Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud

Datadefinitioner

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Datadefinitioner Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud
© Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK)

Udgiver:
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK)
Hedeager 3
8200 Aarhus N

www.sundk.dk

Version: 7.4
Versionsdato: 14.08.2026

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

1. Indledning 1
2. Diagnose- og inklusionskriterier 2
3. Datadefinitioner for baggrundsoplysninger 4
4. Datadefinitioner for indikatorer 5
   - Indikator 1. Præoperativ optimering 5
   - Indikator 2. Operationsdelay 6
   - Indikator 3. Tidlig mobilisering 7
   - Indikator 4a. Vurdering af basismobilitet forud for fraktur 8
   - Indikator 4b. Vurdering af basismobilitet ved udskrivelsen 9
   - Indikator 5. Funktionsniveau ved New Mobility Score (NMS) før aktuelle fraktur 10
   - Supplerende analyse. Funktionsniveau ved New Mobility Score (NMS) 4 måneder efter operation 11
   - Indikator 6: Kognitiv svækkelse opstået forud for aktuelle hoftebrud 12
   - Indikator 7. Ernæring 13
   - Indikator 8. Synketest 14
   - Indikator 9. Vurdering af behov for medicinsk osteoporoseprofylakse 15
   - Indikator 10. Vurdering af behov for faldprofylakse 16
   - Indikator 11. Mortalitet 18
   - Indikator 12. Rehabilitering: Udarbejdelse af genoptræningsplan inden udskrivelsen 19
   - Indikator 13. Genindlæggelse 20
   - Indikator 14 - 17. Reoperation indenfor 1 år 21
5. Kodeoversigt i DRHOFTEBRUD 25
6. Ændringslog 31

1. Indledning

Styregruppen har udvalgt et sæt af indikatorer med tilhørende standarder med henblik på at måle kvaliteten af de sundhedsfaglige kerneydelser til patienter med hoftenært lårbensbrud i regi af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK).

Kvalitetsdata i relation til indikatorsættet indhentes fra 1. marts 2010 fra følgende eksisterende centrale registre:
- Landspatientregistret (LPR)
- Det Centrale Personregister (CPR)

Primær registrering af kvalitetsdata i relation til indikatorsættet består af SKS-koder indberettet til Landspatientregistret fra afdelinger, som behandler patienter med hoftenært lårbensbrud.

Der indhentes SKS diagnosekoder, procedurekoder og tillægskoder til:
- Inklusion og eksklusion af patienter med hoftenært lårbensbrud
- Beregning af indikatorværdier
- Beregning af prognostiske faktorer

For at sikre at alle patienter opereret for hoftenært lårbensbrud indgår i opgørelsen af resultater, anbefales det, at kodning og indberetning af diagnosekoder og operationskoder foretages tidstro, dvs. i umiddelbar tilknytning til den enkelte indlæggelse.

I det følgende beskrives diagnose- og inklusionskriterier for patienter med hoftenært lårbensbrud, samt datadefinitioner for baggrundsoplysninger og indikatorer.

2. Diagnose- og inklusionskriterier

2.1 Inklusionskriterier

Population omfatter alle **akut** indlagte patienter med hoftenært lårbensbrud i aldersgruppen 65 år og ældre.
Følgende inklusionskriterier er gældende:

1. Patienter skal være registreret i LPR med en af nedenstående diagnosekoder som primær aktionsdiagnose på en akut kontakt (SKS-kode: ATA1):
   - DS72.0 Collum femoris fraktur
   - DS72.1 Pertrochantær femurfraktur
   - DS72.2 Subtrochantær femurfraktur

2. Patienter skal desuden under samme indlæggelsesforløb være registreret med en af nedenstående procedurekoder:
   - KNFB 0-99 Primære indsættelser af ledprotese i hofteleddet
   - KNFJ 4-9 Frakturbehandlinger i lårben (herunder osteosyntese)
   - KNFG0-99 Resektionsartroplastik i hofteled
   - KNFK19* Resektion eller excision af knoglevæv i lårben

3. Patienter skal desuden under samme indlæggelsesforløb være registreret med en entydig sideangivelse for operationen som tillægskode til procedurekoderne:
   - TUL1 (højre) eller
   - TUL2 (venstre)

2.2 Konsekvenser af inklusionskriterier

- Såfremt en patient opereret for hoftenært lårbensbrud har været indlagt på flere forskellige afdelinger i et samlet forløb, hvor der er gået mindre end 4 timer mellem kontakter registreret i LPR, kobles disse til et samlet indlæggelsesforløb.
- Såfremt en patient får et nyt hoftenært lårbensbrud på modsatte side under samme indlæggelsesforløb, inkluderes patienten kun én gang mht. indikatoropgørelse, dvs. i forbindelse med første operation.
- Opgørelse af reoperationsindikatorer kan kun foretages, såfremt patienten er registreret med en entydig sideangivelse for både første og anden operation, dvs. TUL1 (højre) eller TUL2 (venstre) tillægskode til procedurekoderne. I modsat fald kan det ikke afgøres, om der er tale om en samsidig reoperation eller en ny modsidig fraktur.

2.3 Periprostetisk fraktur

- Følgende operationskoder kan indikere indgreb grundet periprostetisk fraktur:
    - KNFW 0-99 (reoperationer pga. komplikation
    - KNFG 09-59 (ledresektioner, artroplastikker og artrodeser i hofteleddet)
    - KNFT50-53 (pseudoartroseoperation på hofte eller lår)
    - KNFK0-99: (knogleoperationer på lårben)
    - KNFS 0-99 (operationer ved infektioner i sene, led eller knogle i hofte og lår);

Enkelte af disse operationskoder bruges også til at inkludere patienter i grundpopulationen (KNFG09-59 og KNFK19*). Hvis patienter med disse operationskoder ikke skal indgå i grundpopulationen, da der er tale om periprostetisk fraktur, finder styregruppen det mest korrekt at anvende diagnosekoden DT84* (Komplikationer til interne ortopædiske proteser, implantater og transplantater).

3. Datadefinitioner for baggrundsoplysninger

3.1 Præoperativ frakturstilling

- Angiver præoperativ frakturstilling vurderet af operatøren på baggrund af frakturstillingen fra det præoperative røntgenbillede.
- Kodes og indberettes med tillægskode til diagnosekode (S72.0, S72.1 eller S72.2).
- Følgende tillægskoder til diagnosekoder anvendes:
    - ZDS01 Frakturstilling - forskudt
    - ZDS02 Frakturstilling - uforskudt
    - ZDS03 Frakturstilling - uoplyst.

3.2 Forespørgsel om og registrering af boligform

- Angiver om der er forespurgt om og registreret statusoplysninger om boligforhold ved indlæggelse og ved udskrivelse samt dato (dd-mm-åå)
- Dato angiver om der er registreres bolig-oplysninger både ved indlæggelse og ved udskrivelse.
- Dette betyder, at boligform skal registres to gange i et forløb. Det antages, at registreringen med den tidligste procedure start er boligformen ved indlæggelse, mens den seneste er boligformen ved udskrivelse.
- Hvis patienten dør under indlæggelse, skal der ikke registreres boligform ved udskrivelse
- Forespørgsel om boligform kodes og indberettes med følgende procedurekode:
    - ZZ8050 Angivelse af boligforhold
- Følgende tillægskoder til procedurekoder anvendes:
    - ZRSB01 Egen bolig
    - ZRSB01A Egen bolig i tilknytning til institution (fx ældrebolig)
    - ZRSB02 Hjemløs
    - ZRSB04 Døgninstitution (fx plejehjem)
    - ZRSB09 Ingen oplysninger om boligforhold.

3.3 Beregning og registrering af Body Mass Index (BMI)

- Angiver hvorvidt der er foretaget beregning og registrering af patientens BMI.
- Beregning af BMI kodes og indberettes med følgende procedurekode:
    - ZZ0242 Bestemmelse af Body Mass Index (BMI).
- Resultatet af BMI - beregningen kodes og indberettes med værdikode som tillægskode til procedurekoden:
    - VPH0010 - VPH0080 (svarende til BMI-værdi fra 10 til 80, fx kodes BMI på 25 med ZZ0242 + VPH0025).
- Klokkeslæt angives som tidspunktet, hvor beregningen og registreringen af patientens BMI er gennemført
- BMI beregnes ud fra måling af vægt (i kg) og højde (i m), som Vægt/Højde^2.

