



Velkommen til
information om
DANFRAIL

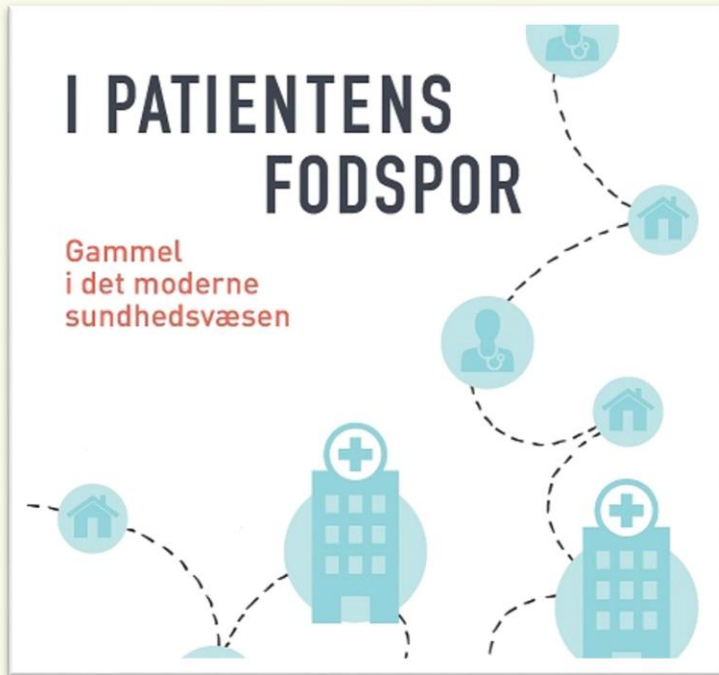
Marts 2024

Dagsorden

- Velkomst og rationale bag DANFRAIL
- Kliniske kvalitetsdatabaser og indikatorbaseret kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet
- Clinical Frailty Scale (CFS) til vurdering af skrøbelighed
- De øvrige indikatorer herunder rationale og evidensgrundlag
- Indhentning af data til database
- Implementering i egen region
- Mulighed for at stille spørgsmål
- Afrunding og tak for i dag



Patientoplevelt kvalitet



Forfatter: Erik Riiskjær, pårørenderepræsentant i DANFRIL

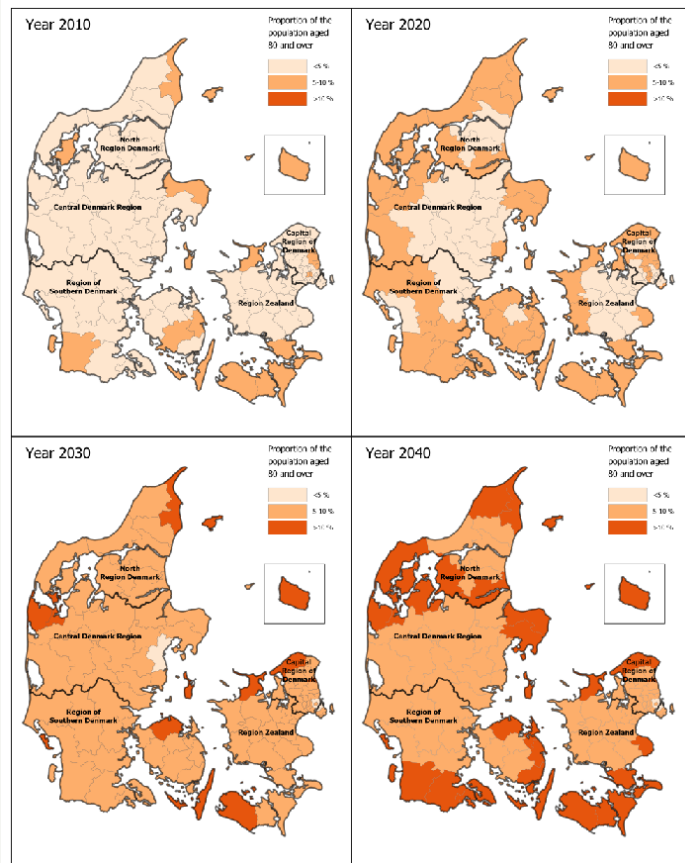
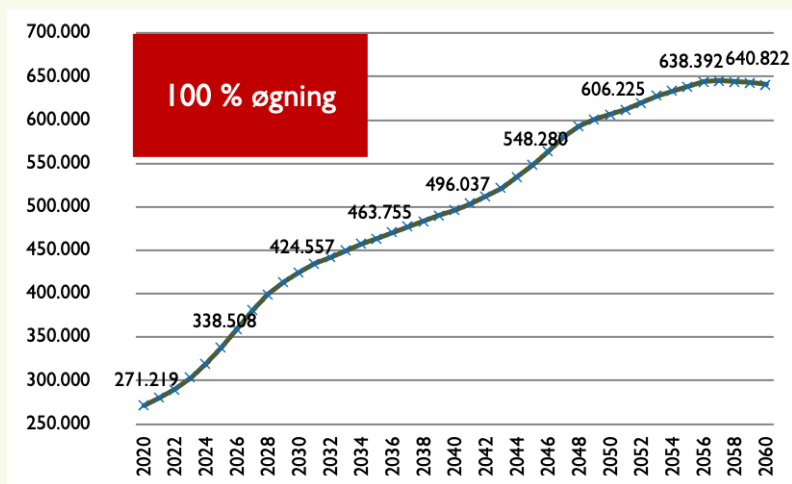


Kilde: DanskePatienter.dk, juni 2021

Rationale bag DANFRAIL

≥ 80 år i Danmark

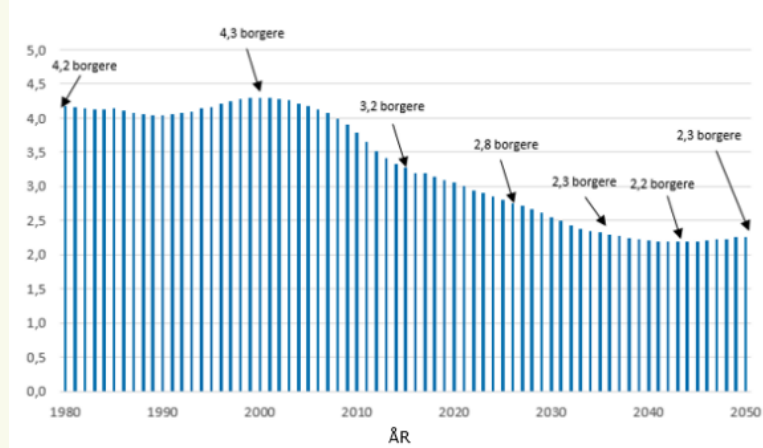
- 100 % øgning de næste 25-30 år
- Andelen stiger mest i yderområderne



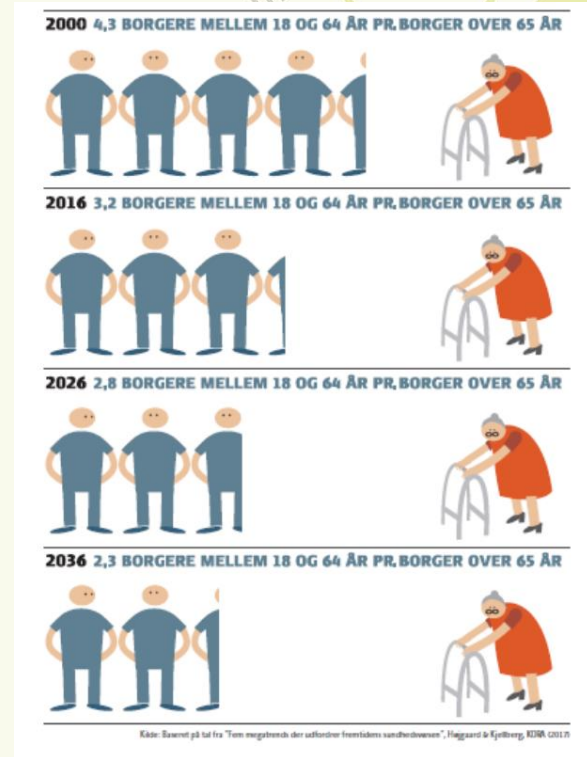
Figur udlånt af A. Fournaise, RSyd

Arbejdskraft

Figur 2.4 Antallet af borgere mellem 18-64 år for hver borger, der er 65+ år

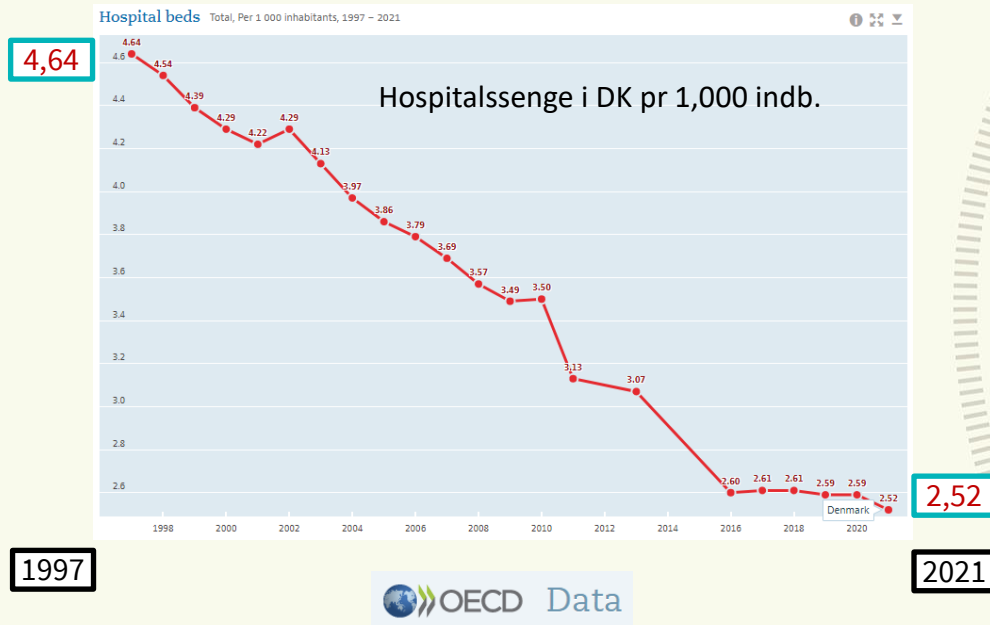


Figur fra VIVE: "Fem megatrends, der udfordrer fremtidens sundhedsvæsen"



lånt af professor Karen Andersen-Ranberg

Færre senge Færre sundhedsmedarbejdere Højere alder → større behov for hjælp



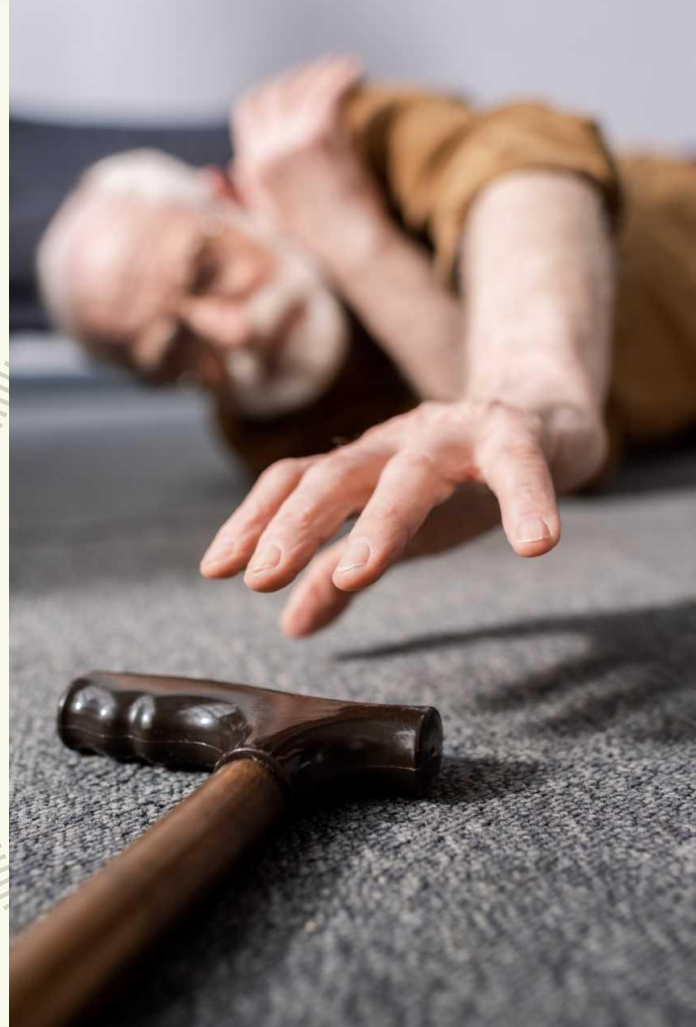
Nielsen, et al.: Omkostninger til kommunale sundheds-og omsorgsydelser blandt borgere med kronisk sygdom i Region Hovedstaden, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden; 2016.

Dansk Kvalitetsdatabase for ældre med skrøbelighed, DANFRAIL

Klinisk erfaring og litteratur:
uønsket variation i behandling af ældre med
skrøbelighed

Skrøbelighed → øget risiko for bl.a.:
fejlmedicinering, funktionstab, institutionalisering,
lang hospitalisering, genindlæggelser, død og
nedsat sammenhæng i forløb

Behov: tværfaglig og tværsektoriel
helhedsorienteret tilgang

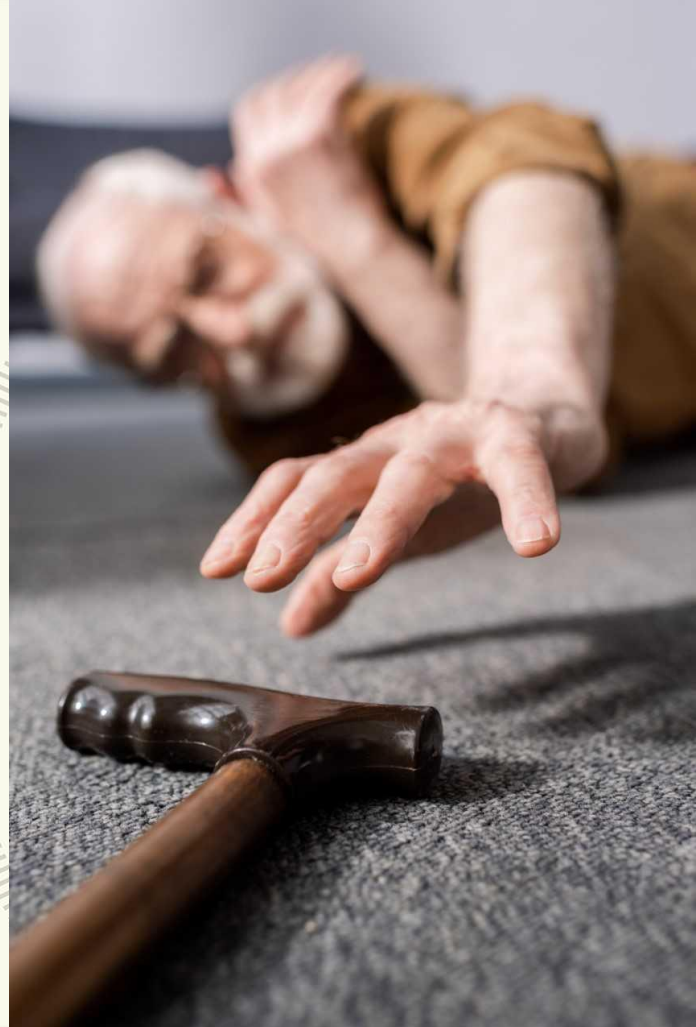


DANFRAIL

Vision:

Identificere uønsket variation og forbedre kvalitet i behandlingen for alle ældre med skrøbelighed, uanset hvor de møder sundhedssystemet

Starter med akut indlagte → udbredes



Metode

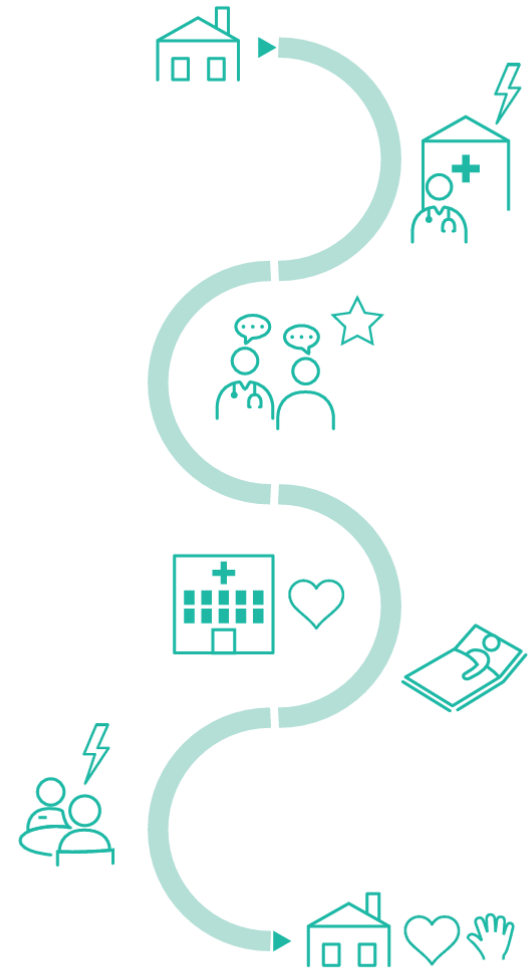
Co-design:

