveau
- Der skal være en dokumenteret lægefaglig begrundelse for genoptræning efter udskrivelse fra sygehus.

## **BILAGSFORTEGNELSE**

BILAG 1: SSS-SCORE

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

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

BILAG 4: Screening for dysfagi GUSS

Alle bilag forefindes på [Indberetning - RKKP](#)