4. Datadefinitioner for indikatorer

Indikator 1. Præoperativ optimering

Indikatorområde	Indikator	Indikatorberegning
Præoperativ optimering	Andelen at patienter der er set og vurderet af speciallæge eller af læge i hoveduddannelses forløbets sidste år mhp. at få lagt en præoperativ optimeringsplan senest 4 t. efter ankomst til sygehus	**Tæller**: Samlede indlæggelsesforløb med mindst én procedurekode ZZP0010 Set og vurdering (eller konfereret med) af speciallæge og tidspunkt, hvor tidspunkt skal ligge højest 4 timer efter ankomst til sygehuset. **Nævner**: Hele patientgrundlaget baseret på udskrivelsesdato registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

Kodning

- Kodes og indberettes med procedurekode
  - **ZZP0010 -** *Set og vurderet af speciallæge.*
- Procedurekoden bliver tilknyttet **et tidspunkt** angivet som dd-mm-åå samt tt-mm. **HUSK** at tjekke om tidspunkt bliver genereret automatisk hvis man udelukkende indberetter ZZP0010 i LPR eller om det reelle tidspunkt for udførelse af procedurekoden bliver registreret i LPR.

Tidsgrænser

- Opgøres fra ankomsttidspunktet til 4 timer herefter.

Definitioner

- Missing i "Set og vurderet af speciallæge" eller tidspunktet tæller som ikke set af speciallægen.
- Ved speciallægen forstås læge i ortopædkirurgi, andre medicinske grenspecialer, anæstesi, eller akutlæge som er speciallægen eller læge på niveau med denne.
- Ved præoperativ optimering forstås, at patienten er gennemgået, vurderet og optimeret for operativ risiko af anæstesiolog, ortopædkirurg, geriater eller speciallægen i andet medicinsk grenspeciale – herunder at der på baggrund af en grundig anamnese og objektiv undersøgelse er taget stilling til relevant: komorbiditet, medicinstatus, vitale værdier, paraklinik, blødningsrisiko, tromboseprofylakse, smertebehandling, samt patient/pårørende-information og samtykke.

Indikator 2. Operationsdelay

Indikatorområde	Indikator	Indikatorberegning
Operationsdelay	Andel af patienter der er opereret senest 24 timer efter ankomst til sygehuset	**Tæller:** Samlede indlæggelsesforløb med et operationstidspunkt (knivtid start)(dato samt tt-mm) ≤ 24 timer efter ankomst tidspunktet (dato samt tt-mm). **Nævner**: Hele patientgrundlaget baseret på udskrivelsesdato registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

Kodning

- Kodes og indberettes med operationskode:
  - **KNFB0-99**, **KNFJ4-9**, **KNFG0-99** eller **KNFK19*** med tidsangivelse svarende til knivtid start.

Tidsgrænser

- Opgøres fra ankomsttidspunktet til 24 timer herefter.

Definitioner

- -

Indikator 3. Tidlig mobilisering

Indikatorområde	Indikator	Indikatorberegning
Tidlig mobilisering	Andelen af patienter, der mobiliseres (Cumulated Ambulation Score (CAS 1-6)) inden for 24 timer efter operationens start	**Tæller:** Samlede indlæggelsesforløb mindst én procedurekode ZZV020G3 vurdering af basismobilitet ved første mobilisering og score (ZRRA) værdi 1-6 (ZRRA01-ZRRA06) som tillægskode til ZZV020G3 - Tidlig mobilisering (Cumulated Ambulation Score (CAS 1-6)) påbegyndt og tidspunkt, hvor tidspunkt skal ligge højest 24 timer efter operationstidspunktet (knivtid start) **Nævner**: Hele patientgrundlaget baseret på udskrivelsesdato registreret i aktuelle opgørelsesperiode. **Ekskluderede:** Patienter med CAS=0 ekskluderes

Kodning

- Kodes og indberettes med procedurekoden:
  - **ZZV020G3 -** Vurdering af basismobilitet målt ved første mobilisering
  - Vurdering af basismobilitet med Cumulated Ambulation Score (CAS) indberettes med tillægskoderne **ZRRA00-ZRRA09** til procedurekoden for vurdering af basismobilitet ved første mobilisering.
- Ved indberetning af værdien for CAS anvendes følgende tillægskoder til procedurekoden:
  - ZRRA00 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 0
  - ZRRA01 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 1
  - ZRRA02 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 2
  - ZRRA03 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 3
  - ZRRA04 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 4
  - ZRRA05 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 5
  - ZRRA06 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 6
  - ZRRA09 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 9 (uoplyst)
- Procedurekoden suppleres med og bliver tilknyttet dato og klokkeslæt angivet som dd-mm-åå samt tt-mm. **HUSK** at tjekke om dato og klokkeslæt bliver genereret automatisk hvis man udelukkende indberetter ZZV020G3 i LPR eller om det reelle klokkeslæt for udførelse af procedurekoden bliver registreret i LPR.
- Klokkeslæt angives som tidspunktet, hvor patienten er blevet mobiliseret/mobiliseringen er gennemført.

Tidsgrænser

- Opgøres fra operationsstart til 24 timer herefter.

Definitioner

- Patienter som er indberettet med koden ZRRA09 = CAS-score uoplyst, og patienter, hvor indberetning af værdien for CAS-scoren er missing/mangler tæller begge dele som basismobilitet ikke vurderet ved første mobilisering.
- Operationsstart er defineret som knivtid start
- Se CAS score skema her.

Indikator 4a. Vurdering af basismobilitet forud for fraktur

Indikatorområde	Indikator	Indikatorberegning
Basismobilitet	Andel af patienter der får vurderet deres basismobilitet med Cumulated Ambulation Score (CAS) forud for aktuelle fraktur	**Tæller:** Samlede indlæggelsesforløb med mindst én procedurekode ZZV020G1 Vurdering af basismobilitet forud for aktuelle fraktur og CAS score (ZRRA) værdi 0-6 (ZRRA00-ZRRA06) **Nævner**: Hele patientgrundlaget baseret på udskrivelsesdato registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

Kodning

- Basismobilitet forud hoftenært lårbensbrud SKAL kodes og indberettes med følgende procedurekode:
  - **ZZV020G1** - Vurdering af basismobilitet målt ved indlæggelsen
- Vurdering af basismobilitet med Cumulated Ambulation Score (CAS) SKAL kodes og indberettes med tillægskoderne **ZRRA00- ZRRA09** til procedurekoden:
  - ZRRA00 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 0
  - ZRRA01 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 1
  - ZRRA02 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 2
  - ZRRA03 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 3
  - ZRRA04 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 4
  - ZRRA05 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 5
  - ZRRA06 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 6
  - ZRRA09 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 9 (uoplyst)
- Procedurekoden suppleres med og bliver tilknyttet **et tidspunkt** angivet som dd-mm-åå samt tt-mm. **HUSK** at tjekke om tidspunkt bliver genereret automatisk hvis man udelukkende indberetter procedurekoden eller om det reelle tidspunkt for udførelse af procedurekoden bliver registreret i LPR.

Tidsgrænser

- Tidspunkt for procedurekode/tillægskode skal ligge indenfor start- og sluttidspunkt for indlæggelsesforløbet.

Definitioner

- Ved basismobilitet forud for forstås den mobilitetsstatus, som patienten havde i ugen op til før bruddets opståen.
- Patienter som er indberettet med koden ZRRA09 = CAS score uoplyst, og patienter, hvor indberetning af værdien for CAS-scoren er missing/mangler tæller begge dele som basismobilitet ikke vurderet forud for fraktur.
- Se CAS score skema her.