Workshop (2020 + 2021)

Etablering af styregruppen (2022)

Udviklingsmøder (2023-2024) til at danne patientgrundlag og indikatorsæt:

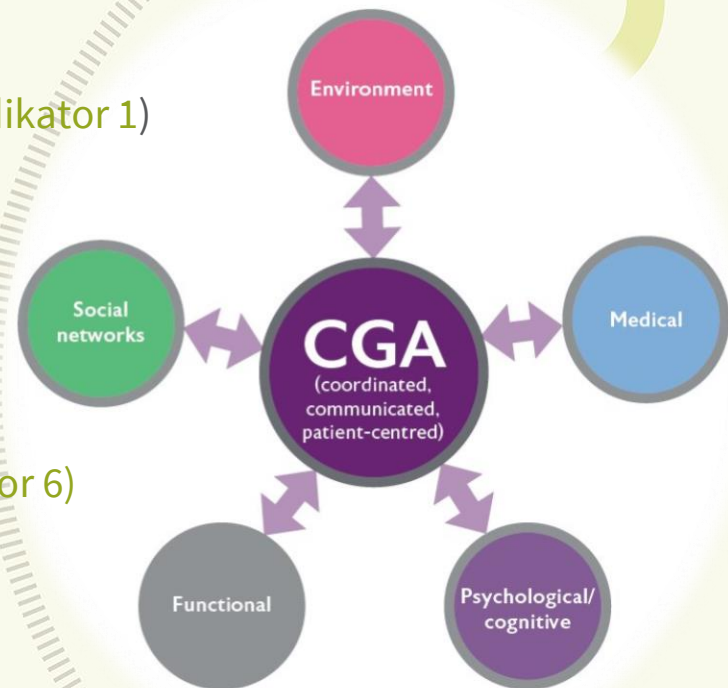
- Patient journey mapping
- Comprehensive Geriatric Assessment som ramme



Ramme for indikatorsættet

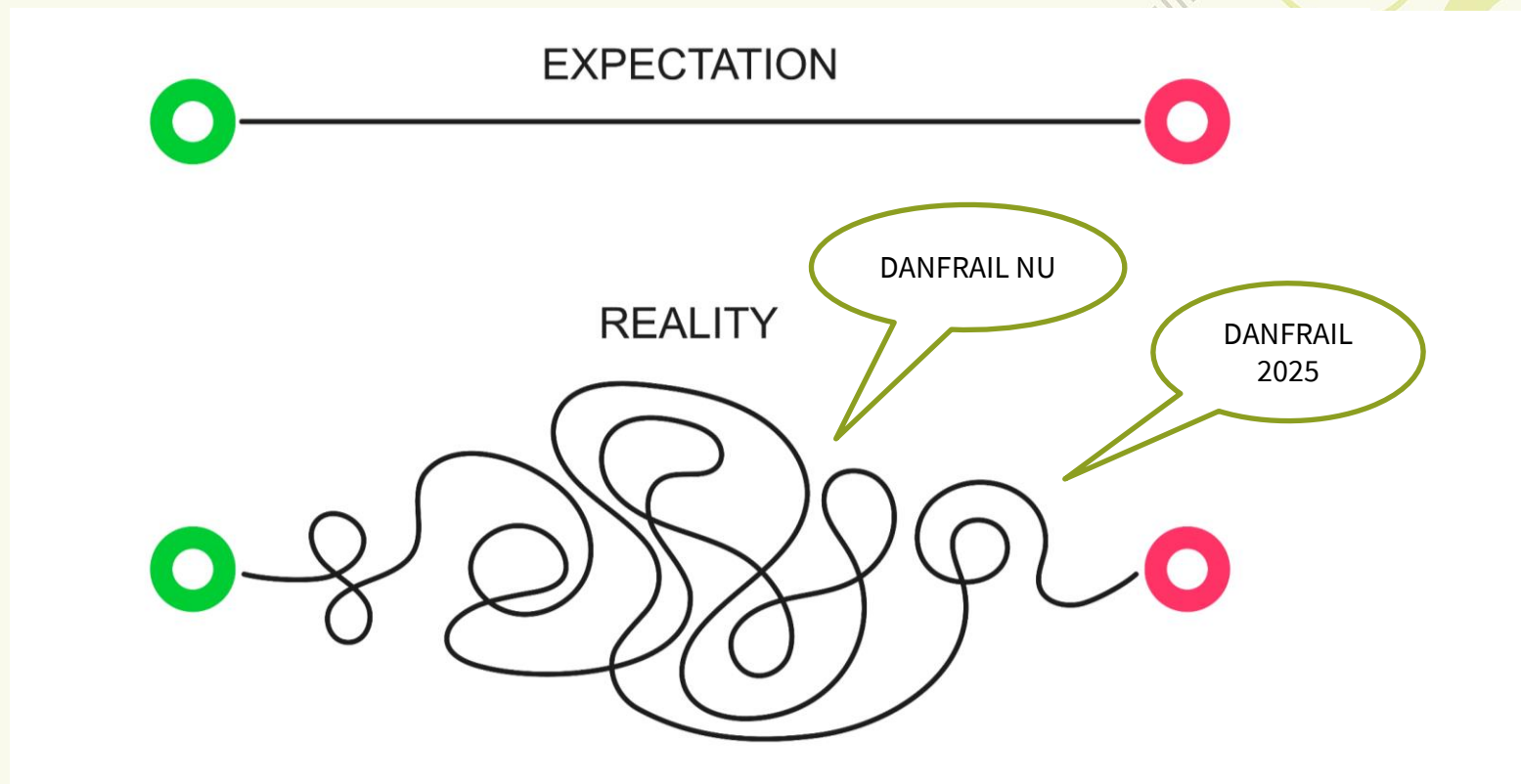
Helhedsorienteret tilgang

- Clinical Frailty Scale (CFS) → CFS 5-8 (Patientgrundlag /indikator 1)
- Kognition → delir-screening (indikator 2)
- Funktionsniveau → tidlig mobilisering (indikator 3)
- Patient-centreret → stillingtagen til genoplivningsforsøg (indikator 4)
- Ernæring → ernæringsplan (indikator 5)
- Funktionsniveau → ADL-vurdering før udskrivelse (indikator 6)
- Variation i genhenvendelser og død (indikator 7 og 8)



Figur lånt fra "The Silver Book II"

Implementering



Dagsorden

- Velkomst og rationale bag DANFRAIL
- Kliniske kvalitetsdatabaser og indikatorbaseret kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet
- Clinical Frailty Scale (CFS) til vurdering af skrøbelighed
- De øvrige indikatorer herunder rationale og evidensgrundlag
- Indhentning af data til database
- Implementering i egen region
- Mulighed for at stille spørgsmål
- Afrunding og tak for i dag



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

RKKP - Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

- RKKP står for drift og udvikling af 80 landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser.
- Gennem evidensbaseret indikatormonitorering har kvalitetsdatabaserne til formål at belyse kvaliteten af den sundhedsfaglige behandling og bidrage til at forbedre sundhedsvæsenets indsats og resultater.

Behandling i sundhedsvæsenet omfatter ifølge Sundhedslovens § 5 "undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sygeplejefaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient".



Lovgivning - rammen for kvalitetsudvikling

Sundhedsloven § 196

- **§ 196.** Sundhedsdatastyrelsen godkender landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser, som en offentlig myndighed er dataansvarlig for. Sundhedsdatastyrelsen fastsætter nærmere regler for procedure og kriterier for godkendelse af kliniske kvalitetsdatabaser og for kvalitetsdatabasernes virke.
- **Stk. 2.** Sundheds- og ældreministeren kan fastsætte nærmere regler om, at regionsråd, kommunalbestyrelser, private personer og institutioner, der driver sygehuse m.v., samt praktiserende sundhedspersoner skal indberette oplysninger til kliniske kvalitetsdatabaser, som en offentlig myndighed er dataansvarlig for, og hvor der sker registrering af helbredsoplysninger m.v. med henblik på overvågning og udvikling af behandlingsresultater for afgrænsede grupper af patienter.
- **Stk. 4.** Indberetning af oplysninger efter stk. 2, der kan henføres til bestemte personer, kan ske uden samtykke fra personen.

Kilde: Bekendtgørelse af Sundhedsloven. LBK nr. 903 af 26/08/2019 <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903>

Styregruppen - DANFRAIL

Dansk Geriatrisk Selskab - DSG
Dansk Selskab for Akutmedicin - DASEM
Dansk Ortopædkirurgisk Selskab - DOS
Dansk Selskab for Intern Medicin - DSIM
Dansk Kirurgisk Selskab - DKS
Dansk Selskab for Almen Medicin - DSAM

Fagligt selskab af Kliniske Diætister i Kost & Ernæringsforbundet
Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri - DSFGG
Ergoterapifagligt Selskab for Geriatri og Gerontologi - EFS-GG
Fagligt Selskab for Geriatiske Sygeplejersker, Dansk Sygepleje
Selskab - DASYS

Kommunernes Landsforening - KL

Pårørenderepræsentanter

RKKP - team

Ansvarlige for at:

- Definere god kvalitet
- Beslutte hvordan kvaliteten måles og opgøres

→ databasens patient-
grundlag og indicatorsæt

Leverancer

Krav om:

- Årsrapport (www.sundhed.dk)
 - analyser på lands-, regions- og afdelingsniveau
 - klinisk vurdering og anbefalinger

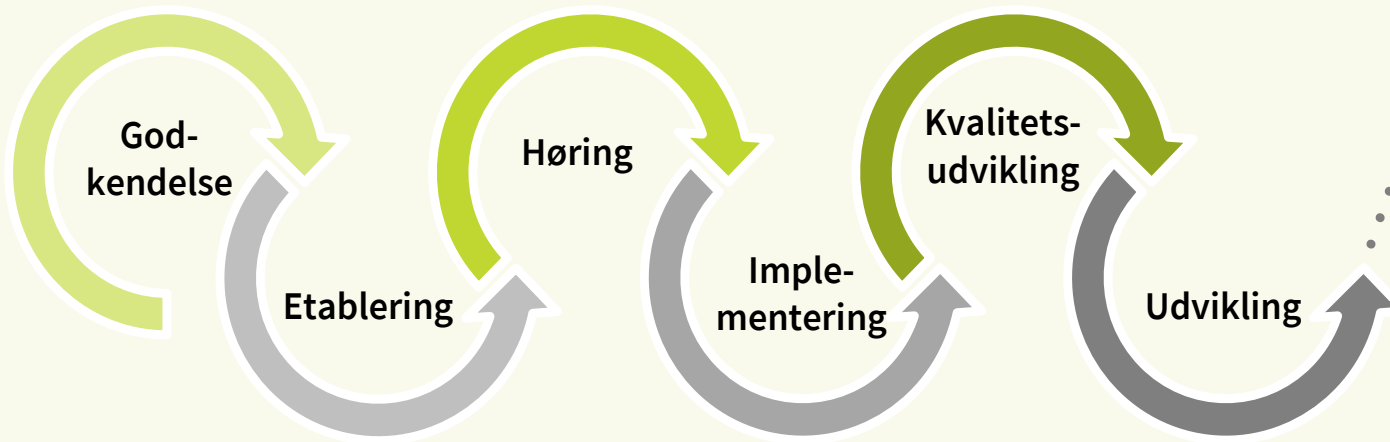
- Regelmæssig, tidstro feedback af indikatorresultater

- Dokumentation af databasen

[RKKP Dokumentation - Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram](http://rkkp-dokumentation.dk)
rkkp-dokumentation.dk

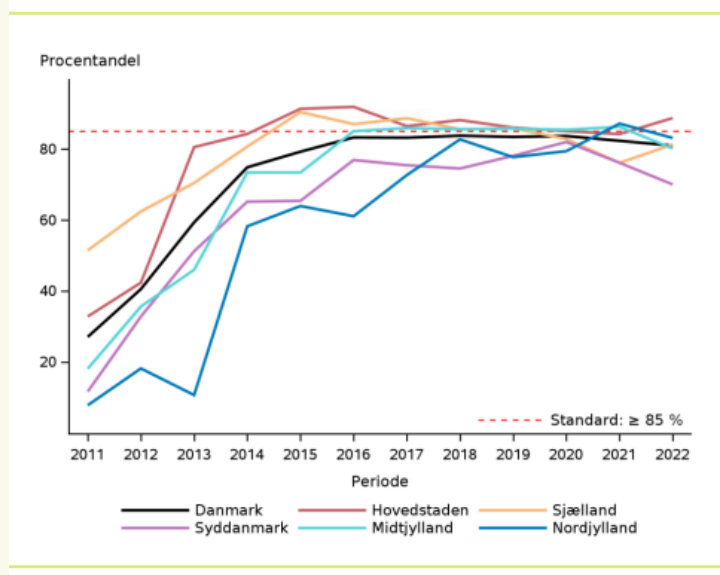


Etablering af en klinisk kvalitetsdatabase



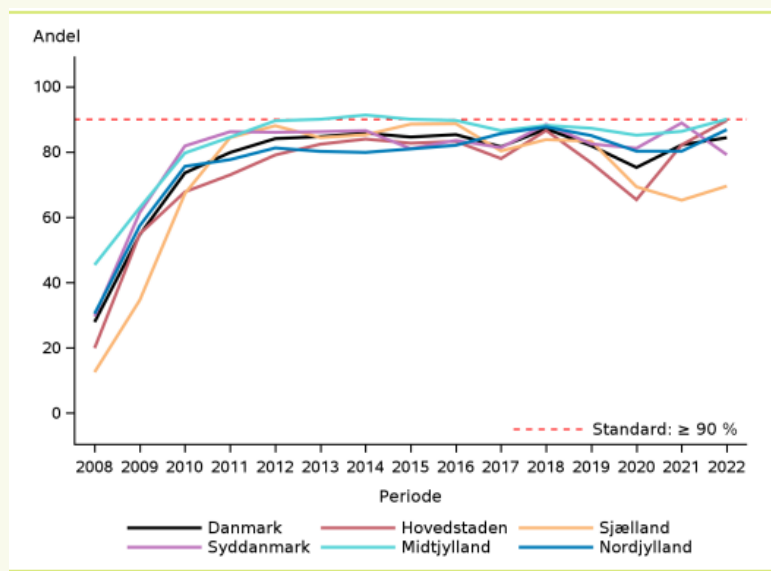
Kvalitetsudvikling

Stroke



Indikator 17. Andelen af patienter med akut iskæmisk stroke, som bliver behandlet med trombolyse, hvor behandlingen er påbegyndt indenfor 45 min efter ankomst til trombolyssegivende enhed.

DrKOL



Indikator 1. Andelen af patienter med KOL, der får målt og registeret lungefunktion mindst en gang om året

Dagsorden

- Velkomst og rationale bag DANFRAIL
- Kliniske kvalitetsdatabaser og indikatorbaseret kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet
- **Clinical Frailty Scale (CFS) til vurdering af skrøbelighed**
- De øvrige indikatorer herunder rationale og evidensgrundlag
- Indhentning af data til database
- Implementering i egen region
- Mulighed for at stille spørgsmål
- Afrunding og tak for i dag



Disposition – Skrøbelighedsvurdering

A decorative graphic on the right side of the slide. It features three overlapping circles in a light green color. A dotted line in a light grey color curves around the circles, starting from the top right and moving towards the bottom left.

- Skrøbelighed
- Basale kliniske krav
- Trusler versus Fordele
- Case

Skrøbelighed

Klinisk syndrom der er grundlæggende forbundet med akkumuleringen af cellulære og molekulære deficits [1]

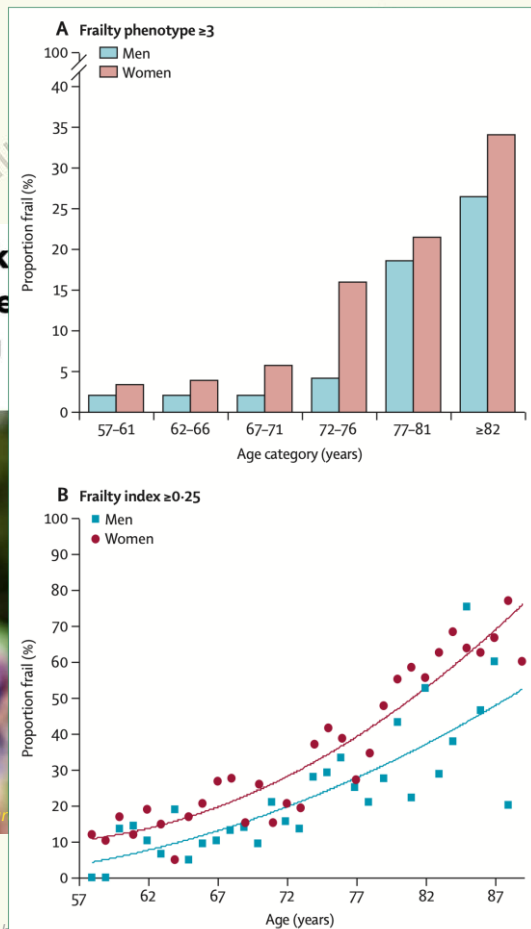
Den kliniske manifestation er en nedsat fysiologisk reserve og modstandskraft mod stressorer [2]

Biologisk alder \neq Kronologisk alder

105-year-old "Hurricane" Hawk breaks world record for 100 m dash... she started running competitively at 100



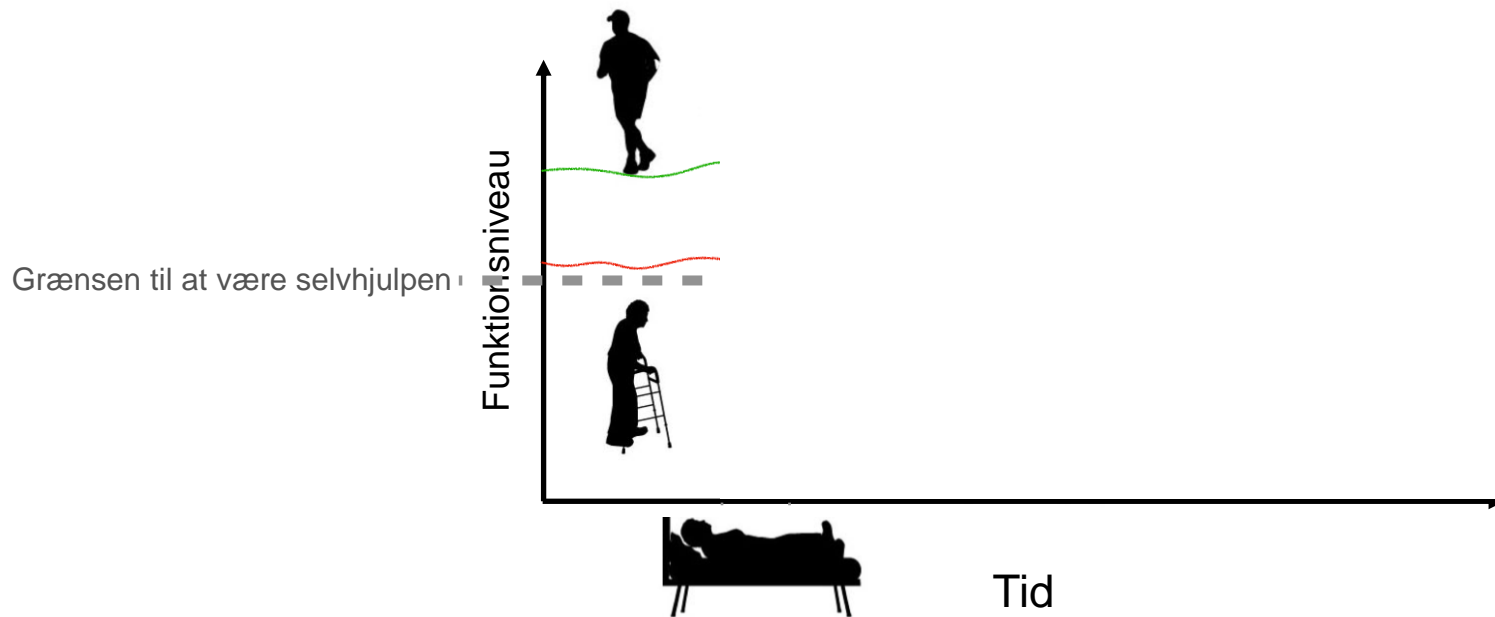
Ref: Instagram



1. Rockwood K, Howlett SE. Fifteen years of progress in understanding frailty and health.

2. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381(9868):752-762. doi:10.1016/S0140-6736(12)62167-9
Hoogendijk, E. O., Afzal, J., Ensrud, K. E., Kowal, P., Onder, G., & Fried, L. P. (2019). Frailty: implications for clinical practice and public health. *The Lancet*, 394(10206), 1365-1375.

Skrøbelighed

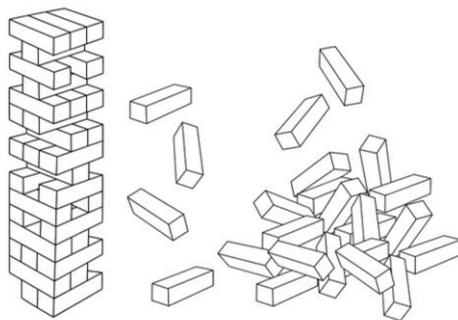


- Atypiske symptomer
- Øget dødelighed
- Tab af selvstændighed
- Geriatriske syndromer
 - Faldtendens
 - Delirium
 - Decubitus
 - Underernæring
 - Urininkontinens

1. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet* (London, England). 2013;381(9868):752-762. doi:10.1016/S0140-6736(12)6216

2. Inouye SK, et al; Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(5):780-791. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x

Skrøbelighed



↓ Gennemføre behandling

↓ Funktionsevne

↑ Toxicitet

3. Modificeret fra oplæg ved Ann-Kristine Weber. Refs: L Kirkhus 2019, E Soto-Perez-de Celis 2018, A Hurria 2011, M Extermann 2016, C Handforth 2015, M Ørum 2018, C Lund 2021

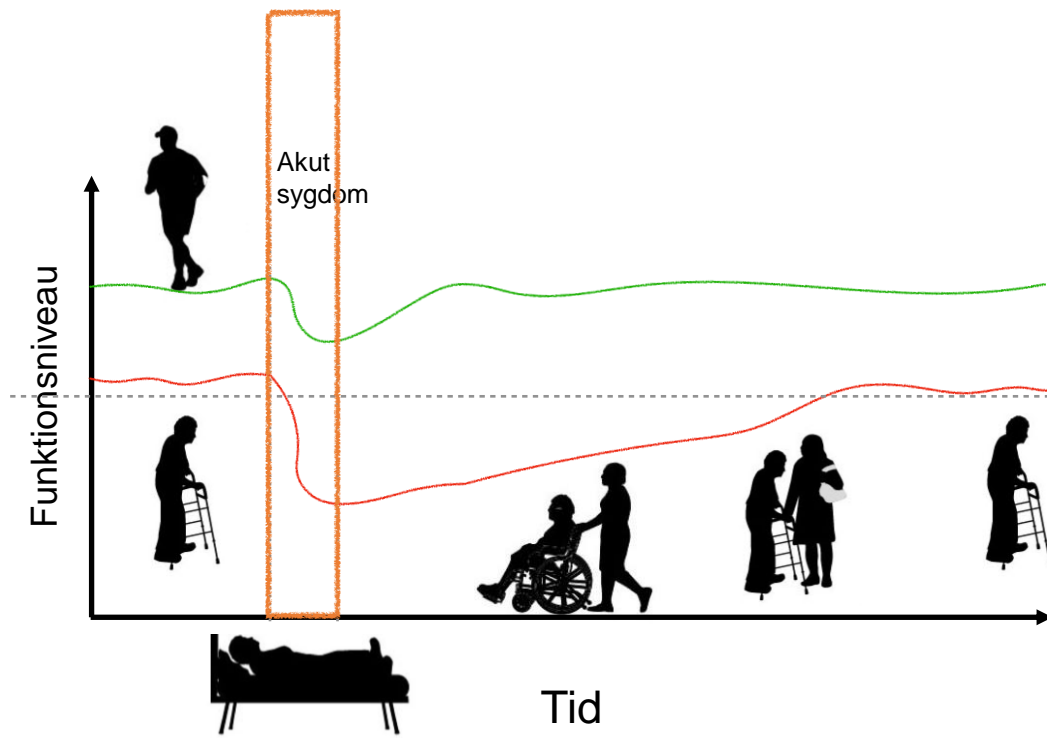
1. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet* (London, England). 2013;381(9868):752-762. doi:10.1016/S0140-6736(12)62167-9

2. Inouye SK, et al; Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(5):780-791. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x

Disposition

- Skrøbelighed
- **Basale krav**
 - **Finde dem der lever med skrøbelighed blandt akut syge**
 - Anvendelighed
 - Grundlag for et fælles sprog
- Trusler versus Fordele
- Case

Skrøbelighedsvurdering hos akut syge



1. Hilmer S, Hubbard RE. Where next with frailty risk scores in hospital populations? *Age Ageing*. 2021;6-8. doi:10.1093/ageing/afab203

Frailty Phenotype

Baseline: >10 lbs lost unintentionally in prior year

Grip strength: lowest 20% (by gender, body mass index)

“Exhaustion” (self-report)

Walking time/15 feet: slowest 20% (by gender, height)

Kcals/week: lowest 20%

males: <383 Kcals/week

females: <270 Kcals/week

C. Presence of Frailty

Positive for frailty phenotype: ≥ 3 criteria present

Intermediate or prefrail: 1 or 2 criteria present

1. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(3):M146-56. doi:10.1093/gerona/56.3.m146

Frailty Index



30-40 deficits

Skal være, eller laves om til, mål med et eller få cut-points. Krav:

- Associeret med sundhedsstatus (gråt hår går ikke)
- Skal generelt stige med kronologisk alder
- Må ikke mættes for tidligt (eks. nærsynethed)
- Skal dække flere organsystemer
- Ved gentagne målinger må items i indekset ikke variere

Frailty Index

List of 40 Variables included in the frailty index	Cut Point
Help Bathing	Yes = 1, No = 0
Help Dressing	Yes = 1, No = 0
Help getting in/out of Chair	Yes = 1, No = 0
Help Walking around house	Yes = 1, No = 0
Help Eating	Yes = 1, No = 0
Help Grooming	Yes = 1, No = 0
Help Using Toilet	Yes = 1, No = 0
Help up/down Stairs	Yes = 1, No = 0
Help lifting 10 lbs	Yes = 1, No = 0
Help Shopping	Yes = 1, No = 0
Help with Housework	Yes = 1, No = 0
Help with meal Preparations	Yes = 1, No = 0
Help taking Medication	Yes = 1, No = 0
Help with Finances	Yes = 1, No = 0
Lost more than 10 lbs in last year	Yes = 1, No = 0
Self Rating of Health	Poor = 1, Fair = 0.75, Good = 0.5, V. Good = 0.25, Excellent = 0
How Health has changed in last year	Worse = 1, Better/Same = 0
Stayed in Bed at least half the day due to health (in last month)	Yes = 1, No = 0
Cut down on Usual Activity (in last month)	Yes = 1, No = 0
Walk outside	<3 days = 1, ≤ 3 days = 0
Feel Everything is an Effort	Most of time = 1, Some time = 0.5, Rarely = 0
Feel Depressed	Most of time = 1, Some time = 0.5, Rarely = 0
Feel Happy	Most of time = 0, Some time = 0.5, Rarely = 1
Feel Lonely	Most of time = 1, Some time = 0.5, Rarely = 0
Have Trouble getting going	Most of time = 1, Some time = 0.5, Rarely = 0
High blood pressure	Yes = 1, Suspect = 0.5, No = 0
Heart attack	Yes = 1, Suspect = 0.5, No = 0
CHF	Yes = 1, Suspect = 0.5, No = 0
Stroke	Yes = 1, Suspect = 0.5, No = 0
Cancer	Yes = 1, Suspect = 0.5, No = 0
Diabetes	Yes = 1, Suspect = 0.5, No = 0
Arthritis	Yes = 1, Suspect = 0.5, No = 0
Chronic Lung Disease	Yes = 1, Suspect = 0.5, No = 0
MMSE	<10 = 1, 11-17 = 0.75, 18-20 = 0.5, 20-24 = 0.25, >24 = 0
Peak Flow	See Table 2
Shoulder Strength	See Table 2
BMI	See Table 2
Grip Strength	See Table 2
Usual Pace	See Table 2
Rapid Pace	See Table 2

1. Searle SD, Mitnitski A, Gahbauer EA, Gill TM, Rockwood K. A standard procedure for creating a frailty index. *BMC Geriatr.* 2008;8:1-10. doi:10.1186/1471-2318-8-24

Skrøbelighedsvurdering i akut setting



- Elektroniske frailty indekser, ICD-baserede indekser
 - Ikke tilgængelig i realtid til klinisk beslutningstagen
 - En ICD kode forudsætter en diagnose
 - Forudsætter opdateret info om habituelle tilstand
 - Manglende værdi i ét af 30-40 items = manglende vurdering
- Frail Phenotype
 - Midlertidigt funktionstab slører billedet

Stigende konsensus siden 2018

Table 3 Ranking of the most commonly used measures by discipline

Ranked	All	Geriatrics (n = 29)	Emergency Department (n = 29)	General Medicine (n = 22)	Cardiology (n = 20)	Orthopedics (n = 11)	Intensive Care Unit (n = 9)	Oncology (n = 6)	Surgery (n = 5)	Prehospital (n = 2)	General Medicine & Surgery (n = 18)	General Medicine & Geriatrics (n = 7)	Geriatrics & Oncology (n = 2)
1	Clinical Frailty Scale (12%), Frailty Phenotype (12%), Frailty Index (12%)	Clinical Frailty Scale (17%)	Frailty Index (21%)	Clinical Frailty Scale (17%), Frailty Phenotype (17%), Frailty Index (17%)	Frailty Phenotype (25%)	Frailty Index (22%)	Clinical Frailty Scale (60%)	Balducci Criteria (50%)	Frailty Phenotype (20%)	Frailty Index (50%)	GEM Criteria ^a (67%)	Winograd Index (57%)	Balducci Criteria (50%)
2		Identification of Seniors at Risk (11%)	Clinical Frailty Scale (12%), Frailty Phenotype (12%)	Frailty Phenotype (17%), Frailty Index (17%)	Clinical Frailty Scale (13%)	Frailty Phenotype (6%), Edmonton Frailty Scale (6%), Identification of Seniors at Risk (6%), Grip Strength (6%)	Frailty Phenotype (20%)	Short Physical Performance Battery (17%)	Frailty Index (10%), Groningen (10%), Balducci Criteria (10%), Rockwood Geriatric Frailty Status (10%), Vulnerable Elders Survey (10%)	N/A	N/A	Frailty Index (14%), Frailty Phenotype (14%)	N/A
3		Frailty Index (9%)			Edmonton Frailty Scale (8%), Tilburg Frailty Indicator (8%)		Frailty Index (10%)	N/A					
4	Identification of Seniors at Risk (5%), GEM Criteria ^a (5%)	Frailty Phenotype (6%), Study of Osteoporotic Fracture Index (6%), Rockwood Geriatric Frailty Status (6%), Multidimensional Prognosis Index (6%), Grip Strength (6%)	Identification of Seniors at Risk (9%), Vulnerable Elders Survey (9%)	Edmonton Frailty Scale (8%), Identification of Seniors at Risk (8%)	Frailty Index (4%), Rockwood Geriatric Frailty Status (4%), FRAIL scale (4%), Identification of Seniors At Risk (4%)		N/A					N/A	
5													

CLINICAL FRAILTY SCALE

	1	MEGET GOD FORM	Mennesker der er robuste, aktive, energiske og motiverede. De motionerer typisk regelmæssigt og er blandt dem i bedst form for deres alder.
	2	GOD FORM	Mennesker uden aktive symptomer på sygdom , men i mindre god form end kategori 1. Ofte motionerer de eller er meget aktive en gang imellem , f.eks. på bestemte årstider.
	3	KLARER SIG GODT	Mennesker med velkontrollerede sygdomsproblemer , selvom de indimellem har symptomer. Oftest er de ikke regelmæssigt aktive udover rutinemæssige gåture.
	4	LEVER MED MEGET MILD SKRØBELIGHED	Denne kategori markerer en begyndende overgang fra komplet uafhængighed. Mennesker der ikke er afhængige af andre til daglige gøremål, men som ofte har symptomer, der begrænser aktiviteterne . En almindelig klage er at føle sig "langsom" eller trætt i løbet af dagen.
	5	LEVER MED MILD SKRØBELIGHED	Mennesker der ofte er mere tydeligt langsomme , og har behov for hjælp til komplekse daglige gøremål (<i>Instrumental Activities of Daily Living</i> – økonomi, transport, hovedrengøring). Typisk vil mild skrøbelighed i stigende grad hæmme indkøb, gåture alene udenfor, madlavning, medicin og begynde at begrænse let husarbejde.