Indikator 4b. Vurdering af basismobilitet ved udskrivelsen

Indikatorområde	Indikator	Indikatorberegning
Basismobilitet	Andel af patienter der får vurderet deres basismobilitet med CAS ved udskrivelsen	**Tæller:** Samlede indlæggelsesforløb med mindst én procedurekode ZZV020G2 Vurdering af basismobilitet ved udskrivelsen og CAS score værdi 0-6. **Nævner**: Hele patientgrundlaget baseret på udskrivelsesdato registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

Kodning

- Basismobilitet ved udskrivelsen SKAL kodes og indberettes med følgende procedurekode:
  - **ZZV020G2 -** Vurdering af basismobilitet målt ved udskrivelsen
- Vurdering af basismobilitet med CAS SKAL kodes og indberettes med tillægskoderne **ZRRA00-ZRRA09** til procedurekoden for vurdering af basismobilitet ved udskrivelsen **ZZV020G2:**
  - ZRRA00 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 0
  - ZRRA01 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 1
  - ZRRA02 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 2
  - ZRRA03 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 3
  - ZRRA04 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 4
  - ZRRA05 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 5
  - ZRRA06 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 6
  - ZRRA09 Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 9 (uoplyst)
- Procedurekoden suppleres med og bliver tilknyttet **et tidspunkt** angivet som dd-mm-åå samt tt-mm. **HUSK** at tjekke om tidspunkt bliver genereret automatisk hvis man udelukkende indberetter procedurekoden eller om det reelle tidspunkt for udførelse af procedurekoden bliver registreret i LPR.

Tidsgrænser

- Tidspunkt for procedurekode/tillægskode skal ligge indenfor start- og sluttidspunkt for indlæggelsesforløbet.

Definitioner

- Patienter som er indberettet med koden ZRRA09 = CAS-score uoplyst, og patienter, hvor indberetning af værdien for CAS-scoren er missing/mangler tæller begge dele som basismobilitet ikke vurderet ved udskrivelsen.
- Vurderingen bør i praksis ske så tæt på udskrivning som muligt.
- Se CAS score skema her.

Indikator 5. Funktionsniveau ved New Mobility Score (NMS) før aktuelle fraktur

Indikatorområde	Indikator	Indikatorberegning
Basismobilitet	Andelen af patienter der er opereret for et hoftenært lårbensbrud som får vurderet og indberettet score for New Mobility Score (NMS) forud for aktuelle brud	**Tæller:** Samlede indlæggelsesforløb med registreret New Mobilty Score (NMS) ZZV020N0A, ZZV020N0B samt ZZV020N0C: Vurdering af gangfunktion hhv. indendørs, udendørs og under indkøb og resultat 0-3 (VPH0000-0003) for hver af disse tre koder. **Nævner**: Hele patientgrundlaget baseret på udskrivelsesdato registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

Kodning

- Kodes og indberettes med følgende procedurekoder
  - **ZZV020N0A** – Vurdering af gangfunktion med NMS før fraktur, indendørs
  - **ZZV020N0B** – Vurdering af gangfunktion med NMS før fraktur, udendørs
  - **ZZV020N0C** – Vurdering af gangfunktion med NMS før fraktur, under indkøb
- Resultatet af NMS – beregningen kodes og indberettes med værdikode som tillægskode til procedurekoden:
  - VPH0003 - Værdi 3. Uden besvær og uden gangredskab
  - VPH0002 - Værdi 2. Med et gangredskab
  - VPH0001 - Værdi 1. Med hjælp fra en anden person
  - VPH0000 – Værdi 0. Kan slet ikke
- Procedurekoden suppleres med og bliver tilknyttet **et tidspunkt** angivet som dd-mm-åå samt tt-mm. **HUSK** at tjekke om tidspunkt bliver genereret automatisk hvis man udelukkende indberetter procedurekoden eller om det reelle tidspunkt for udførelse af procedurekoden bliver registreret i LPR.

Tidsgrænser

- Tidspunkt for procedurekode/tillægskode skal ligge indenfor start- og sluttidspunkt for indlæggelsesforløbet.

Definitioner

- Ved funktionsniveau før aktuelle fraktur forstås den funktionsstatus, som patienten havde i ugen op til bruddets opståen.
- Se vejledning til New Mobility Score her.

Supplerende analyse. Funktionsniveau ved New Mobility Score (NMS) 4 måneder efter operation

Indikatorområde	Indikator	Indikatorberegning
	Supplerende. Andelen af patienter der er opereret for et hoftenært lårbensbrud som får vurderet og indberettet score for New Mobility Score (NMS) 4 måneder efter operation.	**Tæller:** Samlede forløb med registreret New Mobilty Score (NMS) ZZV020N4A, ZZV020N4B ZZV020N4C: Vurdering af gangfunktion hhv. indendørs, udendørs og under indkøb 4 mdr. postoperativt og resultat 0-3 (VPH0000-0003) for hver af disse tre koder. **Nævner**: Hele patientgrundlaget baseret på udskrivelsesdato registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

Kodning

- KAN kodes og indberettes med – følgende procedurekoder:
  - **ZZV020N4A** – Vurdering af gangfunktion med NMS 4 mdr. postoperativt, indendørs
  - **ZZV020N4B** – Vurdering af gangfunktion med NMS 4 mdr. postoperativt, udendørs
  - **ZZV020N4C** – Vurdering af gangfunktion med NMS 4 mdr. postoperativt, under indkøb
- Resultatet af NMS – beregningen kodes og indberettes med værdikode som tillægskode til procedurekoden
  - VPH0003 - Værdi 3. Uden besvær og uden gangredskab
  - VPH0002 - Værdi 2. Med et gangredskab
  - VPH0001 - Værdi 1. Med hjælp fra en anden person
  - VPH0000 - Værdi 0. Kan slet ikke
- Procedurekoden suppleres med og bliver tilknyttet **et tidspunkt** angivet som dd-mm-åå samt tt-mm. **HUSK** at tjekke om tidspunkt bliver genereret automatisk hvis man udelukkende indberetter procedurekoden eller om det reelle tidspunkt for udførelse af procedurekoden bliver registreret i LPR.
- Klokkeslæt angives som tidspunktet, hvor vurderingen er gennemført.
- Ved indberetning skal der også sættes en datomarkering af hvornår NMS er fortaget

Tidsgrænser

- Opgøres fra operationsdato til 4 mdr. herefter.

Definitioner

- Se vejledning til New Mobility Score her.

Indikator 6: Kognitiv svækkelse opstået forud for aktuelle hoftebrud

Indikatorområde	Indikator	Indikatorberegning
Kognitiv svækkelse forud for aktuelle fraktur	Andelen af patienter, som er blevet vurderet for kognitiv svækkelse opstået forud for aktuelle fraktur	**Tæller:** Samlede indlæggelsesforløb med procedurekoden: ZZ5061 - Kognitiv test udført og score: ZRPB00 - Kognitivt svækket, ZRPB01 - Ikke kognitivt svækket eller ZRPB02 - Uvist om kognitivt svækket, hvor tidspunkt skal ligge mellem starttidspunkt for indlæggelsesforløbet og knivtid start. **Nævner**: Hele patientgrundlaget baseret på udskrivelsesdato registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

Kodning

- Kodes og indberettes med følgende procedurekoder:
  - **ZZ5061** Kognitiv test
- Som tillægskode til procedurekoden skal der registreres en kode for resultatet af vurderingen
  - **ZRPB00** Kognitiv svækket
  - **ZRPB01** Ikke kognitiv svækket
  - **ZRPB02** Uvist om kognitiv svækket
- Procedurekoden suppleres med og bliver tilknyttet **et tidspunkt** angivet som dd-mm-åå samt tt-mm. **HUSK** at tjekke om det reelle tidspunkt for udførelse af procedurekoden bliver registreret i LPR.
- Klokkeslæt angives som tidspunktet, hvor vurderingen er gennemført
- Ved indberetning skal der også sættes en datomarkering af hvornår vurderingen af den kognitive formåen er fortaget.

Tidsgrænser

Tidspunkt for procedurekode/tillægskode skal ligge i den præoperative periode, dvs. mellem starttidspunkt for indlæggelsesforløbet og knivtid start.

Definitioner

- Det præciseres, at vurderingen skal foretages i den præoperative periode mhp. at tilrette informations- og behandlingsforløb patienternes behov.
- Ved kognitiv svækkelse forstås tilstedeværelse af en eller flere følgende symptomer i mindst 2 uger forud for aktuelle brud f.eks. dårlig korttidshukommelse, uorganiseret tankegang, problemer med sprog, ændret bevidsthedsniveau, kortvarig forstyrrelse i bevidsthed med en hurtig ændring i sindstilstanden.
- Vurdering af kognitiv svækkelse foretages på basis af kontakt/samtalen med patienten og familien. Det anbefales, at man anvender en af de kendte korte test for vurdering af kognitiv funktion som AMTS, BASIC, Hindsøes test eller IQCODE.
- Det anbefales at man i forbindelse med vurderingen også foretager en regelret screening for delirium ved brug af et valideret psykometrisk værktøj (f.eks. 4AT eller CAM).

Indikator 7. Ernæring

Indikatorområde	Indikator	Indikatorberegning
Ernæring	Andelen af patienter, hvor ernæringsplan er udarbejdet.	**Tæller:** Samlede indlæggelsesforløb med mindst en procedurekode ZZ2009C Taget stilling til udarbejdelse af ernæringsplan: indikation, plan udarbejdet **Nævner**: Hele patientgrundlaget baseret på udskrivelsesdato registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

Kodning

- Kodes og indberettes med følgende procedurekode:
  - **ZZ2009C** - Stillingtagen til kosttype og / eller udarbejdelse af ernæringsplan.

Tidsgrænser

- Tidspunkt for procedurekode skal ligge indenfor start- og sluttidspunkt for indlæggelsesforløbet.

Definitioner

- Ernæringsplanen er en individuelt tilrettelagt plan, der skal sikre tilstrækkeligt indtag af ernæring og væske.
  Ifølge Sundhedsstyrelsen baseres ernæringsplanen bl.a. på en vurdering af, hvorvidt patienten har kostbegrænsende faktorer for dårlig ernæringstilstand såsom nedsat appetit, kvalme, mundtørhed, tygge- og synkebesvær (fx dysfagi) og behov for hjælp til spisning. Ernæringsplanen bygger på SSTs vejledning og skal indeholde en vurdering af:
  i) Mål for ernæringsindsatsen*
  ii) Patientens behov for ernæring og væske (energi-, protein- og væskebehov)
  iii) Kostform
  iv) Afhjælpning af risiko-og kostbegrænsende faktorer (hvor relevant)
  v) Plan for opfølgning

  Ernæringsplanen dokumenteres i patientjournalen og anvendes til kommunikation med primær sektor fx i epikrise, korrespondance, plejeforløbsplan og/eller eventuel genoptræningsplan.

  *Mål for indsatsen udarbejdes med patienten og evt. pårørende og kan være fx vægtvedligehold, vægtøgning eller en afklaring af præferencer ift. igangsat palliativ indsats.
  NOTE: Indholdet i ernæringsplanen er samstemt med Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed (DANFRAIL). Der gøres opmærksom på, at det ikke er tilstrækkeligt at tage stilling til ernæring eller kostform for patienter med CFS 5-8. Kun for patienter, hvor der er udarbejdet en ernæringsplan efter overstående anbefalinger, kan koden ZZ2009C registreres.

Indikator 8. Vurdering af synkefunktion

Indikatorområde	Indikator	Indikatorberegning
Synkefunktion	Andel af patienter der får vurderet deres synkefunktion (vågenhed og evne til at hoste og synke) senest 48 timer efter ankomsttidspunkt.	**Tæller:** Samlede indlæggelsesforløb med procedurekoden ZZ1004: Vurdering af synkefunktion og tidspunkt, hvor tidspunkt skal ligge højest 48 timer efter ankomsttidspunktet **Nævner**: Hele patientgrundlaget baseret på udskrivelsesdato registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

Kodning

- Kodes og indberettes med følgende procedurekode
  - **ZZ1004** - Vurdering af synkefunktionen
- Procedurekoden suppleres med og bliver tilknyttet **et tidspunkt** angivet som dd-mm-åå samt tt-mm. **HUSK** at tjekke om tidspunkt bliver genereret automatisk hvis man udelukkende indberetter procedurekoden eller om det reelle tidspunkt for udførelse af procedurekoden bliver registreret i LPR.
- Klokkeslæt angives som tidspunktet, hvor vurderingen er gennemført

Tidsgrænser

- Opgøres fra ankomsttidspunkt til 48 timer herefter.

Definitioner

- Vurderingen angiver hvorvidt der er udført indledende vurdering af synkefunktion.
- Der findes flere redskaber, som kan anvendes til den indledende vurdering af synkefunktion. Det er ikke afgørende, hvilken valideret metode, der anvendes. Se evt. beskrivelse af Gugging Swallowing Screen (GUSS) eller 4QT-DK i appendiks, her.
- Vurderingen af synkefunktionen bør foretages umiddelbart efter indlæggelse med henblik på at vurdere behov for dysfagi udredning og behovet for konsistensmodificering af drikkevarer og mad.
- Screeningen skal være dokumenteret i journalen.

Indikator 9. Vurdering af behov for medicinsk osteoporoseprofylakse

Indikatorområde	Indikator	Indikatorberegning
Osteoporose-profylakse	Andelen af patienter, hvor der ud over behandling med calcium og vitamin D, er taget stilling til medicinsk osteoporoseprofylakse	**Tæller:** Samlede indlæggelsesforløb med mindst én procedurekode BLHM7: Behandling med middel mod osteoporose eller mindst én procedurekode: BWHB40A Behandling med Zoledronsyre (fx Aclasta/Zoledronsyre), ZZ5736 Patient henvist til specialiseret osteoporose udredning **Nævner**: Hele patientgrundlaget baseret på udskrivelsesdato registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

Kodning

- Kodes og indberettes med følgende procedurekoder:
  - **BLHM7** - Behandling med middel mod osteoporose (iværksat eller fortsat)
  - **BWHB40A** - Behandling med Zoledronsyre (fx Aclasta/Zoledronsyre)
  - **ZZ5736** - Patient henvist til specialiseret osteoporose udredning
- Dato (dd-mm-åå) angiver dato for hvornår ovenstående vurdering er gennemført.

Tidsgrænser

- Tidspunkt for procedurekode skal ligge indenfor start- og sluttidspunkt for indlæggelsesforløbet.

Definitioner

- Med medicinsk behandling mod osteoporose forstås behandling med en af følgende midler som bisphosphonate, antistofbehandling eller andet:
  1. Ved ”bisphosphonater” forstås behandling med Etidronat, Alendronat, Calcium med Etidronat, Zoledronsyre eller Risedronat.
  2. Ved antistofbehandling forstås behandling med Denosumab.
  3. Ved ”Andet” forstås anden behandling med fx Teriparatid.
- Behandling med Zoledronsyre i.v. (fx Aclasta/Zoledronsyre) – 5 mg administreret som i.v. infusion over mindst 15 min. en gang om året. Behandlingen bør suppleres med et fast dagligt oralt tilskud af calcium og D-vitamin. Hos patienter med en nylig lavenergi-hoftefraktur anbefales det at administrere zoledronsyre-infusion mindst to uger efter hoftefrakturhelingen. Det anbefales, at give en støddosis D-vitamin på 50.000 til 125.000 IE oralt eller intramuskulært før den første zoledronsyre-infusion hos disse patienter.
- Én eller flere medicinske behandlinger kan være iværksat eller fortsat.
- Patienten kan være henvist til endokrinologisk/osteoporose klinik eller DXA-scanning.
- Hvis afdelingen har henvist patient til specialiseret endokrinologisk/osteoporose klinik eller DXA scanning, så burde henvisende afdeling følge op på svaret.