Kvalificeret bud FØR akut sygdom

	6	LEVER MED MODERAT SKRØBELIGHED	Mennesker der har behov for hjælp til alle udendørs aktiviteter og med at holde hus . Ofte har de problemer med indendørs trappegang og behøver hjælp til at gå i bad og kan eventuelt have brug for minimal hjælp til påklædning (stikord, let støtte ved behov).
	7	LEVER MED SVÆR SKRØBELIGHED	Fuldstændig afhængige af hjælp til egenomsorg , uanset årsag (fysisk eller kognitiv). Alligevel virker de stabile og ikke i høj risiko for at dø inden for ca. 6 måneder.
	8	LEVER MED MEGET SVÆR SKRØBELIGHED	Fuldstændig afhængige af hjælp til personlig pleje og nærmer sig livets afslutning. Typisk vil de ikke engang komme sig efter let sygdom.
	9	TERMINALT SYG	Mennesker der nærmer sig livets afslutning. Denne kategori gælder mennesker med en forventet levetid på mindre 6 måneder , som ikke lever med svær skrøbelighed i øvrigt (Mange terminalt syge mennesker kan stadig motionere helt indtil livets afslutning).

BEDØMMELSE AF SKRØBELIGHED HOS MENNESKER MED DEMENS

Mennesker med demens er skrøbelige (scorer altid minimum 5) og graden af skrøbelighed svarer som regel til graden af demens. Typiske **symptomer ved mild demens** er at glemme detaljer om en nylig begivenhed, selvom man kan huske selve begivenheden og at gentage det samme spørgsmål/historie og social tilbagetrækning.

Ved **moderat demens** er hukommelsen for nylige begivenheder svært nedsat, selvom man kan huske gamle minder tydeligt. Man kan udføre personlig pleje med vejledning.

Ved **svær demens** kan man ikke udføre personlig pleje uden hjælp.

Ved **meget svær demens** er kommunikation sengliggende. Mange er ude af stand til at tale.

**Aktivitetsniveau
Symptomer på sygdomme
Afhængighed af andre
Restlevetid**

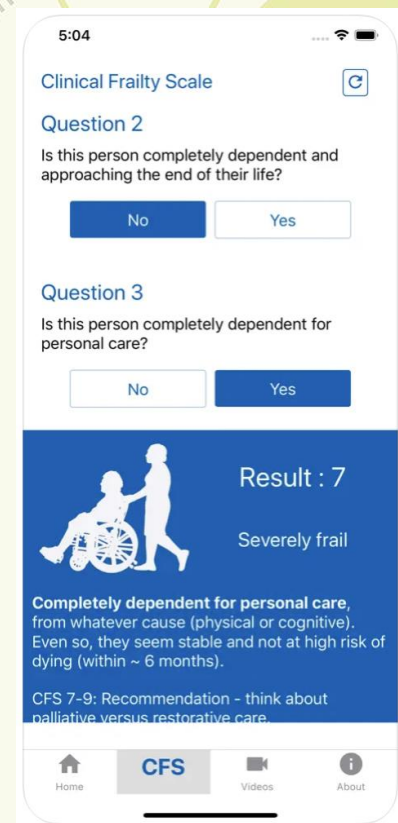
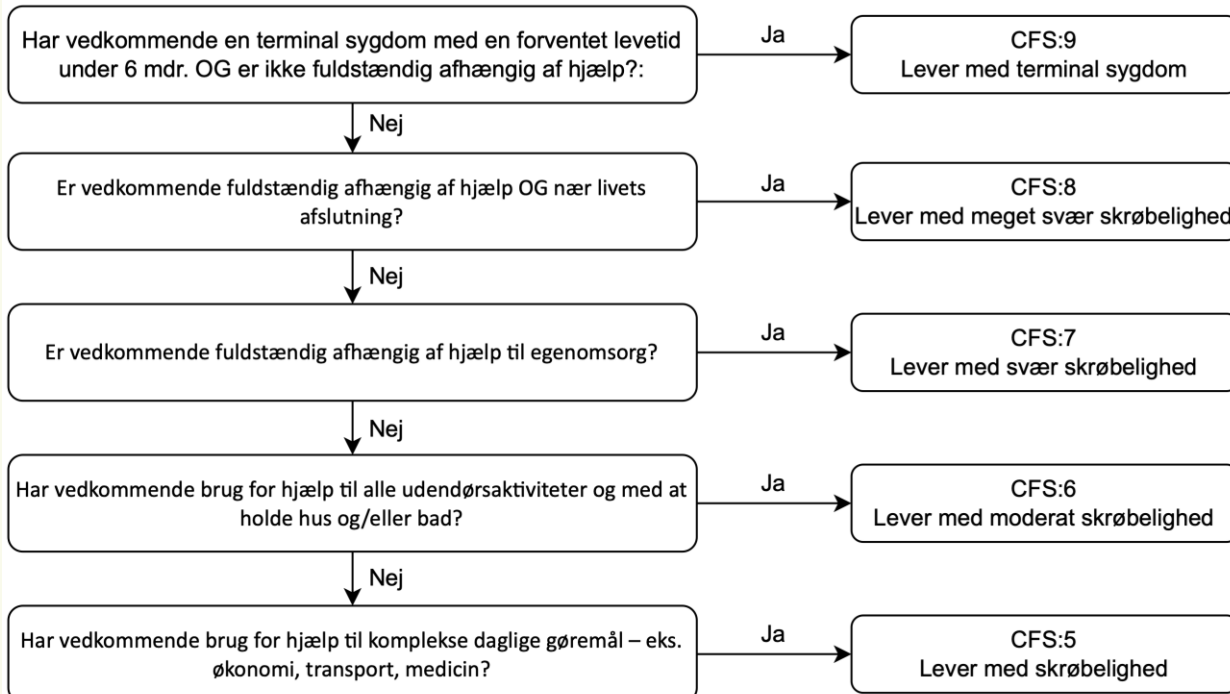


Clinical Frailty Scale © 2005-2010 (EN). All rights reserved. For personal use only. www.geriatricmedicine.ca
Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005;173:489-495.
Danish Version 2.0, 2020, translated by Anders Fournaise and Søren Kibell Nissen, University of Southern Denmark.

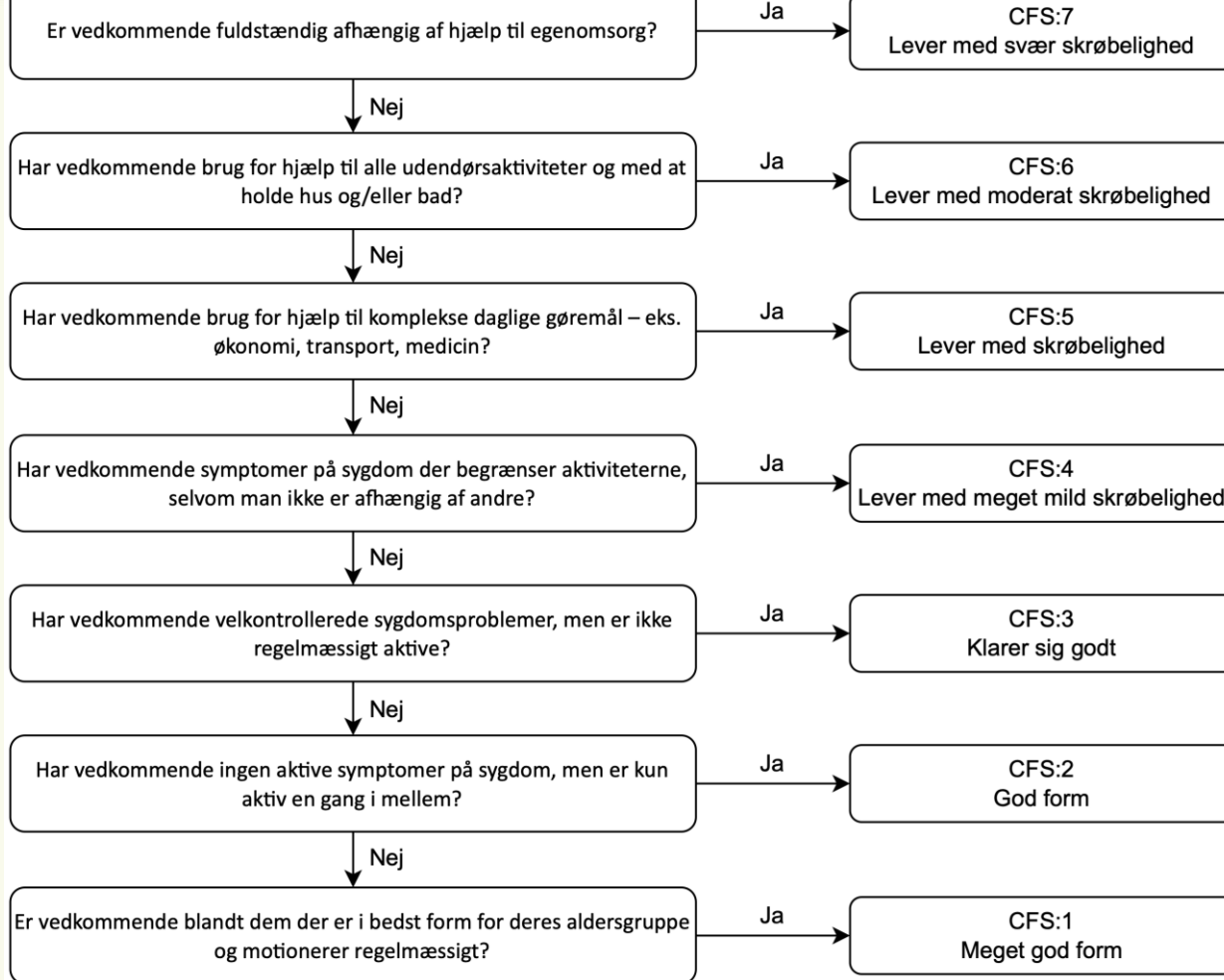
App

Hvordan havde vedkommende det før den aktuelle sygdom?

Typisk MINIMUM 2 UGER FORUD for aktuelle



App



Disposition

- Skrøbelighed
- **Basale krav**
 - Finde dem der lever med skrøbelighed blandt akut syge
 - **Anvendelighed**
 - Grundlag for et fælles sprog
- Trusler versus Fordele
- Case

Anvendelighed i akutmodtagelser



- Foretrukne værktøj til vurdering af skrøbelighed blandt klinikere [1,6]
- Tager under 1 minut at lave [2,6]
- God troværdighed
 - Ved brug af app, geriatrisk team i FAM og sygeplejerske [3]
 - Mellem sygeplejerske og læger i akutmedicin og andre specialer [4]
 - Dog bedst *efter* triage
- Høj completion i UK; efter 6 måneder fra 40 til 80% efter embedding [5]
- Kan endvidere faciliteres af indlæggelsesrapporter fra hjemmepleje i DK

1. Lewis ET, Dent E, Alkhouri H, et al. Which frailty scale for patients admitted via Emergency Department? A cohort study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2019;80(October 2018):104-114. doi:10.1016/j.archger.2018.11.002

2. McIsaac DI, Taljaard M, Bryson GL, et al. Frailty as a predictor of death or new disability after surgery: A prospective cohort study. *Ann Surg.* 2020;271(2):283-289. doi:10.1097/SLA.0000000000002967

3. Albrecht R, Espejo T, Riedel HB, et al. Clinical Frailty Scale at presentation to the emergency department: interrater reliability and use of algorithm-assisted assessment. *Eur Geriatr Med.* 2023;15(1):105-113. doi:10.1007/s41999-023-00890-y

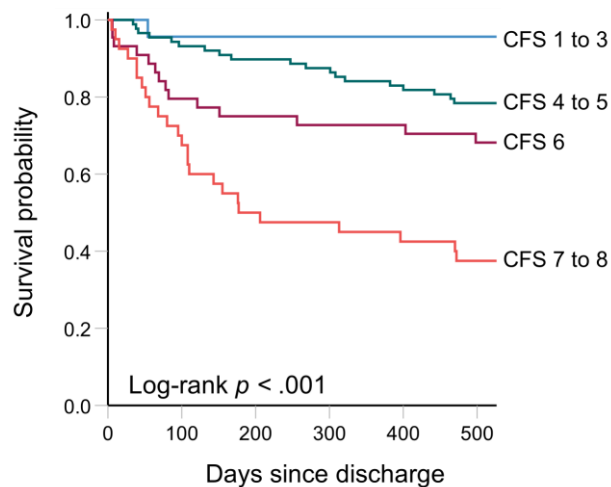
4. Hörlin E, Munir Ehrlington S, Henricson J, John RT, Wilhelms D. Inter-rater reliability of the Clinical Frailty Scale by staff members in a Swedish emergency department setting. *Acad Emerg Med.* 2022. doi:10.1111/acem.14603

5. Aijaz F, Conroy S, Banerjee J. Embedding the Clinical Frailty Scale in the Emergency Department and its impact on patient care. *Age Ageing.* 2018;47(suppl_3):iii20-iii23. doi:10.1093/ageing/afy127.08

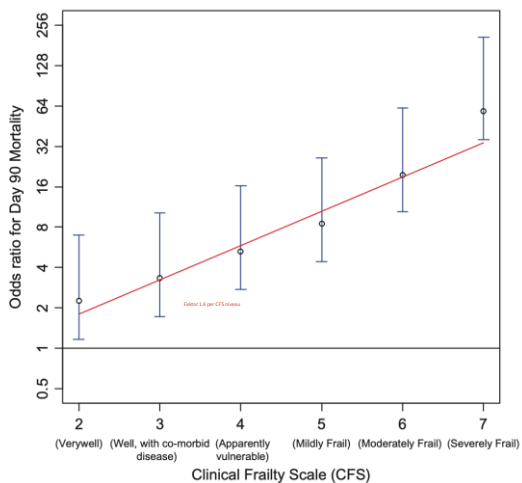
6. Elliott A, Phelps K, Regen E, Conroy SP. Identifying frailty in the Emergency Department-feasibility study. *Age Ageing.* 2017;46(5):840-845. doi:10.1093/ageing/afx089

Prognose

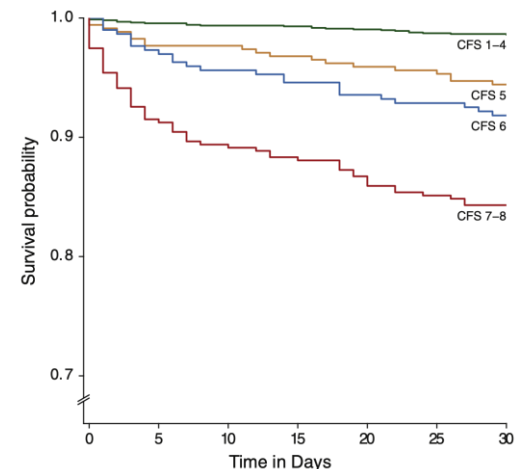
Indlagte medicinske patienter > 75 år
Norge



Akutte kirurgiske patienter
UK



Akutte medicinske patienter > 65 år
Schweiz



1. Engvig A: Association between clinical frailty, illness severity and post-discharge survival: a prospective cohort study, *Eur Geriatr Med.* 2021;(0123456789). doi:10.1007/s41999-021-00555-8

2. Hewitt J, Carter B, McCarthy K, et al. Frailty predicts mortality in all emergency surgical admissions regardless of age. An observational study. *Age Ageing.* 2019;48(3):388-394. doi:10.1093/ageing/afy217

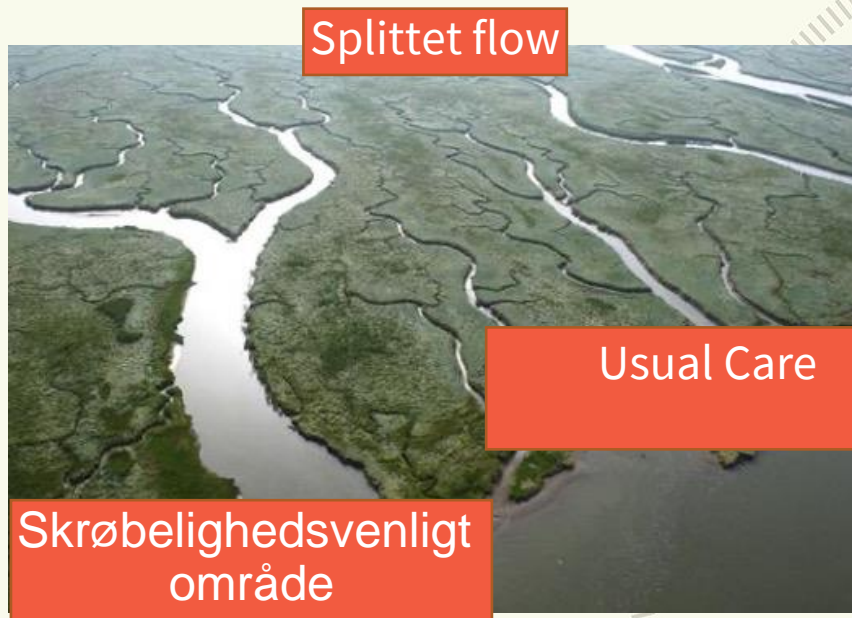
3. Kaeppli T et al. Validation of the Clinical Frailty Scale for Prediction of Thirty-Day Mortality in the Emergency Department. *Ann Emerg Med.* 2020;76(3):291-300. doi:10.1016/j.annemergmed.2020.03.028

Prognose

Klinisk situation	Median alder	Outcome	Vurdering	Uafhængig af alder?
HLR ved hjertestop på sygehus	74 år	Overlevelse til udskrivelse: Skrøbelig: 1.7% Ikke-skrøbelig: 31.7%	CFS	Ja
Akut kirurgi	54 år	30-dages mortalitet (OR): CFS = 1, reference CFS = 5: 2.24 CFS = 6: 3.78 CFS = 7: 22.3	CFS	Ja
Intensiv behandling	68 år	Død på sygehus (OR): CFS < 5: reference CFS ≥ 5: 1.81	CFS	Ja

1. Nickel CH, Rueegg M, Pargger H, Bingisser R. Age, comorbidity, frailty status: effects on disposition and resource allocation during the COVID-19 pandemic. Swiss Med Wkly. 2020;150 April:w20269.

Internationale anbefalinger



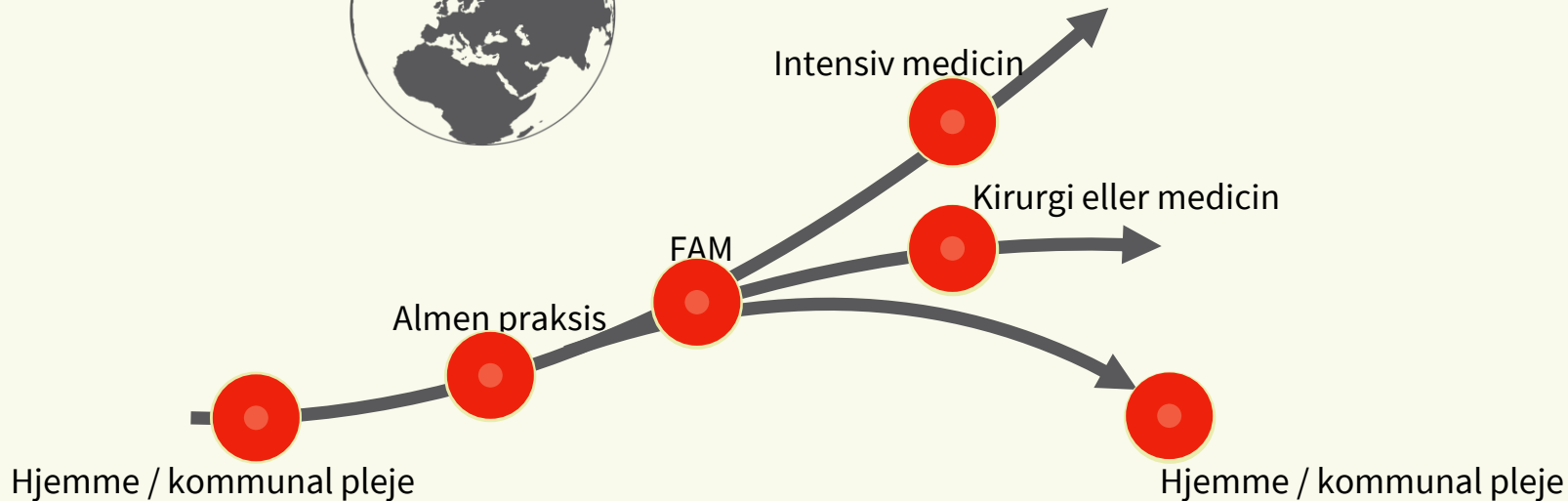
- Forebyggelse og behandling af geriatriske syndromer
- Rammer der faciliterer nedsat hørelse, syn og mobilitet
- Initiering af multifaceteret intervention

1. Hogervorst VM, Buurman BM, De Jonghe A, et al. Emergency department management of older people living with frailty: a guide for emergency practitioners. *Emerg Med J.* April 2021;1-7. doi:10.1136/emered-2020-210014

Disposition

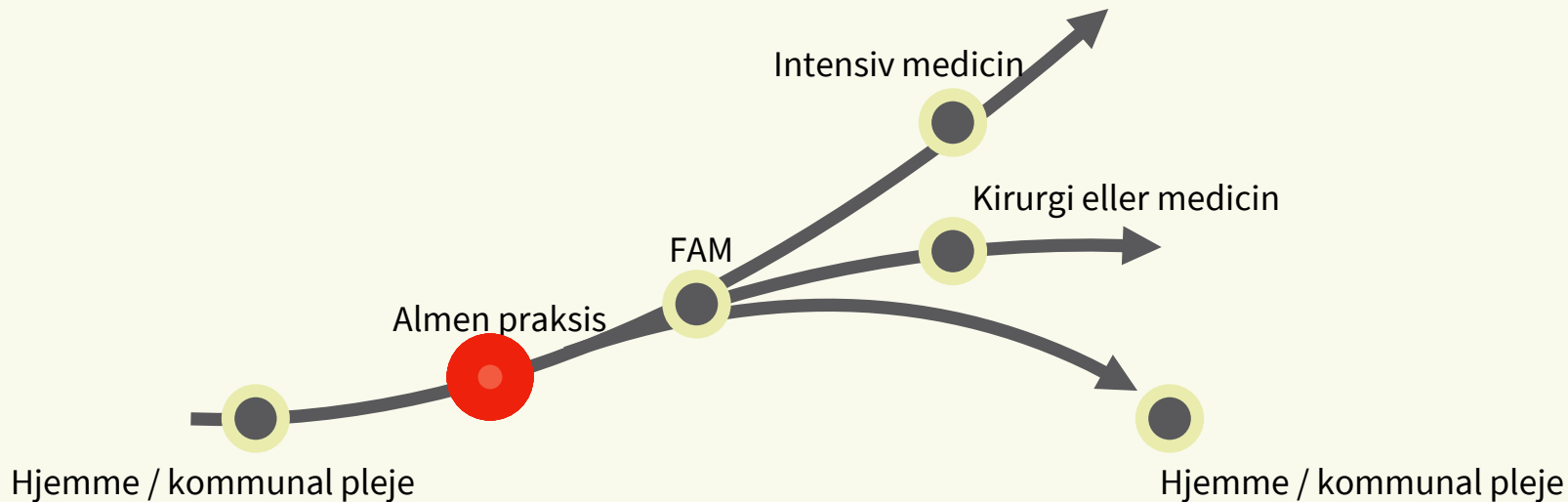
- Skrøbelighed
- **Basale krav**
 - Finde dem der lever med skrøbelighed blandt akut syge
 - Anvendelighed
 - **Grundlag for et fælles sprog**
- Trusler versus Fordele
- Case

Fælles sprog



CFS kan anvendes af alle faggrupper med god troværdighed

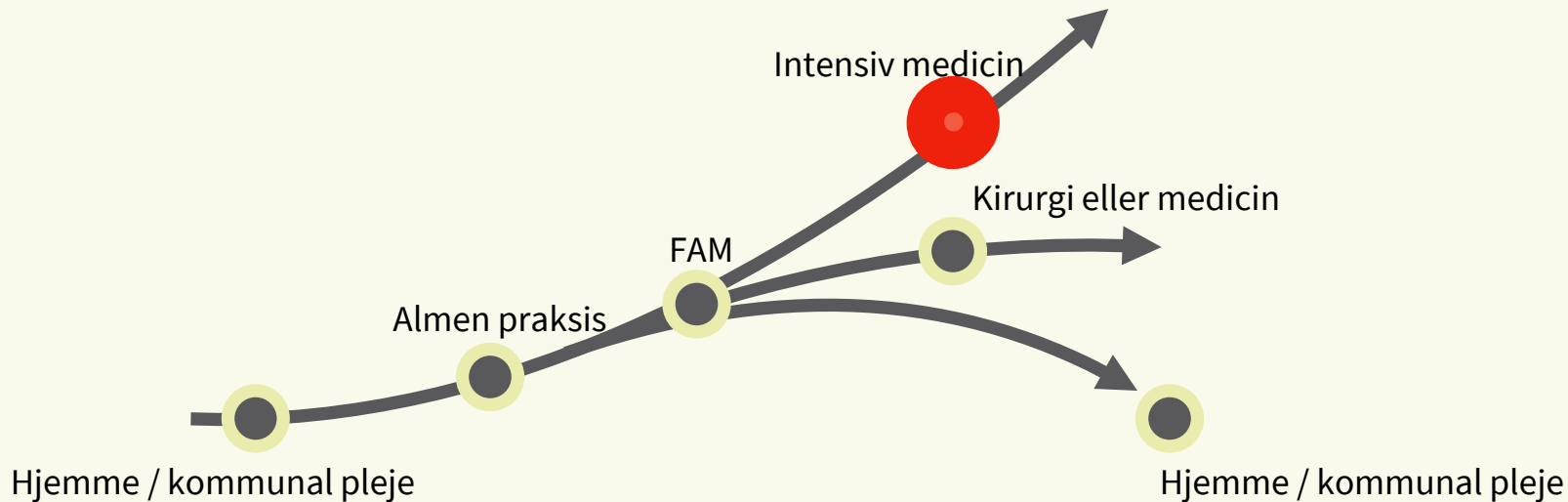
Fælles sprog



“Arbejdsgruppen anbefaler Clinical Frailty Scale (CFS), da den er let at håndtere i praksis, nem at kommunikere til andre sektorer og opleves som minimalt stigmatiserende for patienten.”

“Måling af frailty i almen praksis kan bruges ved klinisk mistanke, i stabil fase og i samråd med patienten.”

Fælles sprog



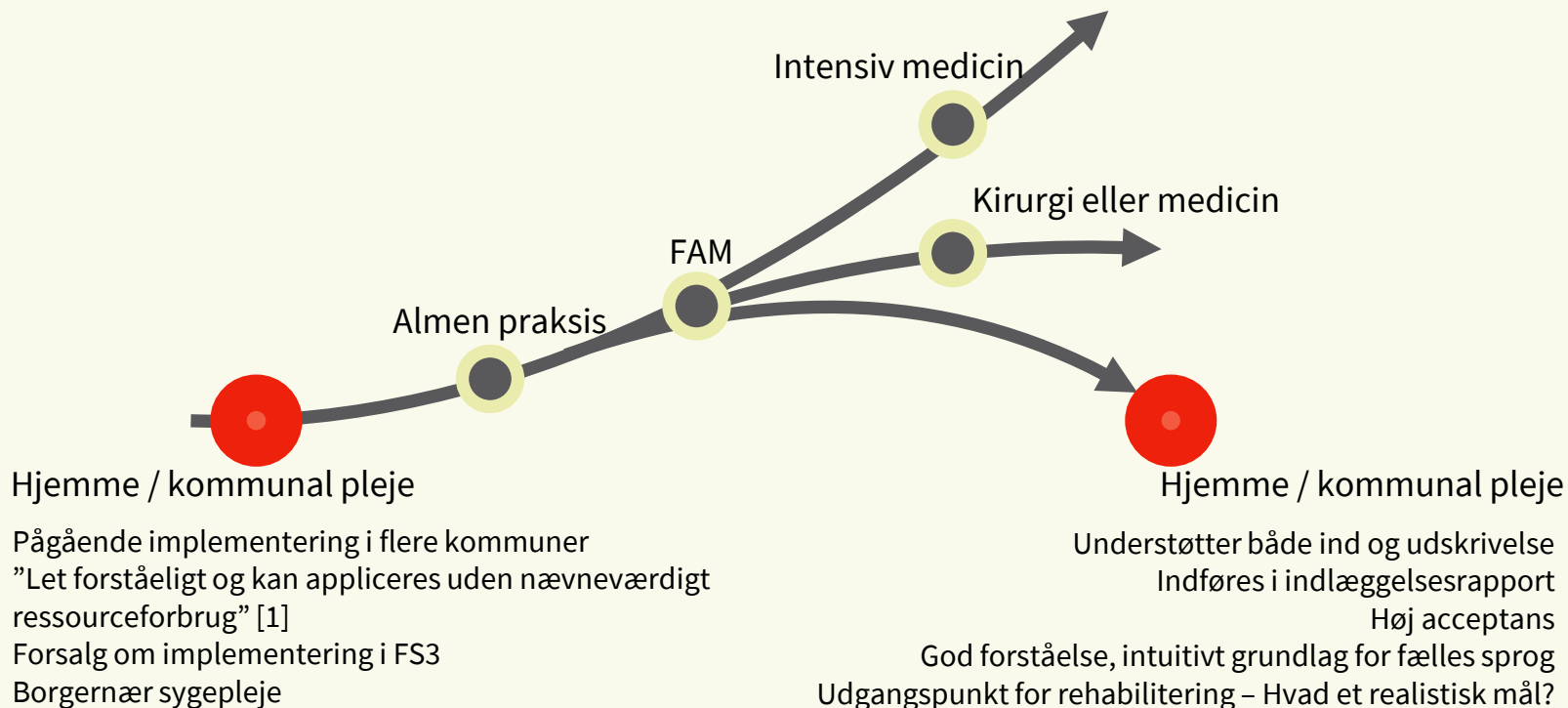
“Den fælles beslutningstagen, inklusive behandlingsbegrænsninger, kan styrkes ved en fælles forståelse for skrøbelighed [ved brug af CFS]” [1]

“Anvendelsen af CFS som den eneste score er rimeligt under omstændigheder hvor der skal tages hurtige beslutninger vedrørende indlæggelse af den ældre patient på en intensiv enhed” [2]

1. De Biasio JC, Mittel AM, Mueller AL, Ferrante LE, Kim DH, Shaefi S. Frailty in Critical Care Medicine: A Review. *Anesth Analg*. 2022

2. Guidet B, de Lange DW, Boumendil A, et al. The contribution of frailty, cognition, activity of daily life and comorbidities on outcome in acutely admitted patients over 80 years in European ICUs: the VIP2 study. *Intensive Care Med*. 2020

Fælles sprog



Disposition

- Skrøbelighed
- Basale krav
 - Finde dem der lever med skrøbelighed blandt akut syge
 - Anvendelighed
 - Grundlag for et fælles sprog
- **Trusler versus fordele**
- Case

Trusler versus fordele

Skrøbelighedsvurderingen vil ikke fortælle hvad

Alderisme, left-digit bias

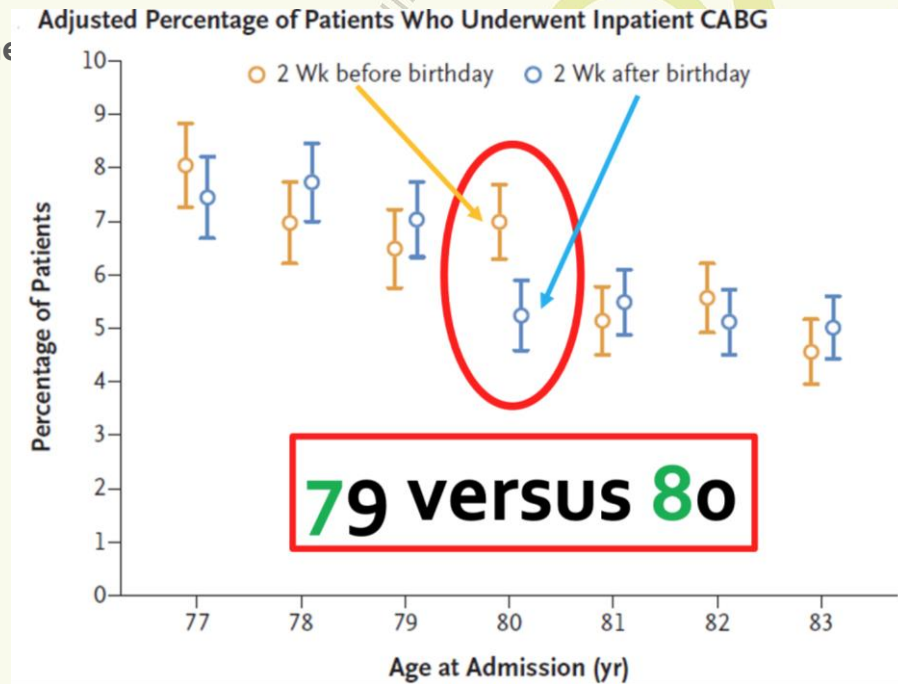
Det er klinikerne der er eksperterne

Trusler

Tager tid fra andre vurderinger (44 sek i snit)

For tidlig afslutning af overvejelserne

Frailism



Modificeret med tilladelse fra oplæg ved Christian Nickel, ref: Olenski AR et al. N Engl J Med. 2020;382(8):778-9.

Trusler versus fordele

Skrøbelighedsvurderingen vil ikke fortælle hvad klinikere skal gøre

Det er klinikerne der er eksperterne og bedst kan (og skal) forvalte viden om prognosen

Trusler

Tager tid fra andre vurderinger (44 sek i snit)

For tidlig afslutning af overvejelserne

Frailism

Fordele

Hurtig og bedre stratificering

Fokusering af diagnostik

Fælles sprog om modstandskraft

Styrke sektorovergang

Understøtte fælles beslutningstagen

Genkende øget risiko for nytteløs behandling

Modificeret med tilladelse fra oplæg ved Christian Nickel, ref: Olenski AR et al. N Engl J Med. 2020;382(8):778-9.