Indikator 10. Vurdering af behov for faldprofylakse

Indikatorområde	Indikator	Indikatorberegning
Faldprofylakse	Andelen af patienter, hvor der er foretaget eller henvist til faldudredning	**Tæller:** Samlede indlæggelsesforløb med mindst én procedurekode ZZ5707C: Basal faldudredning foretaget eller ZZ5707D: Specialiseret faldudredning foretaget **Nævner**: Hele patientgrundlaget baseret på udskrivelsesdato registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

Kodning

- Kodes og indberettes med følgende procedurekoder:
  - **ZZ5707C** - Basal faldudredning foretaget *(inkl. medicingennemgang)*
  - **ZZ5707D** - Specialiseret faldudredning foretaget (*specialistudredning foretaget eller henvist til (inkl. faldklinikken)*

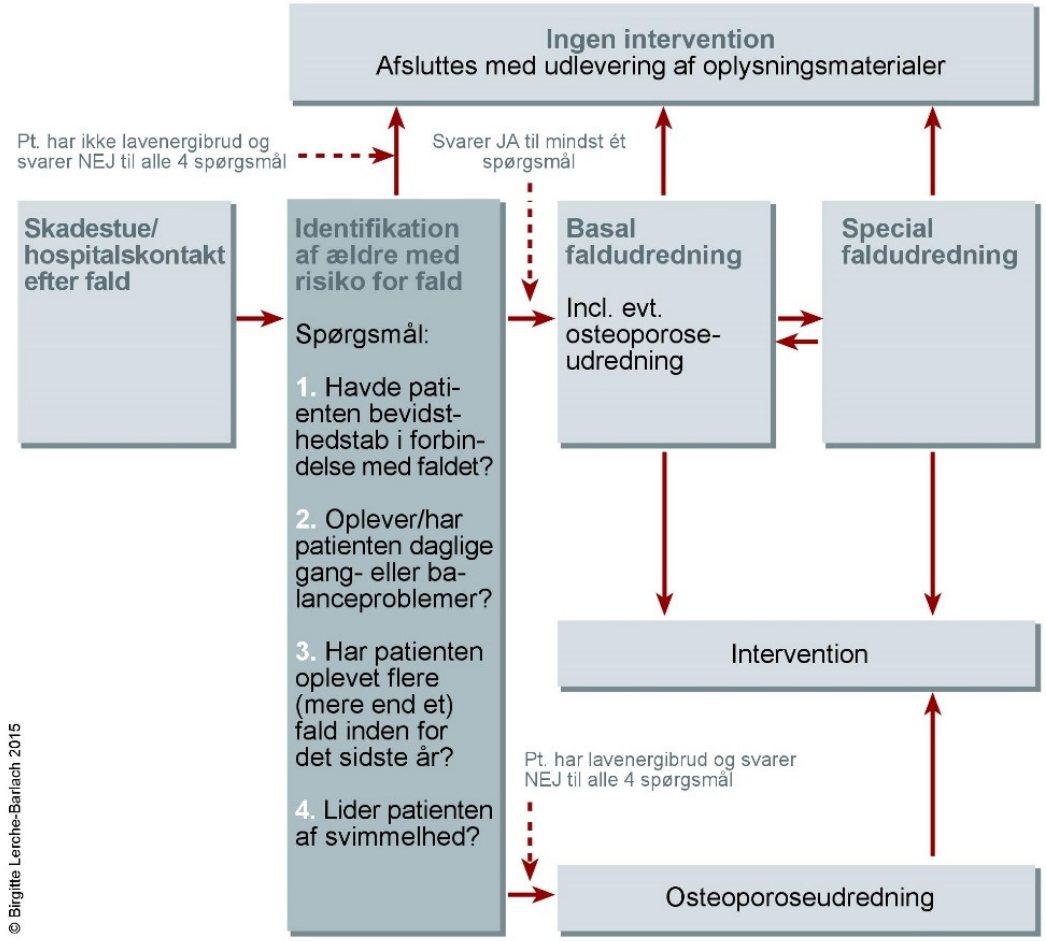
Tidsgrænser

- Tidspunkt for procedurekode skal ligge indenfor start- og sluttidspunkt for indlæggelsesforløbet.

Definitioner

- Ved ”basal faldudredning” forstås oplysninger om omstændighederne omkring faldet, identifikation af risikofaktorer for fald (fx multimedicinering, nedsat syn, mobilitet, balance, muskelstyrke, kognitivt svigt i form af demens eller delir, svimmelhed) og afdækning af eventuelle andre medicinske lidelser som kan bidrage til øget risiko for fald, og vurdering af funktionsstatus.
- Ved ”medicingennemgang” forstås reduktion eller seponering af præparater med direkte virkning på kognitive og fysiske funktioner, hjerterytmen, blodtryk, syn eller hørelse, inklusive psykofarmaka, antiepileptika, antihypertensiva, neuroleptika, antidepressiva osv. Omvendt kan der være behov for at starte medicin, så som kalk og D-vitamin, jern, analgetika og laksantia.
- Synkopeudredning tilbydes patienter med bevidsthedstab eller flere uforklarede fald.
- Videre faldudredning hos speciallæge, inkl. faldklinikken kan foregå på sygehus under indlæggelsen eller i et ambulant forløb på sygehus jvf. de regionale forløbsprogrammer for faldudredning
- Henvisning til specialistudredning skal ske, hvis der ved den basale faldudredning opstår mistanke om, at årsagen til fald ikke er forklaret.
- Det er ikke tilstrækkeligt blot at notere i epikrisen, at der er behov for fald udredning eller at patienten skal gå til egen læge til faldudredning. Det er afdelingens ansvar, at det er sket en aktiv indsats og handling fra sygehusets side for at forebygge nye faldepisoder.

Figur: Faldpatienter i den kliniske hverdag: Anbefaling om patientforløb.



Indikator 11. Mortalitet

Indikatorområde	Indikator	Indikatorberegning
Mortalitet	11a: Andelen af patienter der er opereret for hoftenært lårbensbrud, der dør inden for 30 dage efter operationsdato. 11b: Andelen af patienter der er opereret for hoftenært lårbensbrud, der dør inden for 1 år efter operationsdato.	**Tæller:** 11a: Patienter registrerede i Det Centrale Personregister (CPR) som værende døde 30 dage efter operationsdato. 11b: Patienter registrerede i CPR-registeret som værende døde 1 år efter operationsdato **Nævner**: Hele patientgrundlaget baseret på udskrivelsesdato registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

Kodning

- Ikke relevant – automatisk datafangst.

Tidsgrænser

- Opgøres fra operationsdato til evt. dødsdato i CPR indenfor (11a) 30 dage efter operationsdato og (11b) 1 år efter operationsdato.

Definitioner

- -

Indikator 12. Rehabilitering: Udarbejdelse af genoptræningsplan inden udskrivelsen

Indikatorområde	Indikator	Indikatorberegning
Rehabilitering	Andel af patienter der inden udskrivelsen får udarbejdet en genoptræningsplan, inklusive vurdering af ADL forud for knoglebruddet og før udskrivelsen	**Tæller:** Samlede indlæggelsesforløb med mindst én procedurekode: ZZ0175X: Almindelig genoptræning; eller ZZ0175Y: Specialiseret genoptræning; eller ZZ0175V: Rehabilitering på specialiseret niveau; eller ZZ0172W: Vurdering af behov for genoptræning, ingen genoptræning **Nævner**: Hele patientgrundlaget baseret på udskrivelsesdato registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

Kodning

- Udarbejdelse af rehabiliteringsplan kodes og indberettes med én af følgende procedurekoder:
  - **ZZ0175X** - Udarbejdelse af genoptræningsplan, almindelig genoptræning
  - **ZZ0175X1-4** - Udarbejdelse af genoptræningsplan, almindelig genoptræning (tidsafhængig)
  - **ZZ0175Y** – Udarbejdelse af genoptræningsplan, specialiseret genoptræning
  - **ZZ0175V** - Rehabilitering på specialiseret niveau
  - **ZZ0172W** - Vurdering af behov for genoptræning, ingen genoptræning
- Samt dato (dd-mm-åå) og klokkeslæt (tt-mm).

Tidsgrænser

- Tidspunkt for procedurekode skal ligge indenfor start- og sluttidspunkt for indlæggelsesforløbet.

Definitioner

- Angiver om der er 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” (1) som minimum indeholde en beskrivelse af patientens tidligere funktionsevne før hoftebrud (**ADL funktion forud for knoglebruddet**), en beskrivelse af patientens funktionsevne på udskrivningstidspunktet (**ADL funktion før udskrivelsen**) samt beskrivelse af patientens genoptræningsbehov på udskrivningstidspunktet.
- Der skal være en dokumenteret lægefaglig begrundelse for genoptræning efter udskrivelse fra sygehus.
- Kodning med ”Vurdering af behov for genoptræning, ingen genoptræning” anvendes i situationer, hvor *der er taget stilling, men vurderet at genoptræning ikke er relevant.* Dette kan forekomme hvor der ikke findes en lægefaglig begrundelse for genoptræning, fx hvis patienten er moribund ved indlæggelsen eller patientens funktionsevne på udskrivningstidspunktet svarer til patientens funktionsevne før hoftebruddet.
- Jf. anbefalinger fra referenceprogrammet for hoftenær fraktur (2) kan ADL funktion forud for knoglebruddet og før udskrivelsen vurderes med et valideret scoringsredskab, fx Functional Recovery Score eller Barthel-20 (0-20 point) index og vurdering af genoptræningspotentialet med New Mobility Score.