Disposition

- Skrøbelighed
- Basale krav
 - Finde dem der lever med skrøbelighed blandt akut syge
 - Anvendelighed
 - Grundlag for et fælles sprog
- Trusler versus fordele
- **Case**

Case

Hanne Hansen

- 81 år
- Faldet derhjemme, datter indbringer pt. til FAM
- Bor med dement ægtefælle, han er med og meget svært dement, men venlig og totalt uforstående.
- Pt. angiver selv at passe hjemmet og alle daglige gøremål og ægtefællen der dog får en del hjemmehjælp.
- Ikke kendt med nogen sygdomme eller medicin



Case

Objektivt:

- Kognitivt velbevaret, god kontakt
- CRP 134, Leukocytter 14
- RTG T med lille infiltrat, grumset urin

○ Sygeplejerske nævner:

- Udtalt svamp i lyske
- Decubiti på begge nates grad 2
- Let dysfagi, fejlsynker drikke under anamneseoptag



Case

- Forelagt decubiti, og svamp angiver pt. at denne ikke har været uden for en dør i månedsvis, sidder i stolen meget af tiden, og kan ikke overskue basal hygiejne de seneste måneder
- Vurderes at leve med moderat skrøbelighed, CFS = 6



	6	LEVER MED MODERAT SKRØBELIGHED Mennesker der har behov for hjælp til alle udendørs aktiviteter og med at holde hus . Ofte har de problemer med indendørs trappegang og behøver hjælp til at gå i bad og kan eventuelt have brug for minimal hjælp til påklædning (stikord, let støtte ved behov).
---	----------	--

Links til træning og støtte ved sengekanten

E-læring om CFS



APP flow på dansk



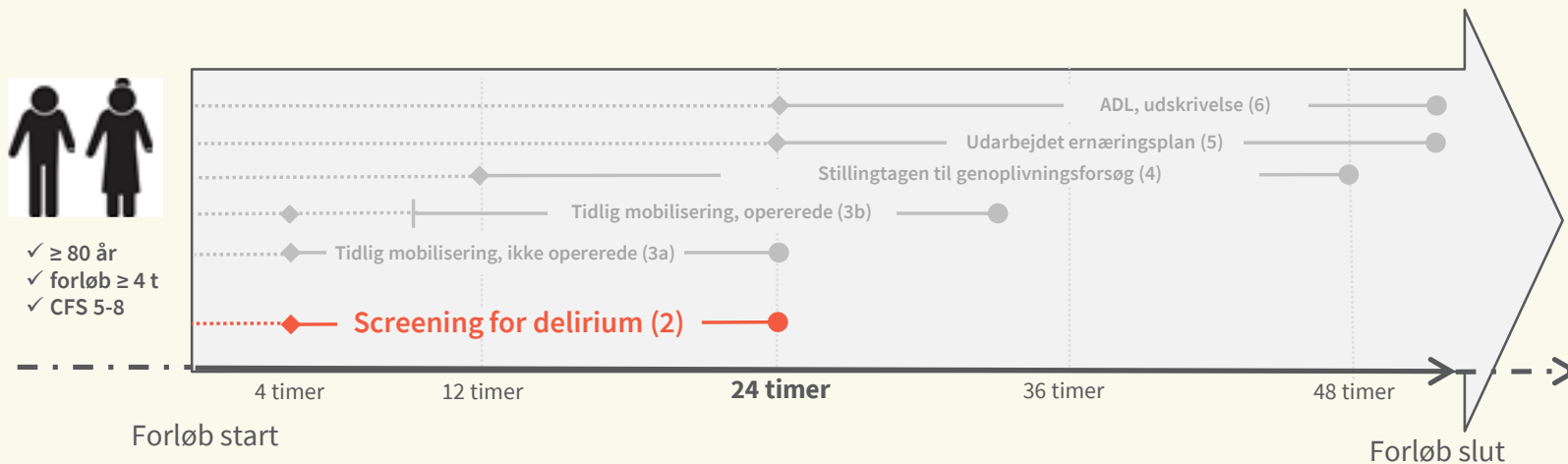
Se også www.geriatri.dk

Dagsorden

- Velkomst og rationale bag DANFRAIL
- Kliniske kvalitetsdatabaser og indikatorbaseret kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet
- Clinical Frailty Scale (CFS) til vurdering af skrøbelighed
- De øvrige indikatorer herunder rationale og evidensgrundlag
- Indhentning af data til database
- Implementering i egen region
- Mulighed for at stille spørgsmål
- Afrunding og tak for i dag

Screening for delirium (2)

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



Definition

- Sudden and fluctuating disturbance in mental function characterized by impaired attention, awareness, and cognition, often arising within hours to days after surgery.
- 3 og 12 mdr efter Delir tilfælde er der fortsat 1/3 og 1/4 af patienterne der har hjerneskade svarende til moderat traumatisk hjerneskade / mild Alzheimer
 - Pandharipande et al. NEJM 2013

Screening for delirium - rationale

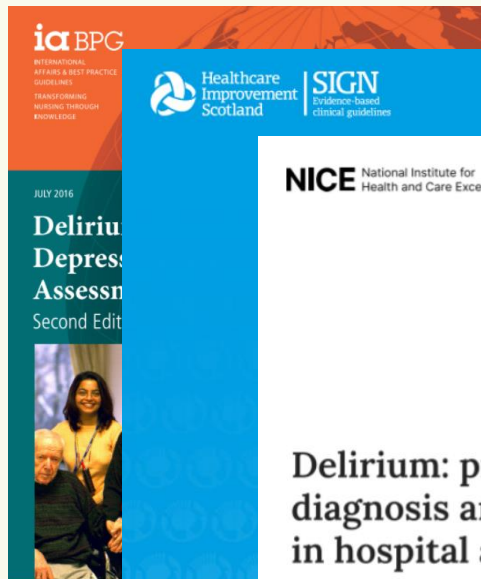
- Nyopstået delirium bør betragtes som et akut organsvigt
- Delirium er et symptom på underliggende sygdom



Screening for delirium - evidensgrundlag

International konsensus:

- Alle indlagte med risikofaktorer bør screenes systematisk
- Forebyggende non-farmakologiske tiltag bør iværksættes



Screening for delirium eksempler

Brief Confusion Assessment Method, B-CAM i dansk oversættelse.
1 og 2 skal være positive samt 3 eller 4 for at delirium er tilstede.

Kendetegn	Positiv	Negativ
<p>1. Akut indsatte og fluktuerende forløb: Oplysninger om dette punkt fås normalt fra familie eller plejepersonale.</p> <p>a. Er der tegn på en akut ændring i patientens mentale tilstand?</p> <p>b. Varierer dette i løbet af døgnet?</p> <p><i>Hvis én eller begge er tilfælde = positiv</i></p>		
<p>2. Uopmærksomhed: Bed patienten om at nævne årets måneder bagfra fra december til juli. <i>0-1 fejl = negativ. Mere end 15 sek. pause = positiv</i></p>		
<p>3. Ændret bevidsthedsniveau: Score på Richmond Agitation Scale (RASS): +4 Stridbar, voldelig, umiddelbar til fare for personalet +3 Stærkt agiteret. Forsøger at fjerne katetre og sonder; aggressiv +2 Oprevet. Hyppige formålsløse bevægelser +1 Rastløs, angst, bange, rolige bevægelser 0 Vågen og rolig. Negativ</p> <p>-1 Døsig. Ikke helt vågen, men kan holde sig vedvarende vågen på opfordring (åbne øjne / sikker kontakt i mindst 10 sekunder)</p> <p>-2 Sløv. Kortvarigt vågen på opfordring (øjensåbning / sikker kontakt under 10 sekunder)</p> <p>-3 Ingen øjenkontakt, men bevægelse eller øjensåbning på opfordring</p> <p>-4/-5 Kan ikke delirium vurderes <i>RASS forskellig fra 0-positiv</i></p>		
<p>4. Uorganiseret tankegang: Bed patienten svare på:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan en sten flyde på vand? • Er der fisk i havet? • Vejer et kilo mere end to kilo? • Kan man bruge en hammer til at slå søm i med? <p>Kommando: "Hold så mange fingre op" (Vis 2 fingre) "Nu skal du gøre det samme med den anden hånd" (uden at du viser fingrene igen) Eller: "Tilføj endnu en finger" (Hvis patienten ikke kan bruge begge arme)</p> <p><i>Mere end 0 fejl = positiv</i></p>		

Jens Nørhøj, Elsebeth Gilstrup, Helle Seemingsen ©Vanderbilt University 2012



Screenings test for delirium & kognitiv svækkelse

[1] BEVIDSTHEDSNIVEAU

Dette område vurderer, om kan være påvirket af akutte eller kroniske sygdomme eller medicin eller agitationsproblemer. Observer patienten. Hvis patienten svarer for sig og er i stand til at svare på alle spørgsmål med hele eller delvis berøring på skulderen. Bed patienten om at angive et navn og adresse og en del af året.

Normal (helt vågen - uden at være agiteret - under hele testen)	0
Lidt søvrig +10 sekunder eller længere, derefter normal	1
Altersyndet	2

[2] ANTA

Ålder, fødselsdato, sted (prævet på hospitalet eller oprindelses), aktuelle årstal

Ingen fejl	0
1 fejl	1
2 eller flere fejlskilt test	2

[3] OPMÆRKSOMHED

Spørg patienten: "Kan du huske årets måneder i baglæns rækkefølge, hvor du starter med december?"
"For at hjælpe på forståelsen, er det tilfældet at sige 'hvilken måned kommer før december?'"

Årets måneder baglæns	0
Begynder, men bliver +7 måneder / afbryd at forsvare	1
Kan ikke huske sags udførelse, dagesligning eller opmærksomhed	2

[4] AKUT ÆNDRING ELLER FLUKTUERENDE BEVIDSTHEDSNIVEAU

Indtagningsdato for en betydelig ændring eller sætning / bevidsthedsniveauændring, agitation, eller andre mentale funktioner (fx. paranoia, hallucinationer) der er opstået i løbet af de sidste 2 uger og forløb er tilstede indenfor det sidste døgn

Nej	0
Ja	4

4 eller mere: multiple delirium +/ kognitiv svigt
1-3: multiple kognitiv svigt
0: delirium eller alvorligt kognitiv svigt er usandsynligt (men delirium er stadig en mulighed hvis informationerne i [1] er manglende)

4AT SCORE

VELLEDNING NOTER

4AT er et screeningsinstrument til hurtig indledende vurdering af delirium og kognitiv svækkelse. Version 1.2, information og download: www.4at4.com
4AT er et screeningsinstrument til hurtig indledende vurdering af delirium og kognitiv svækkelse. En score på 4 eller lavere tyder på delirium, men et 4AT score på 4 er ikke diagnosticerende. En score på 3 eller lavere tyder på delirium, men et 4AT score på 3 er ikke diagnosticerende. En score på 2 eller lavere tyder på delirium, men et 4AT score på 2 er ikke diagnosticerende. En score på 1 eller lavere tyder på delirium, men et 4AT score på 1 er ikke diagnosticerende. En score på 0 eller lavere tyder på delirium, men et 4AT score på 0 er ikke diagnosticerende.
4AT er et screeningsinstrument til hurtig indledende vurdering af delirium og kognitiv svækkelse. En score på 4 eller lavere tyder på delirium, men et 4AT score på 4 er ikke diagnosticerende. En score på 3 eller lavere tyder på delirium, men et 4AT score på 3 er ikke diagnosticerende. En score på 2 eller lavere tyder på delirium, men et 4AT score på 2 er ikke diagnosticerende. En score på 1 eller lavere tyder på delirium, men et 4AT score på 1 er ikke diagnosticerende. En score på 0 eller lavere tyder på delirium, men et 4AT score på 0 er ikke diagnosticerende.



Symptomer	Symptom vurdering
<p>1 Desorientering Verbal eller adfærdsmæssig manifestation af ikke at være orienteret i tid eller sted eller fejlopfattelse af personer i omgivelserne.</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>2 Uopassende adfærd Uopassende adfærd i forhold til stedet og/eller for personen, f.eks. trækker i katetre eller forbindninger, forsøger at komme ud af sengen når dette er kontraindiceret eller lignende.</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>3 Uopassende kommunikation Uopassende kommunikation i forhold til stedet og/eller for personen, f.eks. usammenhængende, ikke-kommunikerende, meningsløs eller uforståelig tale.</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>4 Illusioner/hallucinationer Ser eller hører ting, som ikke er der, forvrængning af synsindtryk.</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>5 Nedsat psykomotorik Forsinket respons, få eller ingen spontane handlinger eller ord, f.eks. når personen bliver stimuleret (f.eks. prikket til) er reaktionen forlænget, og/eller personen kan ikke vækkes.</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p>
I alt	
	<p>≥ 2</p> <p>Delir <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p>

Nu-DESC DK (Nursing-Delirium Score Denmark)

Screening for delirium – ændret praksis

Non-farmakologiske tiltag



Screening for delirium - kodning

Man opfordres til at diagnosekode tilstanden som enten A- eller B- diagnose på kontakten:

- DF050 Delir uden demens
- DF051 Delir ved demens
- DF058 andet delir
- DF059 Delir UNS

Hvem er i delir?



Screening for delirium - evidensgrundlag

Tabel 3. Behandlingsresultater, de felterne viser behandlingen.

	Patient nr.																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Andet					■			■								■		■		■				
Enestue		■						■	■		■			■		■					■			■
Korr. af væske- og elektrolytbehandling			■	■	■	■					■								■		■			
Haloperidol				■	■			■	■				■					■		■				■
Benzodiazepiner	■			■	■		■	■			■								■		■		■	■
Fast vagt												■												
Symptombehandling	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sepnering af medicin						■							■								■		■	
Delir if. CAM ^a	■			■	■	■				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		■	■
Delir efter lægernes skøn		■	■	■	■		■	■	■	■		■	■	■		■	■	■	■	■		■	■	■

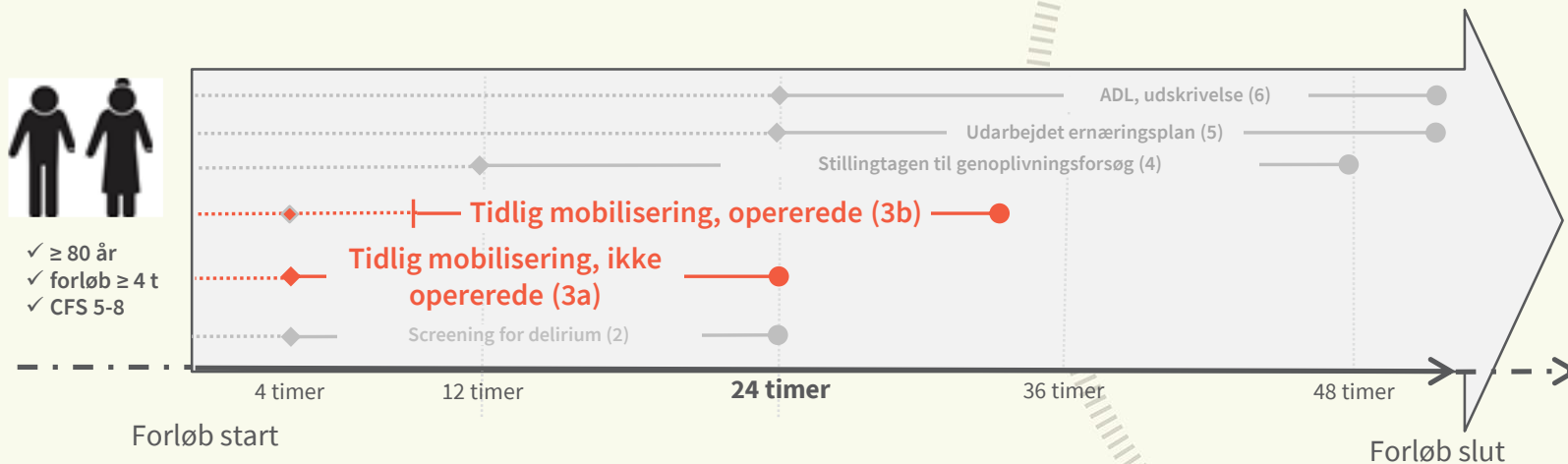
a) CAM = *confusion assessment method*.



S. Farmer et al. , ugeskriftet 2006

Tidlig mobilisering (3a/b)

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



Tidlig mobilisering (3)

Alle 80+ årige med CSF 5-8 skal mobiliseres indenfor de første 24 timer efter indlæggelse (3a) eller operation.

Patienten skal enten selvstændigt eller assisteret ud af sengen til gang, stående eller siddende stilling i stol (afh. af almentilstand). Kan patienten mobiliseres til gang skal dette prioriteres og mobilisering til sengekant er ikke tilstrækkeligt. Det anbefales at mobilisering foretages flere gange dagligt – særligt når patienten er indlagt over flere døgn.

Tidlig mobilisering (3a/b) - rationale

Akut indlæggelse og inaktivitet...