Indikator 13. Genindlæggelse

Indikatorområde	Indikator	Indikatorberegning
Genindlæggelse	Andelen af patienter der genindlægges akut - uanset årsag - inden for 30 dage efter udskrivelse fra sygehuse med diagnosen hoftenær lårbensbrud	**Tæller:** Patienter registreret i LPR med mindst én akut kontakt med en varighed på mindst 12 timer mellem 2 og 30 dage efter at være udskrevet i live uanset diagnosen. **Nævner**: Hele patientgrundlaget baseret på udskrivelsesdato registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

Kodning

- Patienter tæller med en ny akut indlæggelse med en registreret indlæggelsesdato mellem 2 og 30 dage efter at være udskrevet i live. I LPR3-data defineres en akut indlæggelse som et forløb af akutte kontakter, der samlet set varer mindst 12 timer, da man i LPR3 ikke gennem indberetning kan angive, at en kontakt er en indlæggelse ligesom i LPR2.

Tidsgrænser

- Opgøres fra udskrivningsdato til dag 2-30 herefter

Definitioner

- Nye indlæggelser på samme dag som udskrivningsdato tæller ikke med, da det her i høj grad kan dreje sig om overflytninger til en anden afdeling.
- Det er ikke alle genindlæggelser, som er relateret til indlæggelse operation for hoftenært lårbensbrud og det kan forekomme pga. af andre underliggende sygdomme.

Indikator 14 - 17. Reoperation indenfor 1 år

Indikator 14. Andel af patienter der reopereres indenfor 1 år efter osteosynteret collum femoris fraktur

Indikatorområde	Indikator	Indikatorberegning
Reoperation - collum femoris	Andelen af patienter med osteosynteret collum femoris fraktur uanset frakturstilling, der inden for 1 år reopereres	**Tæller:** Patienter, hvor der <= 1 år efter den indrapporterede operationsdato (at regne fra dagen efter operationsdatoen) i Landspatientregisteret er registreret mindst en af nedenstående procedurekoder **Nævner**: Patienter med unik procedurekode KNFJ (frakturbehandling i lårben) med samtidig entydig sideangivelse (TUL tillægskode) højresidig (+TUL1) eller venstresidig (+TUL2) under det samlede indlæggelsesforløb. Herudover: Nævner for indikatoren DS720: Fraktur af lårbenshals uanset frakturstilling

Kodning

- Patienter, hvor der <= 1 år efter den indrapporterede operationsdato (at regne fra dagen efter operationsdatoen) i Landspatientregisteret er registreret mindst en af følgende procedurekoder (kan stå alene):
    - **KNFB 0-99** (indsættelse primær ledprotese); **KNFJ4-9** (frakturbehandling i lårben); **KNFC 0-99** (indsættelse sekundær ledprotese); **KNFW 0-99** (reoperationer pga. komplikation); **KNFG 09-59** (ledresektioner, artroplastikker og artrodeser i hofteleddet); **KNFT50-53** (pseudoartroseoperation på hofte eller lår); **KNFK0-99** (knogleoperationer på lårben); **KNFS 0-99** (operationer ved infektioner i sene, led eller knogle i hofte og lår);

- Følgende procedurekoder: **KNFU 0-99** (fjernelse af implantater) skal kombineres med en af diagnosekoderne (under samme indlæggelsesforløb):
    - **DT845** (infektion og inflammatorisk reaktion ved ledprotese); **DT841** (Mekanisk komplikation til intern fiksation af ekstremitetsknogle.); **DT846** (infektion og inflammatorisk reaktion ved redskaber til intern ortopædisk fiksering); **DT847** (infektion og inflammatorisk reaktion ved andre interne ortopædiske proteser, implantater og transplantater); **DT814** (Infektion efter indgreb IKA); **DT814A** (Absces i operationscicatrice); **DT814D** (Postoperativ sepsis); **DT814E** (Postoperativt sårgranulom); **DT814F** (Postoperativ sårinfektion); **DT814G** (Postoperativ overfladisk sårinfektion); **DT814H** (Postoperativ dyb sårinfektion); **DT818B** (Fistel i cicatrice); **DT818C** (Permanent postoperativ fistel); **DM86*** (Knoglemarvsbetændelse)

Tidsgrænser

- Opgøres fra operationsdato til 365 dage herefter

Definitioner

- Beregnes på basis af data fra Landspatientregisteret. Kun koder fra første registrerede reoperationsdato indgår. Under det indlæggelsesforløb der omfatter reoperationsdatoen skal der optræde en unik sideangivelse (TUL tillægskode) højresidig (+TUL1) eller venstresidig (+TUL2) der er samfaldende med sideangivelsen under det indlæggelsesforløb, der omfatter LPR-primær operationsdatoen (kan evt. være samme indlæggelsesforløb).

Indikator 15. Andelen af patienter med osteosynteret pertrochantær / subtrochantær femurfraktur der inden for 1 år reopereres.

Indikatorområde	Indikator	Indikatorberegning
Reoperation - per/subtrochantær femurfraktur	Andelen af patienter med osteosynteret pertrochantær / subtrochantær femurfraktur der inden for 1 år reopereres	**Tæller:** Patienter, hvor der <= 1 år efter den indrapporterede operationsdato (at regne fra dagen efter operationsdatoen) i Landspatientregisteret er registreret mindst en af nedenstående procedurekoder (kan stå alene): **Nævner**: Patienter med unik procedurekode KNFJ (frakturbehandling i lårben) under det samlede indlæggelsesforløb med samtidig entydig sideangivelse (TUL tillægskode) højresidig (+TUL1) eller venstresidig (+TUL2) under det samlede indlæggelsesforløb. Herudover: Nævner for indikatoren DS721-DS722

Kodning

- Patienter, hvor der <= 1 år efter den indrapporterede operationsdato (at regne fra dagen efter operationsdatoen) i Landspatientregisteret er registreret mindst en af følgende procedurekoder (kan stå alene):
    - **KNFB 0-99** (indsættelse primær ledprotese); **KNFJ4-9** (frakturbehandling i lårben); **KNFC 0-99** (indsættelse sekundær ledprotese); **KNFW 0-99** (reoperationer pga. komplikation); **KNFG 09-59** (ledresektioner, artroplastikker og artrodeser i hofteleddet); **KNFT50-53** (pseudoartroseoperation på hofte eller lår); **KNFK0-99**: (knogleoperationer på lårben); **KNFS 0-99** (operationer ved infektioner i sene, led eller knogle i hofte og lår);
- Følgende procedurekoder: **KNFU 0-99** (fjernelse af implantater) skal kombineres med en af diagnosekoderne (under samme indlæggelsesforløb):
    - **DT845** (infektion og inflammatorisk reaktion ved ledprotese); **DT841** (Mekanisk komplikation til intern fiksation af ekstremitetsknogle.); **DT846** (infektion og inflammatorisk reaktion ved redskaber til intern ortopædisk fiksering); **DT847** (infektion og inflammatorisk reaktion ved andre interne ortopædiske proteser, implantater og transplantater); **DT814A** (Absces i operationscicatrice); **DT814D** (Postoperativ sepsis); **DT814E** (Postoperativt sårgranulom); **DT814F** (Postoperativ sårinfektion); **DT814G** (Postoperativ overfladisk sårinfektion); **DT814H** (Postoperativ dyb sårinfektion); **DT818B** (Fistel i cicatrice) **DT818C** (Permanent postoperativ fistel); **DM86*** (Knoglemarvsbetændelse)

Tidsgrænser

- Opgøres fra operationsdato til 365 dage herefter

Definitioner

- Beregnes på basis af data fra Landspatientregisteret. Kun koder fra første registrerede reoperationsdato indgår. Under det indlæggelsesforløb der omfatter reoperationsdatoen skal der optræde en unik sideangivelse (TUL tillægskode) højresidig (+TUL1) eller venstresidig (+TUL2) der er samfaldende med sideangivelsen under det indlæggelsesforløb, der omfatter LPR-primær operationsdatoen (kan evt. være samme indlæggelsesforløb).