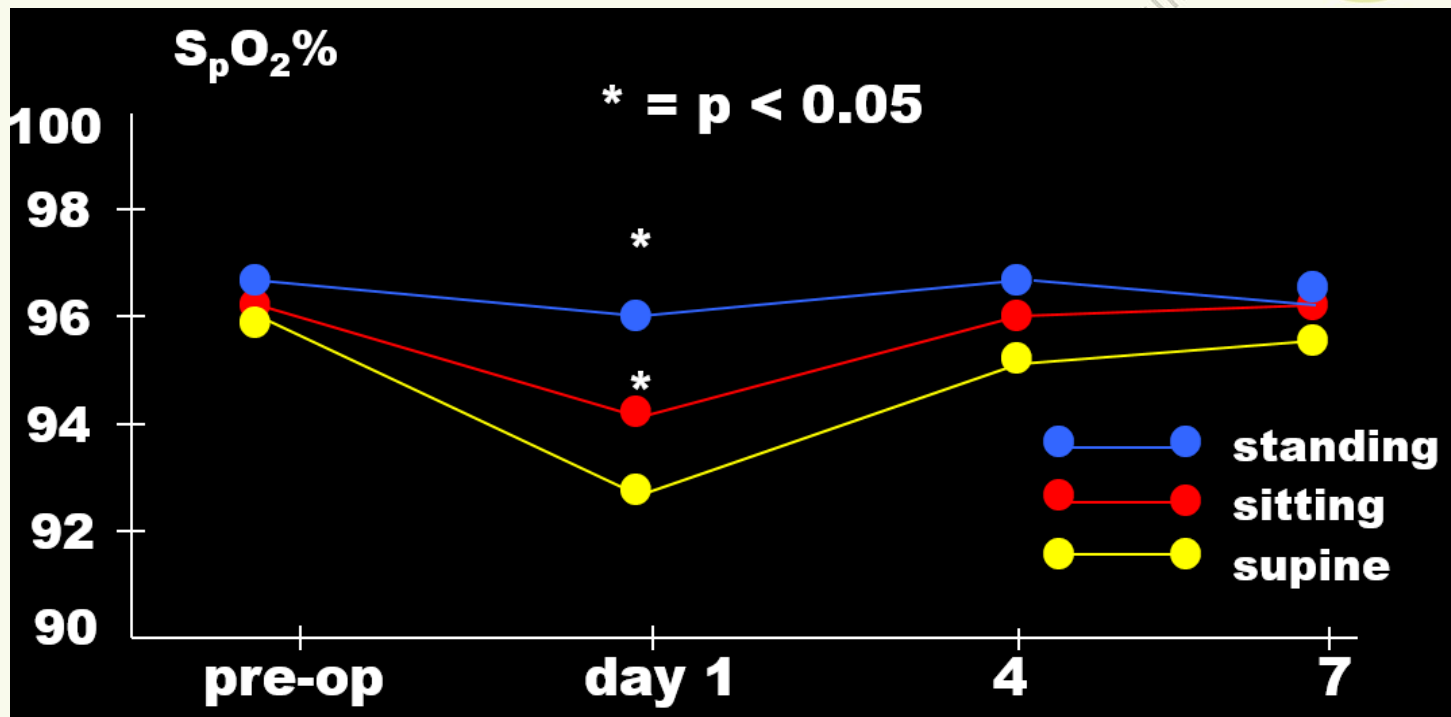
Tidlig mobilisering (3a/b) - evidensgrundlag



- Sikkerhed: Ikke øget risiko for fald eller forværring i den medicinske tilstand
- Etik: Mobilisering bidrager til værdighed og livskvalitet
- Effekt: Usikker/ingen bevist effekt ved udskrivelsen på:
 - Mortalitet
 - Mobilitet og funktionsniveau
- Nok urealistisk at forvente effekt på så kort en tidshorisont

Anbefaling: Ekspertkonsensus (klasse D jf. Oxford)

Mobilisering og lungefunktion



Tidlig mobilisering (3a/b)

Handlingsanvisning

Revurdering
af behov for
slanger, dræn
etc.

Medicin:
- Smertedækning
- Sanere medicin som giver
svimmelhed eller sløver

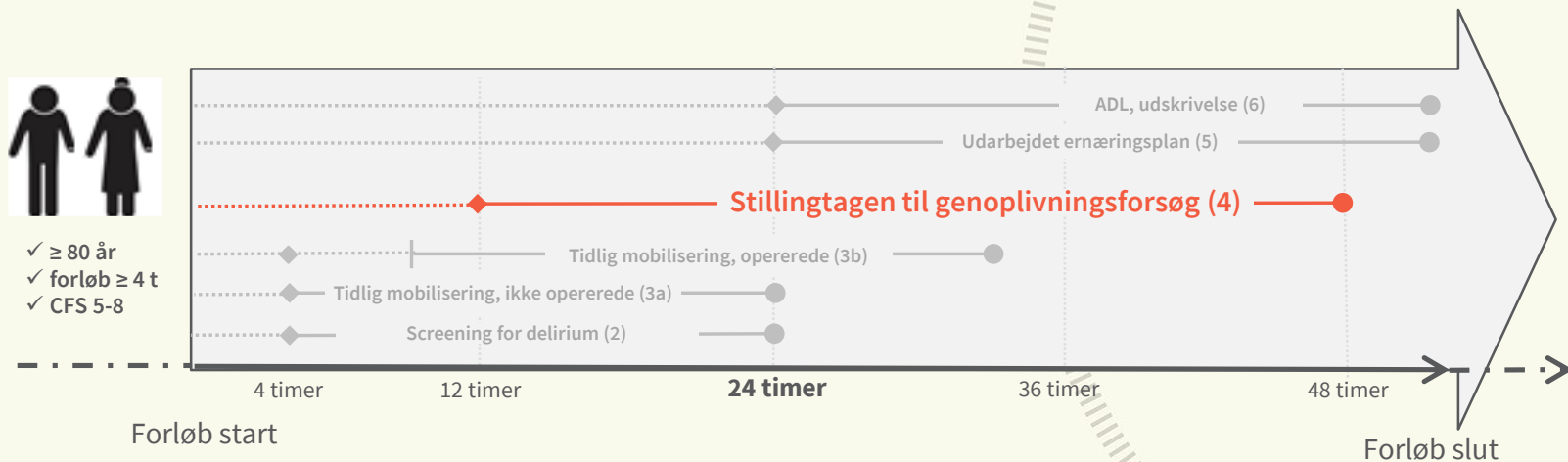
Organisatorisk:
- Prioritering af tid og
ressourcer
- Sikre gode forhold som
muliggør sikker og korrekt
mobilisering



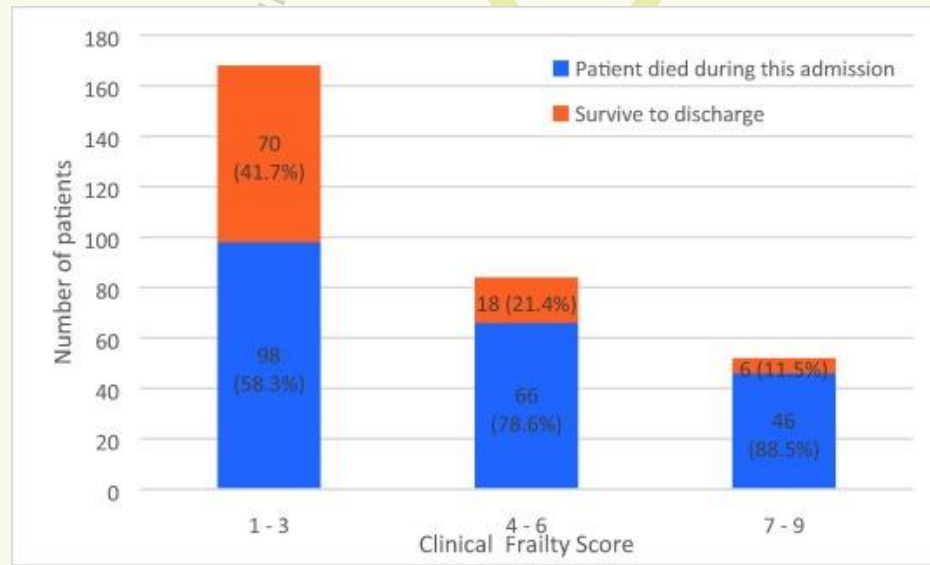
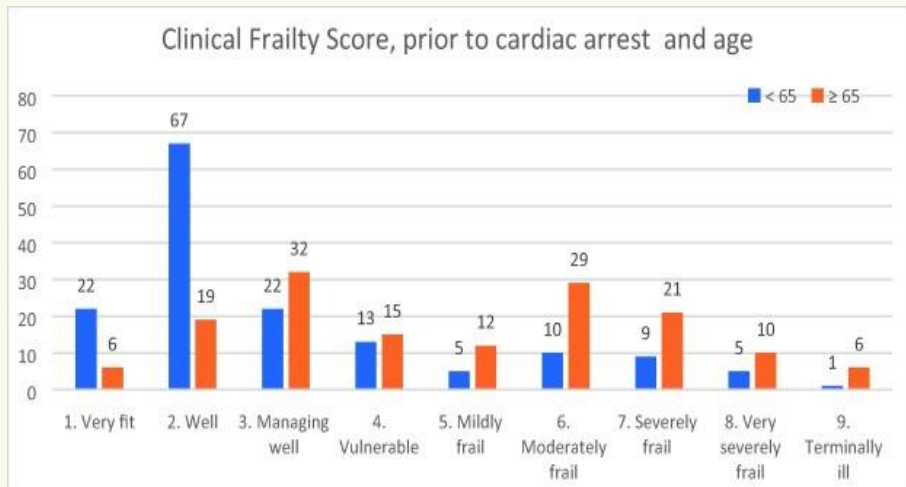
Motivation
Viden/undervisning

Stillingtagen til genoplivningsforsøg (4)

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

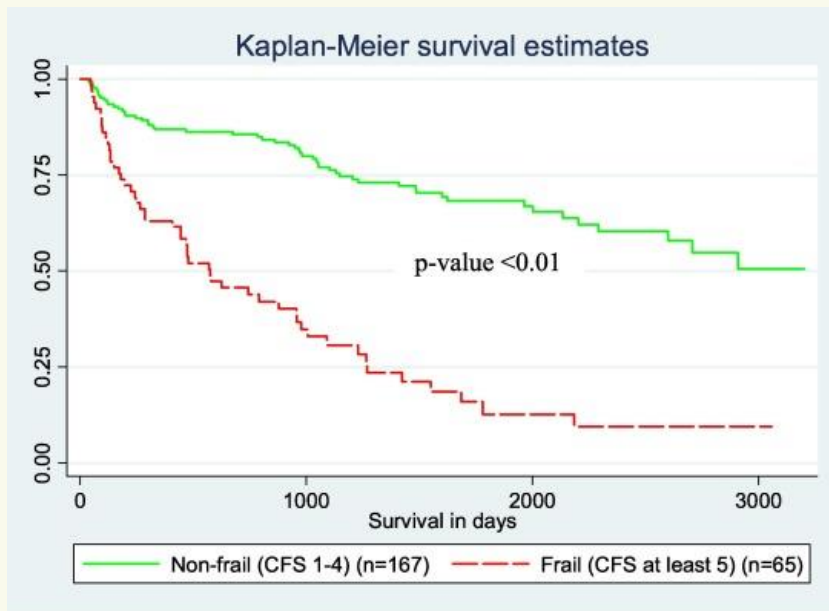


Skrøbelighed som prædikator for overlevelse efter hjertestop



McPherson SJ et al, Resusc. Plus, 2023 Sept 2

Langtidsoverlevelse hos +65 årige, som levede 30 dage efter hjertestop på hospital



Jonsson H et al, Resuscitation 2022 Okt

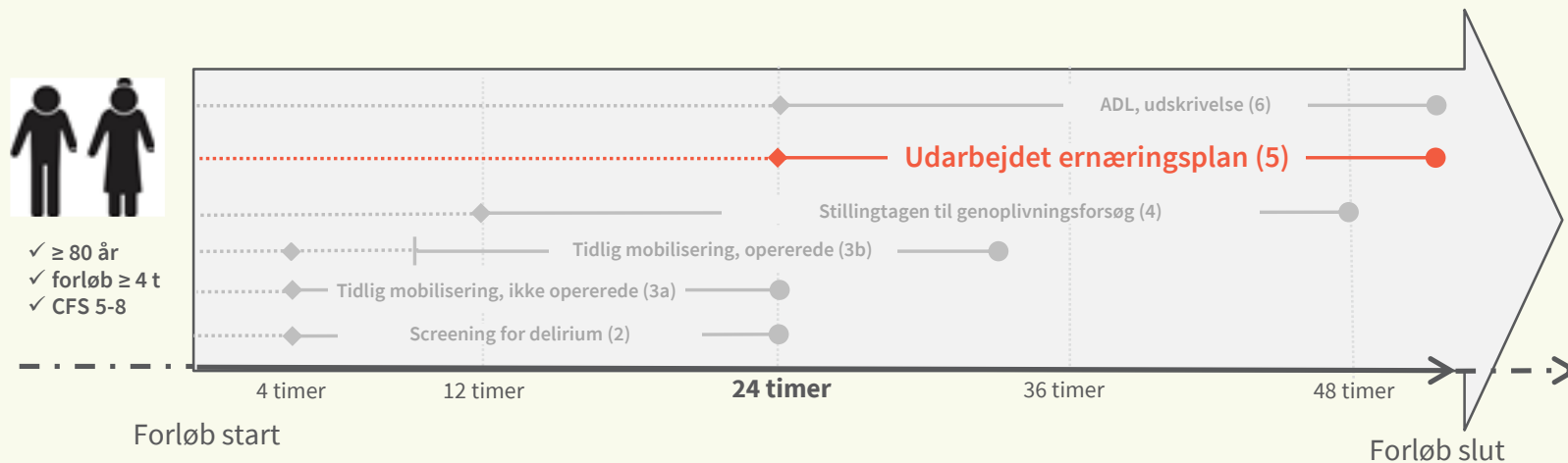
Stillingtagen til genoplivningsforsøg (4)

- **Stillingtagen** til, om der skal forsøges hjerte-lunge-redning i tilfælde af hjertestop
 - Fravalg hos habil patient
 - Foreliggende livstestamente
 - Lægefaglig vurdering
- Omfatter **ikke** stilling til andre facetter af behandlingsniveau
- SKS-kode: **ZZ0960** (akutmodtagelse eller stationær afd.)
- Kendskab til stamkort kan anbefales (sundhed.dk)



Ernæringsplan udarbejdet (5)

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







Ernæringsplan (5) - rationale

Fru
Hansen.



- Skrøbelighed, sarkopeni, under- og fejlnæring går hånd i hånd.
- Akut sygdom → katabolisme ("nedbrydning")
- Underernæring → øget risiko for komplikationer(nedsat immunforsvar, øget infektionsrisiko, langsom sårheling), sygdom og tab af muskelmasse/muskelstyrke, tab funktionsevne
- Rettidig indsats kan
 - Forebygge yderligere svækkelse af helbredstilstand eller tab af funktionsevne
 - Forebygge indlæggelse
 - Øge livskvalitet

	5	LEVER MED MILD SKRØBELIGHED	Mennesker der ofte er mere tydeligt langsomme, og har behov for hjælp til komplekse daglige gøremål (Instrumental Activities of Daily Living – økonomi, transport, hovedrengøring). Typisk vil mild skrøbelighed i stigende grad hæmme indkøb, gåture alene udenfor, madlavning, medicin og begynde at begrænse let husarbejde.
	6	LEVER MED MODERAT SKRØBELIGHED	Mennesker der har behov for hjælp til alle udendørs aktiviteter og med at holde hus. Ofte har de problemer med indendørs trappegang og behøver hjælp til at gå i bad og kan eventuelt have brug for minimal hjælp til påklædning (stikord, let støtte ved behov).
	7	LEVER MED SVÆR SKRØBELIGHED	Fuldstændig afhængige af hjælp til egenomsorg, uanset årsag (fysisk eller kognitiv). Alligevel virker de stabile og ikke i høj risiko for at dø inden for ca. 6 måneder.
	8	LEVER MED MEGET SVÆR SKRØBELIGHED	Fuldstændig afhængige af hjælp til personlig pleje og nærmer sig livets afslutning. Typisk vil de ikke engang komme sig efter let sygdom.

Ernæringsplan (5) - evidensgrundlag

Sundhedsstyrelsen

- Vejledning 2022 (<https://www.sundhedsstyrelsen.dk/da/Vaerdighed/Temaer/Maaltider-og-ernaering/Viden-om>)
- NKR retningslinjer 2020 (skal opdateres)

ESPEN Guidelines & Consensus Papers

The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism

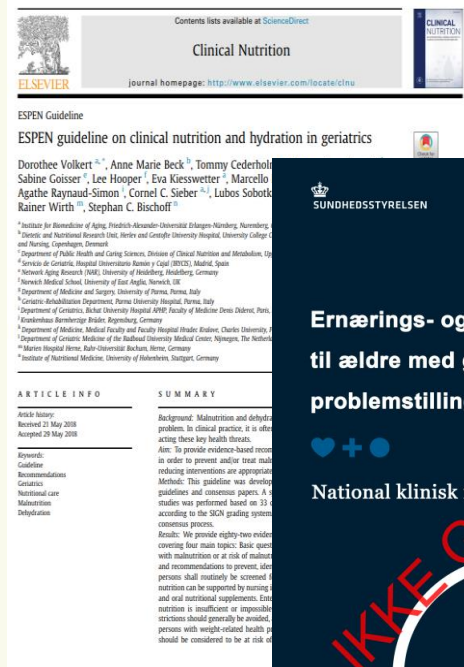
<https://www.espen.org/guidelines-home> > [espen-guide](https://www.espen.org/guidelines-home)

Systematisk reviews (se evidensrapporten)

Moderat - god kvalitet.