16 Andelen af patienter med en hemi- eller totalalloplastik uanset frakturtype, der inden for 1 år reopereres (16a) efter hemi- eller totalalloplastik eller (16b) efter hemi- eller totalalloplastik grundet luksation

Indikatorområde	Indikator	Indikatorberegning
Reoperation, Hemi- eller Totalalloplastik	16a: Andel af patienter der reopereres indenfor 1 år efter hemi- eller totalalloplastik. 16b: Andel af patienter der reopereres indenfor 1 år efter hemi- eller totalalloplastik grundet luksation.	**Tæller:** Patienter, hvor der <= 1 år efter den indrapporterede operationsdato (at regne fra dagen efter operationsdatoen) i Landspatientregisteret er registreret mindst en af nedenstående procedurekoder **Nævner**: Patienter med unik procedurekode KNFB (Primære indsættelser af ledprotese i hofteleddet) under det samlede indlæggelsesforløb med samtidig unik sideangivelse (TUL tillægskode) højresidig (+TUL1) eller venstresidig (+TUL2) under det samlede indlæggelsesforløb.

Kodning

- Patienter, hvor der <= 1 år efter den indrapporterede operationsdato (at regne fra dagen efter operationsdatoen) i Landspatientregisteret er registreret mindst en af følgende procedurekoder (kan stå alene):
    - 16a: **KNFB 0-99** (indsættelse primær ledprotese); **KNFJ4-9** (frakturbehandling i lårben); **KNFC 0-99** (indsættelse sekundær ledprotese); **KNFW 0-99** (reoperationer pga. komplikation); **KNFG 09-59** (ledresektioner, artroplastikker og artrodeser i hofteleddet; **KNFT50-53** (pseudoartroseoperation på hofte eller lår); **KNFK0-99** (knogleoperationer på lårben); **KNFS 0-99** (operationer ved infektioner i sene, led eller knogle i hofte og lår); **KNFH0-29** (reposition af lukseret protese eller hofteled); **KNFU 0-99** (fjernelse af implantater)
    - 16b: **KNFH0-29** (reposition af lukseret protese eller hofteled)

Tidsgrænser

- Opgøres fra operationsdato til 365 dage herefter

Definitioner

- Beregnes på basis af data fra Landspatientregisteret. Kun koder fra første registrerede reoperationsdato indgår. Under det indlæggelsesforløb der omfatter reoperationsdatoen skal der optræde en unik sideangivelse (TUL tillægskode) højresidig (+TUL1) eller venstresidig (+TUL2) der er samfaldende med sideangivelsen under det indlæggelsesforløb, der omfatter LPR-primær operationsdatoen (kan evt. være samme indlæggelsesforløb).

17. Andelen af patienter, der reopereres pga. dyb infektion inden for 1 år.

Indikatorområde	Indikator	Indikatorberegning
Reoperation, dyb infektion	**Andel af patienter der reopereres indenfor 1 år pga. dyb infektion**	**Tæller:** Patienter, hvor der <= 1 år efter den indrapporterede operationsdato (at regne fra dagen efter operationsdatoen) i Landspatientregisteret er registreret mindst en af nedenstående procedurekoder: **Nævner**: Hele patientgrundlaget baseret på udskrivelsesdato registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

Kodning

- Patienter, hvor der <= 1 år efter den indrapporterede operationsdato (at regne fra dagen efter operationsdatoen) i Landspatientregisteret er registreret mindst en af følgende procedurekoder (kan stå alene):
    - **KNFW69** (Reoperation ved dyb infektion efter operation på hofte eller lår); **KNFS 0-99** (operationer ved infektioner i sene, led eller knogle i hofte og lår)
- Følgende procedurekoder: **KNFU 0-99** (fjernelse af implantater) skal kombineres med en af diagnosekoderne (under samme indlæggelsesforløb):
    - **DT845** (infektion og inflammatorisk reaktion ved ledprotese); **DT846** (infektion og inflammatorisk reaktion ved redskaber til intern ortopædisk fiksering); **DT847** (infektion og inflammatorisk reaktion ved andre interne ortopædiske proteser, implantater og transplantater), **DT814A** (Absces i operationscicatrice); **DT814D** (Postoperativ sepsis); **DT814E** (Postoperativt sårgranulom); **DT814F** (Postoperativ sårinfektion); **DT814G** (Postoperativ overfladisk sårinfektion);

Tidsgrænser

- Opgøres fra operationsdato til 365 dage herefter

Definitioner

- Beregnes på basis af data fra Landspatientregisteret. Kun koder fra første registrerede reoperationsdato indgår. Under det indlæggelsesforløb der omfatter reoperationsdatoen skal der optræde en unik sideangivelse (TUL tillægskode) højresidig (+TUL1) eller venstresidig (+TUL2) der er samfaldende med sideangivelsen under det indlæggelsesforløb, der omfatter LPR-primær operationsdatoen (kan evt. være samme indlæggelsesforløb).

5. Kodeoversigt i DRHOFTEBRUD

Databasens variabelliste kan findes på https://www.sundk.dk/ under "Dansk Tværfagligt register for Hoftenære Lårbensbrud".

ICD-10 Diagnosekode	Beskrivelse		
S72.0	Fraktur af lårbenshals		
S72.1	Pertrochantær fraktur		
S72.2	Subtrochantær fraktur		

Operationskoder			
KNFB.0 - 99	Primære indsættelser af ledprotese i hofteleddet	16, 17	
KNFJ.4 - 9	Frakturbehandlinger i lårben (herunder osteosyntese)	14, 15	

Tillægskoder			
TUL1	Højresidig	14, 15, 16, 17	
TUL2	Venstresidig	14, 15, 16, 17	

Variable i forhold til øvrige baggrundsoplysninger/prognostiske faktorer			
SKS procedurekode	**Beskrivelse**	**Indikator**	
ZZ8050	Angivelse af boligforhold		
ZZ0242	Bestemmelse af Body Mass Index (BMI)		

Tillægskoder vedr. frakturstilling			
ZDS01	Frakturstilling – forskudt		
ZDS02	Frakturstilling – uforskudt		
ZDS03	Frakturstilling – uoplyst		

Tillægskoder vedr. boligforhold			
ZRSB01	Egen bolig		
ZRSB01A	Egen bolig i tilknytning til institution		
ZRSB02	Hjemløs		
ZRSB04	Døgninstitution		
ZRSB09	Ingen oplysninger om boligforhold		

Værdikoder (tillægskoder) vedr. BMI OG New Mobility Score (NMS)	Beskrivelse		
VPH0010 – VPH0080	BMI fra 10 - 80		
VPK10K00 – VPK80K00	BMI fra 10 - 80		

VPH0000 – VPH0003	NMS fra 0-3		

Nuværende variabler i forhold til procesindikatorer			
SKS procedurekode	**Beskrivelse**	**Indikator**	
ZZP0010	Set og vurderet af speciallæge	1	
ZZV020G1	Vurdering af basismobilitet forud for fraktur	4a	
ZZV020G2	Vurdering af basismobilitet ved udskrivelsen	4b	
ZZV020G3	Vurdering af basismobilitet ved første mobilisering	3	
ZZV020N0	Vurdering af gangfunktion med New Mobility Score (NMS) før fraktur	5	
ZZ5061	Kognitiv test udført	6	
ZZ2009C	Udarbejdelse af ernæringsplan	7	
ZZ1004	Vurdering af synkefunktion	8	
BLHM7	Behandling med middel mod osteoporose	9	
BWHB40A	Behandling med Zoledronsyre (fx Aclasta/Zoledronsyre)	9	
ZZ5736	Patient henvist til specialiseret osteoporose udredning	9	
ZZ5707C	Basal faldudredning foretaget (inkl. medicingennemgang)	10	
ZZ5707D	Specialiseret faldudredning foretaget (specialistudredning foretaget eller henvist til (inkl. faldklinikken)	10	
ZZ0175X	Udarbejdelse af genoptræningsplan, almindelig genoptræning	12	
ZZ0175X1	Udarbejdelse af genoptræningsplan, almindelig genoptræning, kan iværksættes umiddelbart	12	
ZZ0175X2	Udarbejdelse af genoptræningsplan, almen genoptræning, start efter 1-2 uger	12	