Sammenfattende anbefales:

- Individualiseret vejledning og plan
- Ernæringsplan omfatte alle centrale aspekter af kost og ernæring
- Tværfaglig og tværsektorielt indsats (klar ansvarsfordeling)



The graphic features a dark blue background with white and light blue text. At the top, it says 'SUNDHEDSSTYRELSEN 2020'. The main title is 'Ernærings- og trænings til ældre med geriatriske problemstillinger'. Below the title are three icons: a heart, a plus sign, and a circle. The text 'National klinisk retningslinje' is written in a light blue font. At the bottom, there is a large white circle containing a blue arrow pointing upwards and to the right. A large red watermark 'IKKE GÆLD' is overlaid on the graphic.



Ernæringsplan (5) - udredning

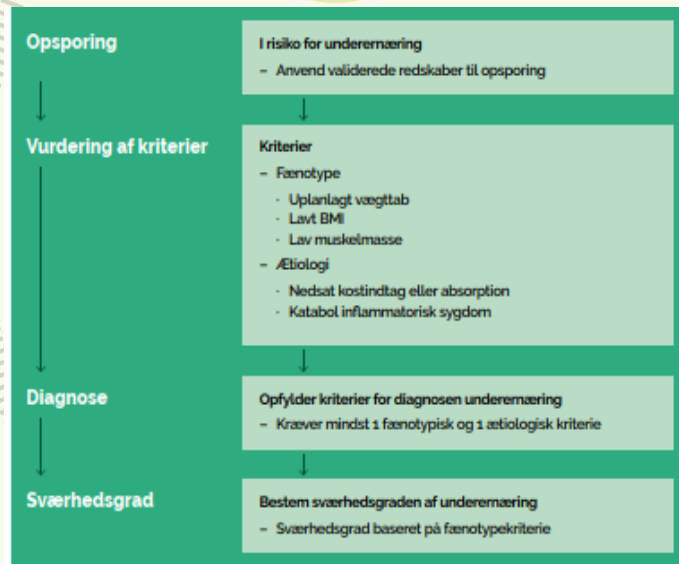
Opsporing af ptt. i ernæringsrisiko

Ernæringsvurdering

- Fysisk tilstand (fænotypisk kriterie): 1. utilsigtet vægttab, 2. BMI <22 (70+-årige) eller 3. lav muskelmasse
- Årsag (ætiologisk kriterie): 1. utilstrækkelig kostindtag, 2. nedsat absorption eller 3. katabol inflammatorisk sygdom (fx kræft eller KOL)

Identificere risikofaktorer og ressourcer

- Nedsat fysisk og/ eller kognitiv funktionsevne, mentale faktorer, ensomhed, socioøkonomiske faktorer
- Kostbegrænsende faktorer: Tygge- og synkebesvær, dysfagi, kvalme, forstoppelse, nedsat appetit, mundtørhed
- Akut sygdom
- Symptomer på medicinbivirkning
- Egenomsorgskapacitet/sundhedskompetencer, afhængig af hjælp til at spise
- Fysiske og sociale rammebetingelser for det gode måltid



Ernæringsplan- udarbejdet (5)

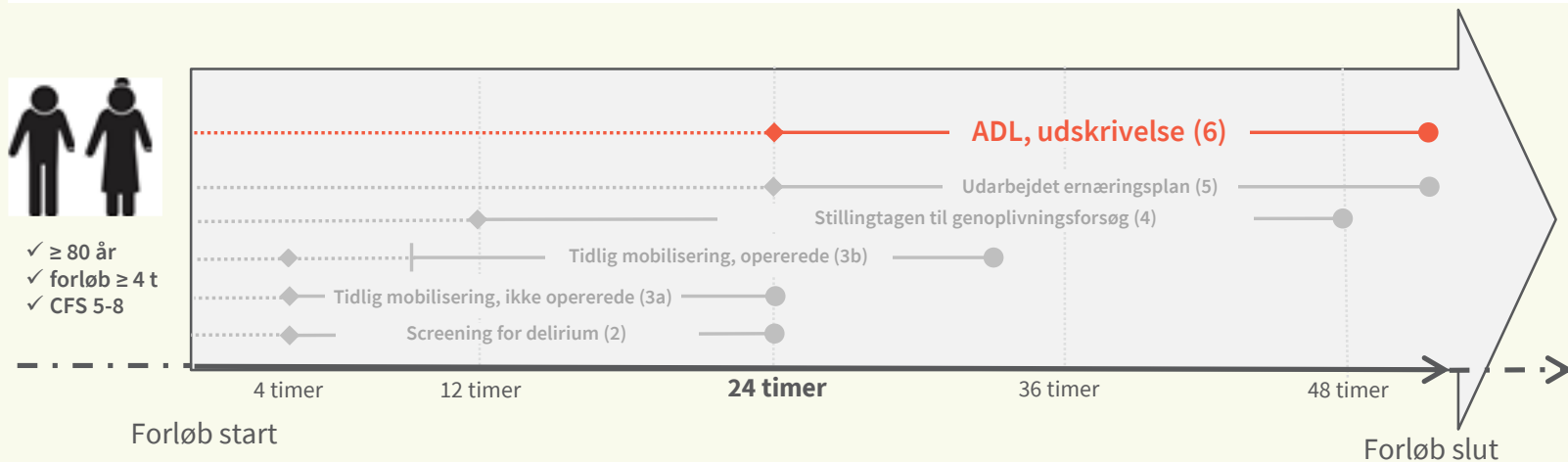


Udarbejdelse af individuel ernæringsplan, som skal indeholde

- Vurdering af pt.s
 - Vægtstatus
 - Behov for energi, væske, protein
 - Ressourcer, risiko- og kostbegrænsende faktorer.
 - Udarbejdelse af ernæringsplan (3 mdr.):
 - Mål: Vægtøgning/stabilisering – øget væskeindtag
 - Styrke den ældres viden, motivation og handlekompetence
 - Plan for gennemførelse:
 - Vejledning og uddannelse om konsekvenserne af tilstanden
 - Vejledning og plan for at opnå et tilstrækkeligt protein- og kalorieindtag og kostform i forhold til behov, risikofaktorer, præferencer, ressourcer og rammebetingelser
 - Plan for opfølgning (løbende monitorering, evaluering og afslutning)
- Udarbejdelse af ernæringsplan: ZZ2009C Udarbejdelse af ernæringsplan

Vurderet ADL (6)

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



Vurderet ADL (6)

Rationale

1/3 af akut indlagte ældre ptt. oplever tab af funktionsevne, relateret til udførelse af daglige aktiviteter (ADL).

Risikofaktorer for funktionsevnetab:

- Indlagt fra plejehjem
- Nedsat funktionsevne inden indlæggelse
- Kognitiv svækkelse
- Underernæring
- Tryksår
- Lavt albuminindhold
- komorbiditet



Vurderet ADL (6)

Evidensgrundlag

Dansk retningslinje fra CKR, 2016 (Moderat kvalitet)
Fem systematisk reviews (ROBIS = Lav risiko for bias)

Sammenfattende anbefalinger

- Flere undersøgelsesredskaber anbefales: Barthel-100 eller Barthel-20, AMPS, eller Katz ADL. Andet valideret redskab kan bruges.
- Brug af observationsbaseret redskab fremfor selvrapporing
- Kommunikation af ADL-vurdering til primærsektor → reducerer mortalitet, genindlæggelse og øge patienttilfredshed

Vurderet ADL (6)

Handlingsanvisninger for CFS 5-7

Vurdering af ADL i relation til:

- udførelse af personlig hygiejne
- af- og påklædning
- færden inden døre

Vurderingen bør indeholde beskrivelse af de forskellige områder fremfor summarisk score

Observation bør anvendes fremfor selvrapportering

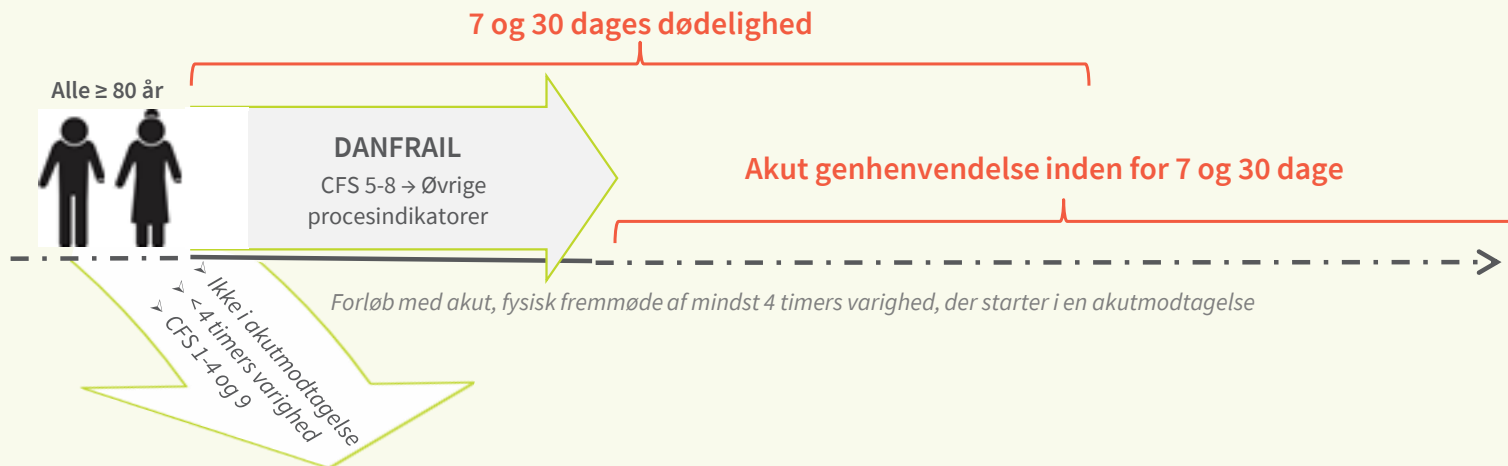
Dokumenteres i journalen og kommunikeres til primærsektor

- ZZ5049G: Vurdering af ADL

Måling af funktionsevne beskrives ud fra WHO's International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) model

Akut genhenvendelse og dødelighed (7/8)

- Andelen af patientforløb med CFS 5-8, der har en akut genhenvendelse uanset årsag indenfor 7/30 dage
- Andelen af patienter med CFS 5-8, der dør indenfor 7/30 dage



Akut genhenvendelse og dødelighed (7/8)

Rationale: En række studier viser at skrøbelighed er forbundet med øget risiko for genhenvendelse/indlæggelse og øget mortalitet.

Evidensgrundlag: Der er stor variation i data, men det er ekspertgruppens opfattelse at der er tale om væsentlige outcomeparametre. (Ekspertkonsensus, klasse D Oxford 4).

Handlingsanvisninger: Da der er tale om en resultatindikatorer er der ingen handlingsanvisning. Og der kan ikke fastsættes en standard før der foreligger data.

Dagsorden

- Velkomst og rationale bag DANFRAIL
- Kliniske kvalitetsdatabaser og indikatorbaseret kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet
- Clinical Frailty Scale (CFS) til vurdering af skrøbelighed
- De øvrige indikatorer herunder rationale og evidensgrundlag
- **Indhentning af data til database**
- Implementering i egen region
- Mulighed for at stille spørgsmål
- Afrunding og tak for i dag



Indhentning af data til DANFRAIL



Om RKKP [Nyheder](#) [Arrangementer](#) [Kontakt](#)



regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

[Kvalitetsdatabaser](#) [Viden fra databaser](#) [Daglige data](#) [Systemer](#) [Data til forskning](#) [Support](#)

Du er her: [Kvalitetsdatabaser](#) > [Find database](#) > **Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed**

Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed

Om databasen Læs om databasens formål og indhold	Dokumentation Se databasens dokumentation og indikatorer	Indberetning Sådan registrerer du data i databasen
Viden Årsrapport, daglige data og analyser	Har du brug for hjælp Se hvem du kan kontakte om hvad	Vil du vide mere Find mere information om databasens område

www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/database-for-aeldre-med-skrobelighed/

Indhentning af data til DANFRAIL

Indhold

1. Indledning
 - Om Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed
 - Om Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)
 - Formålet med dataindberetningsdokumentet
2. Drift og implementering af DANFRAIL
3. Generelt
 - Opgørelsesperiode
 - Afrapportering
 - Datakilder
 - Variabelliste
4. Indikatoroversigt
 - Indikatorordlinje
5. Omfattede organisatoriske enheder
 - Indberetning til databasen
6. Patientgrundlag
7. Indikatorspecifikationer
 - Indikator 1. Vurdering af skrøbelighed
 - Indikator 2. Screenet for delirium
 - Indikator 3a. Tidlig mobilisering, ikke opererede
 - Indikator 3b. Tidlig mobilisering, opererede
 - Indikator 4. Stillingtagen til genoplivningsforsøg
 - Indikator 5. Ernæringsplan udarbejdet
 - Indikator 6. Vurderet ADL
 - Indikator 7a. Genhenvendelse, 7 dage
 - Indikator 7b. Genhenvendelse, 30 dage
 - Indikator 8a. Dødelighed, 7 dage
 - Indikator 8b. Dødelighed, 30 dage
8. Variable anvendt i DANFRAIL
 - Variable til dannelse af patientgrundlaget
 - Variable til beregning af indikatorer

Bilag 1

Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed - DANFRAIL

Dataindberetning for patientgrundlag
og indikatormonitorering

Version 1.00



Indikator 1. Vurdering af skrøbelighed

Andelen af patientforløb af mindst 4 timers varighed, hvor patienten er mindst 80 år, der vurderes med Clinical Frailty Scale (CFS)

Standarden er ikke fastsat - målsætningen er at opnå en høj andel, der vurderes med CFS.

Nævner:	Patientforløb af mindst 4 timers varighed, hvor patienten er mindst 80 år
	NOTE: - alle akutte kontakter for patienter på mindst 80 år medtages, uanset om der har været en akut kontakt lige op til den nuværende kontakt - patienter, der fylder 80 år i løbet af hospitalets kontakten, medtages ikke
Tæller:	Patientforløb i nævneren, der vurderes med Clinical Frailty Scale (CFS)
	CFS registreres med følgende kode inklusiv værdikode (VPH), i LPR: <ul style="list-style-type: none">ZZV020V Vurdering efter Clinical Frailty Scale (CFS) inklusiv værdikode (VPH)
	Værdikoden VPH indberettes som tillægskode til procedurekoden, fx indberettes en patient, der vurderes som 'mildt skrøbelig' svarende til en CFS på 5 som VPH0005. Vurderingen foretages i akutmodtagelsen, og forventes ikke at gå forud for den indledende akutte behandling herunder triage og ABCDE stabilisering.
	Vær opmærksom på, at vurdering med CFS sker på baggrund af patientens tilstand forud for akut sygdom almindeligvis 14 dage forud. Vurderingen kan foretages af alle sundhedsprofessionelle - se materiale og e-læringsprogram her [https://www.geriatri.dk/forside/cfs.php]
	Vurdering med CFS skal være foretaget inden for de første 24 timer fra patienten ankommer til akutmodtagelsen. Hvis forløbet afsluttes inden for de første 24 timer, skal vurderingen senest være foretaget ved udskrivelse. Overflytning mellem afdelinger samles til ét patientforløb, og CFS skal kun registreres én gang indenfor 24 timer (se indberetning i afsnit 5).
Uoplyst:	Patienter med manglende CFS eller ugyldige værdikoder (værdier over 9)
Ikke relevant:	Patienter, der dør inden for de første 24 timer efter kontakt start
Registreringsniveau:	- Hospitalsenhed, der modtager patienten (afdeling for kontaktstart) eller - den/de afdelinger patienten overflyttes til inden for 24 timer eller - sundhedsprofessionelle ansat i anden afdeling, der har udført screeningen

Dagsorden


- Velkomst og rationale bag DANFRAIL
- Kliniske kvalitetsdatabaser og indikatorbaseret kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet
- Clinical Frailty Scale (CFS) til vurdering af skrøbelighed
- De øvrige indikatorer herunder rationale og evidensgrundlag
- Indhentning af data til database
- **Implementering i egen region**
- Mulighed for at stille spørgsmål
- Afrunding og tak for i dag



Mulighed for spørgsmål

Afrunding

- Nyt fagligt fællesskab
- Fælles sprog
- Spørg endelig din regionale kontaktperson eller RKKP



www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/database-for-aeldre-med-skrobelighed/