ZZ0175X3	Udarbejdelse af genoptræningsplan, almen genoptræning, start efter 3-4 uger	12	
ZZ0175X4	Udarbejdelse af genoptræningsplan, almen genoptræning, start efter mere end 4 uger	12	
ZZ0175Y	Udarbejdelse af genoptræningsplan, specialiseret genoptræning	12	
ZZ0175V	Udarbejdelse af genoptræningsplan, rehabilitering på specialiseret niveau	12	
ZZ0172W	Vurdering af behov for genoptræning, ingen genoptræning	12	
ZZV020N4	Vurdering af gangfunktion med New Mobility Score (NMS) 4 måneder efter operation	Supplerende	

Tillægskoder			
ZRRA00	Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 0	4	
ZRRA01	Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 1	4	
ZRRA02	Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 2	4	
ZRRA03	Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 3	4	
ZRRA04	Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 4	4	
ZRRA05	Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 5	4	
ZRRA06	Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 6	4	
ZRRA09	Cumulated Ambulation Score, CAS, score = 9	4	
ZRPB00	Kognitivt svækket	6	
ZRPB01	Ikke kognitivt svækket	6	
ZRPB02	Uvist om kognitivt svækket	6	

ZZV020N0A	Vurdering af gangfunktion med NMS før fraktur, indendørs	5	
ZZV020N0B	Vurdering af gang funktion med NMS før fraktur, udendørs	5	
ZZV020N0C	Vurdering af gangfunktion med MNS før fraktur, under indkøb	5	
ZZPB00	Kognitivt svækket	6	
ZZPB01	Ikke kognitivt svækket	6	
ZZPB02	Uvist om kognitivt svækket	6	
ZZV020N4A	Vurdering af gangfunktion med NMS 4 mdr. postoperativt, indendørs	Supplerende	
ZZV020N4B	Vurdering af gang funktion med NMS 4 mdr. postoperativt, udendørs	Supplerende	
ZZV020N4C	Vurdering af gangfunktion med MNS 4 mdr. postoperativt, under indkøb	Supplerende	
ZT*	Dato-klassifikation	1+3	
ZU*	Tidspunkt-klassifikation	1+3	

Variable i forhold til resultatindikatorer			
Variabel	**Beskrivelse**	**Indikator**	
Vitalstatus	Angiver om pt. er fx levende eller død	11,12, 13, 14, 15, 16, 17	
Statusdato	Dato hvor vital status er gældende	11,12, 13, 14, 15, 16, 17	

Operationskoder			
KNFB0-99	Indsættelse primær ledprotese	14, 15, 16, 17	
KNFC0-99	Indsættelse sekundær ledprotese	14, 15, 16	
KNFG0-99	Resektionsartroplastik i hofteled	14-17	
KNFH0-29	Resektion af lukseret protese	16	
KNFK*	Knogleoperatoner på lårben	14-17	
KNFS0-99	Operationer ved infektioner i sene, led eller knogle i hofte og lår	14, 15, 17	

KNFT50-53	Pseudoartroseoperation på hofte eller lår	14-17	
KNFU0-99	Fjernelse af implantater	14, 15, 16, 17	
KNFW0-99	Reoperationer pga. komplikation	14, 15, 17	

Diagnosekoder			
T814	Infektion efter indgreb IKA	14, 15, 17	
T814A	Absces i operationscicatrice	14, 15, 17	
T814D	Postoperativ sepsis	14, 15, 17	
T814E	Postoperativt sårgranulom	14, 15, 17	
T814F	Postoperativ sårinfektion	14, 15, 17	
T814G	Postoperativ overfladisk sårinfektion	14, 15, 17	
T814H	Postoperativ dyb sårinfektion	14, 15, 17	
T818B	Fistel i cikatrice	14, 15, 17	
T818C	Permanent Postoperativ Fistel	14, 15, 17	
T84.1	Mekanisk komplikation til intern fiksation af ekstremitetsknogle	14, 15	
T84.5	Infektion og inflammatorisk reaktion ved ledprotese	14, 15, 17	
T84.6	Infektion og inflammatorisk reaktion ved redskaber til intern ortopædisk fiksering	14, 15, 17	
T84.7	Infektion og inflammatorisk reaktion ved andre interne ortopædiske proteser, implantater og transplantater	14, 15, 17	
M86*	Knoglemarvsbetændelse	14-17	

Variable i forhold til Charlsons komorbiditetsindex			
Diagnosekoder som danner grundlag for Charlsons komorbiditetsindex kan ikke udleveres til forskning fra KCKS-vest. **Men den beregnede variabel Charlsons index 0,1,2,3+ kan indgå i udtræk, hvor det er relevant for at belyse forskningsspørgsmålet.**			
ICD-10 Diagnosekode	**Beskrivelse**	**Indikator**	
Charlsons index 0,1,2,3+	Beregnet variabel, ud fra de nedenstående diagnoser der indgår i index.	11, 14, 15, 16, 17	

DIAGNOSER DER INDGÅR I BEREGNING AF INDEX – udleveres IKKE			
I21-I23	Myocardieinfarkt	11, 14, 15, 16, 17	
I50; I11.0; I13.0; I13.2	Hjerteinsufficiens	11, 14, 15, 16, 17	
I70- I74; I77	Perifer arteriel sygdom	11, 14, 15, 16, 17	
I60-I69; G45; G46	Cerebrovaskulær sygdom	11, 14, 15, 16, 17	
F00-F03; F05.1; G30	Demens	11, 14, 15, 16, 17	
J40-J47; J60-J67; J68.4; J70.1; J70.3; J84.1; J92.0; J96.1; J98.2-J98.3	KOL	11, 14, 15, 16, 17	
M05; M06; M08; M09; M30-M36; D86	Bindevævssygdom	11, 14, 15, 16, 17	
K22.1; K25-K28	Ulcussygdom	11, 14, 15, 16, 17	
B18; K70.0-K70.3; K70.9; K71; K73; K74; K76.0	Leversygdom i let grad	11, 14, 15, 16, 17	
E10.0; E10.1; E10.9; E11.0; E11.1; E11.9	DM uden komplikationer	11, 14, 15, 16, 17	
E10.2-E10.8;	DM med senkomplikationer	11, 14, 15, 16, 17	
E11.2-E11.8	Hemiplegi	11, 14, 15, 16, 17	
I12; I13; N00-N05; N07; N11; N14; N17-N19; Q61	Moderat eller svær nyresygdom	11, 14, 15, 16, 17	
C00-C75	Anden ikke-metastatisk malign sygdom (solid tumor)	11, 14, 15, 16, 17	
C91-C95	Leukæmi	11, 14, 15, 16, 17	
C81-C85; C88; C90; C96	Malignt lymfom eller myelomatose	11, 14, 15, 16, 17	
B15.0; B16.0; B16.2; B19.0; K70.4; K72; K76.6; I85	Moderat eller svær leversygdom	11, 14, 15, 16, 17	
C76-C80	Anden metastatisk malign sygdom (solid tumor)	11, 14, 15, 16, 17	
B21-B24	AIDS	11, 14, 15, 16, 17	

6. Ændringslog

Version	Dato for ændring	Beskrivelse	Ansvarlig
7.0	28.06 2024	• Generel opdatering af layout og sprog • Præcisering/ændring af 3.2 boligforhold, samt indikator 3-5 og 8	ADMS
7.1	19.11.2024	• Præcisering af indikator 6. Kognitiv svækkelse	ADMS
7.2	28.03.2025	• Præcisering af indikator 6. Kognitiv svækkelse • Indikator 7 - Ernæring er samstemt med Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed	ADMS
7.3	01.05.2025	• Indikator 3 – Tidlig mobilisering. Præciseret at ptt med CAS=0 ekskluderes	ADMS
7.4	14.08.2026	• Præcisering/ændring af indikator 8: vurdering af synkefunktion	TMC

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut