

Dansk Anæstesi Database

Datadefinitioner

Med forbehold for ændringer.

Datadefinitionerne for DAD 5 er udarbejdet i dette andet udkast, førend udviklingen af system til indberetning er færdig. Således er det sandsynligt, at der vil komme ændringer til definitionerne i form af flere udfald, flere variable, eller andre afhængigheder.

Indhold

Indledning	5
Inklusionskriterier	5
Ydelse	6
Ydelse	6
Smertebehandling	6
Anæstesi	6
Prioritering	6
ASA score (ASA Physical Status Classification System)	6
Luftvejsvurdering før anæstesi	7
Luftvejsplan	7
Anæstesi	8
Ydelse start- og sluttid	8
Anæstesiydelse	8
Virkede blokaden sufficient	9
Luftvejshåndtering	9
Luftvejshåndtering	9
Intubation	10
Relaksation til intubation	10
Bedst opnåede laryngoskopigrad	10
Sidste forsøg	11
Komplikation	11
Anæstesi Komplikationer	11
Observationssted	12
Observationssted	12
Postoperativ observation	12
Observation start- og sluttid	12
Udskrevet til	12
Smerter og kvalme	13
Smerter ankomst	13
Smerter udskrivelse	13
Kvalme ankomst	13
Kvalme udskrivelse	14
Postoperativ komplikation	14
Postoperative. komplikationer	14
Blokade i postoperativt observationsafsnit	15
Blokadekode, LPR	15

Indledning

Dansk Anæstesi Database er en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase, som har til formål at registrere kvalitet og ydelser samt beskrive væsentlige elementer af et anæstesiforløb og omfatter således aktiviteter fortaget af anæstesiologer på de fleste af landets offentlige og private hospitaler.

Databasen dækker patientforløbet i den perioperative fase, hvilket omfatter den indledende samtale med patienten inden anæstesi, hvor præoperative risikofaktorer vurderes og anæstesiforløbet aftales med patienten, det egentlige anæstesiforløb i forbindelse med operation, behandling eller undersøgelse, samt opvågningsfasen indtil patienten kan flyttes tilbage til stamafdelingen. Indberetning til databasen påbegyndte i 2004.

Det aktuelle indicatorsæt og den officielle dokumentation fremgår af databasens hjemmeside:
<https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/dansk-anaestesi-database/>

Inklusionskriterier

Alle anæstesier foretaget i Danmark skal indberettes til Dansk Anæstesi Database.

Definitionen på en anæstesi er *ethvert indgreb hvor der ydes sedation/anæstesi enten ved eller under supervision fra en specialuddannet anæstesilæge*. Er der oprettet et anæstesiskema/anæstesiprocedure på patienten med et starttidspunkt for anæstesen, betragtes det som en anæstesi. Dataindberetning betragtes jf. sundhedsloven som obligatorisk.

Indberetning til DAD sker via KIP eller via en Webservice som indebærer en integrationsløsning med EPJ systemerne. Endelig beriges data med informationer fra Landspatientregisteret, LPR. I indeværende dokument, er angivet hvilke data, der indhentes fra LPR.

Ydelse

Under Ydelse indberettes oplysninger fra prætilsynet. Ydelsesoplysninger skal indeholde oplysninger om typen af ydelse, hvilken prioritering patienten har forud for indgrebet foruden oplysninger om patientens almene tilstand, ASA score. Status akut operation og co-morbiditet de væsentligste baggrundsfaktorer for risiko ved anæstesi (anæstesirelateret morbiditet og mortalitet).

Ydelse

- Anæstesi
- Smertebehandling

Smertebehandling

Hvis der under feltet Ydelse, er valgt Smertebehandling, skal det uddybes, hvilken form for smertebehandling, der er tale om.

- **Epidural – smertebehandling** skal vælges, hvis der er givet epidural uden at der er tale om en fødsel
- **Epidural – fødsel** skal vælges i tilfælde, hvor der er givet epidural i forbindelse med en fødsel
- **Spinal – fødsel** skal vælges i tilfælde, hvor der er givet spinal i forbindelse med en fødsel

Perifer blokade skal vælges i tilfælde, hvor der er anlagt en perifer blokade

Anæstesi

Prioritering

- **Elektiv** operation. Planlagt operativt indgreb tilpasset patientbehov, hospital og personale. Operationen kan være planlagt dage/uger/måneder forinden.
- **Fremskyndet (dage)** patienter, der kræver tidlig behandling, hvor tilstanden ikke er en umiddelbar trussel mod liv, ekstremitet eller organ overlevelse. Operation sker normalt inden for dage efter beslutning herom
- **Hastende (timer)** Intervention for akut opstået eller klinisk forværring af potentielle livstruende tilstande, dvs. for tilstande som truer overlevelse/funktion af ekstremitet eller organ, samt ved behov for akut smertelindring eller lindring af andre symptomer, fx fraktur fiksatation normalt inden for timer efter beslutning herom.
- **Umiddelbart livstruende** (minutter/time) eller truende for ekstremiteter eller organer, resuscitation foregår samtidigt med intervention. Ideelt, kirurgi og anæstesi inden for minutter efter beslutning om operation.

ASA score (ASA Physical Status Classification System)

- **ASA I** Rask
- **ASA II** Lettere systemisk sygdom
- **ASA III** Svær systemisk sygdom
- **ASA IV** Livstruende svær systemisk sygdom
- **ASA V** Døende patient som ikke forventes at overleve uden operation

- **ASA VI** Hjernedød patient, organdonor

Luftvejsvurdering før anæstesi

Vurdering af forhold, der har betydning for luftvejshåndtering. Vurderingen foretages under det præmedicinske tilsyn eller umiddelbart før indledning af anæstesen

Den præoperative luftvejsvurdering er ikke nødvendigvis registreret før påbegyndt intubation, hvorfor der foreligger en risiko for at luftvejsvurderingen efterrationaliseres og modificeres ved den postoperative registrering. Det bør man holde sig for øje ved registreringen og efter bedste evne angive den præoperative vurdering. Såfremt luftvejsplanen der er lagt ved det præmedicinske tilsyn ændres umiddelbart før påbegyndt luftvejshåndtering er det den sidste luftvejsplan, der skal indberettes til DAD.

Luftvejsplan

Luftvejsvurderingen skal munde ud i en plan for luftvejshåndtering. Den relevante plan bestemt ved det præmedicinske tilsyn, konference eller umiddelbart før anæstesiens påbegyndelse markeres. Såfremt luftvejsplanen lagt ved det præmedicinske tilsyn ændres umiddelbart før påbegyndt luftvejshåndtering er det den sidste luftvejsplan der skal registreres i DAD.

Der kan kun angives én luftvejsplan fra nedenstående:

- Spontan respiration
- Maskeventilation
- Larynxmaske (alle typer)
- Intubation ved direkte laryngoskopi
- Intubation med videolaryngoskopi
- Intubation med fleksibelt skop
- Intubation ved anden metode
- Tracheostomi i lokalanæstesi
- Er intuberet/tracheostomeret

Ved en markering i *Tracheostomi i lokal anæstesi*, forstås det at patienten har en vanskelig luftvej.

Anæstesi

Ydelse start- og sluttid

Angiver start- og sluttid for anæstesen.

- Starttidspunktet er defineret som det tidspunkt, hvor anæstesipersonalet hilser på patienten og eventuelt påbegynder at udspørge.
- Sluttidspunktet er defineret som det tidspunkt, hvor anæstesipersonalet overdrager ansvaret for patienten til opvågningsafsnittet eller hvor anæstesen ophører og opvågning begynder på operationsgangen. Såfremt proceduren afsluttes efter anæstesen, anføres det tidspunkt anæstesipersonalet forlader patienten/operationsstuen.

Procedure start- og sluttid, LPR

Angiver start- og sluttid for proceduren foretaget under anæstesen. Datakilden for oplysningen, er LPR.

Procedure start er defineret som tidspunkt for incision, dvs. kniv start

Procedure slut er defineret som kniv slut

Procedurekode

SKS-skode for den væsentligste* (mest omfattende, længst varende indgreb) operation/behandling/undersøgelse foretaget under anæstesen. Her ønskes IKKE anæstesiproceduren.

Procedurekoden vil typisk, men ikke udelukkende, ligge inden for følgende kategorier:

- Operationer - SKS koden starter altid med et K.
- Behandlinger - SKS koden starter altid med et B.
- Undersøgelser - SKS koden starter altid med et U.

Ved sectio indhentes sectiograd i form af SKS-koden fra LPR.

*Ved registrering af operative indgreb skal den væsentligste procedurekode angives først. Den væsentligste procedurekode defineres som den kode, der bedst beskriver det indgreb, som efter kirurgens faglige vurdering udgør den primære del af operationen. Det er således kirurgens vurdering, der er styrende for, hvilken procedurekode der skal registreres som den væsentligste.

Anæstesiydelse

Her skal de fulde SKS-koder for anæsteprocedurene foretaget under anæstesen indberettes. Hvis der er givet flere ydelser, skal **alle** ydelser registreres.

De **fulde underkoder** til følgende SKS-koder for anæstesiprocedurer indberettes:

NAAA: Overvågning

NAAB: Sedation og smertelindring uden bevidsthedstab

NAAC: Generel anæstesi

NAAD: Regional anæstesi

Alle ydelser skal registreres.

Virkede blokaden sufficient

Angives i tilfælde, hvor der er givet perifer- eller central nerveblokade

- Ja
- Nej

Hvis insufficiens af en blokade medførte, at der måtte konverteres til generel anæstesi indberettes "Nej". I tilfælde af at perifer og /eller central blokade er anvendt uden konvertering var nødvendig indberettes "ja".

Et nyt forsøg defineres som: Indstik på nyt niveau eller skift fra median til paramedian teknik. Accidentielt indstik i kar tæller ikke som indstik.

Temperaturen, ved anæstesiens afslutning

For en voksen patient er det vigtigt at måle temperatur for anæstesier på over to timer målt fra starttidspunktet til sluttidspunktet for anæstesiydelsen. Det samme gælder for børn, når anæstesen er over én time.

Den mest korrekte temperatur er den, der måles på operationsstuen før patienten, forlader operationsstuen.

- Patientens temperatur anføres i feltet til temperatur

Det besluttet lokalt på hvilken måde, en temperatur måles.

Luftvejshåndtering

Her skal det angives hvilken luftvejshåndtering, der er benyttet under anæstesen. Alle anvendte metoder indberettes. Eksempelvis skal anvendelse af larynxmaske forudgået af maskeventilation indberettes med markering af både maskeventilation foruden markering af larynxmaske og tilsvarende, hvis der intuberes elektivt ved direkte laryngoskopi etc.

Luftvejshåndtering

Luftvejshåndteringen angives med følgende muligheder:

Dette dokument er ikke endeligt. Aktuell udgave afhænger af DAD5's webservice.

- KUN spontan respiration
- Maskeventilation
- Larynxmaske (alle typer)
- Intubation
- Tracheostomi
- Ikke relevant/pt er intuberet/tracheostomeret

Intubation

Ved indberetning af intubation, skal det angives hvor mange forsøg, der er brugt til intubationen.

Angives med følgende valgmuligheder:

- Højest 2 forsøg, seneste ved direkte laryngoskopi:
Der er maksimalt gjort 2 intubationsforsøg. Det sidste ved direkte laryngoskopi med eller uden hjælpemidler
- Højest 2 forsøg, seneste ved videolaryngoskopi:
Der er maksimalt gjort 2 intubationsforsøg. Det sidste ved videolaryngoskopi, med eller uden hjælpemidler
- Højest 2 forsøg, seneste ved fleksibel skopi:
Der er maksimalt gjort 2 intubationsforsøg. Det sidste ved fleksibel skopi med eller uden hjælpemidler
- Højest 2 forsøg seneste ved andet end ovennævnte metoder:
Der er maksimalt gjort 2 intubationsforsøg. Det sidste ved en anden metode end direkte laryngoskopi, videolaryngoskopi eller fleksibel skopi med eller uden hjælpemidler
- 3 forsøg eller flere uanset metode
- Intubation opgivet

Hvert luftvejshåndteringsforsøg tæller for et forsøg (herunder forsøg på at visualisere indgang til trakea) enten ved Direkte laryngoskopi (Dir. Lar.), Fiberskopi, Videolaryngoskopi, tracheostomi i LA, nødtracheostomi, samt forsøg på at anlægge LMA i alle varianter og intubation i LMA i alle varianter, eller eventuel anden teknik.

Relaksation til intubation

Her skal angives om der er givet relaksantia specifikt mhp. intubation og ikke i forbindelse med operationen/undersøgelsen. Angives med:

- Nej
- Depolariserende
- Non-depolariserende

Bedst opnåede laryngoskopigrad

Skal registreres i tilfælde, hvor der er forsøgt intubation ≥ 3 gange eller hvis intubation er opgivet.

Angives med følgende muligheder:

- Grad 1: Stemmebånd kan visualiseres i fuld længde
- Grad 2: 1/3 af stemmebåndene kan visualiseres
- Grad 3: Epiglottis men ikke stemmebånd kan visualiseres
- Grad 4: Epiglottis kan ikke visualiseres

Sidste forsøg

Skal registreres i tilfælde, hvor der er forsøgt intubation ≥ 3 gange eller hvis intubation er opgivet. For det sidste forsøg angives:

- LMA (alle typer)
- Direkte laryngoskopi
- Videolaryngoskopi
- Fleksibelt skopi
- Vækning af patient
- Nødtracheostomi
- Anden teknik

Komplikation

Det er obligatorisk at indberette alle komplikationer, der opstår under en given anæstesi.

Komplikationer der indberettes i forbindelse med anæstesen, skal være opstået i forbindelse med og være relateret til anæstesen.

Anæstesi Komplikationer

Der kan vælges fra følgende:

- **Anafylaktisk reaktion/shock**, patienten har frembudt tegn på anafylaksi i forbindelse med indgift af medikamenter eller væske medførende behandling peroperativt
- **Anæstesi afbrudt**, anæstesen afbrydes grundet komplikationer relateret til anæstesiologiske forhold: luftvejshåndteringsproblemer, kredsløbssvigt mm.
- **Aspiration**, Ved sikre tegn på aspiration, f.eks. sugning af ventrikellindhold fra tube.
- **Durapunktur accidentiel**, durapunktur ved anlæggelse eller forsøg på anlæggelse af epiduralkateter
- **Hjertestop**, hjertestopbehandling indledt under anæstesen
- **Huskeanæstesi**, patienten frembyder tegn på-, og angiver spontant eller ved udspørgen inden det postoperative observationsforløb at have erindring om det operative forløb.
- **Malign Hypertermi mistanke**, der foreligger mistanke om malign hypertermi, som foranlediger lægeordnede behandlingstiltag
- **Neuromuskulær blokade, forlænget virkning**, patienten har forlænget apnø efter indgift af kolinesterase nedbrydeligt neuromuskulært blokerende middel.

- **Tandskade**, ved konstatering af en tandskade, der kan relateres til anæstesen.
- **Mors, uventet**, Uventet mors grundet årsager der kan relateres til anæstesiologiske forhold

Observationssted

Angiver sted, hvor patienten observeres postoperativt.

Observationssted

Angiver observationssted med følgende muligheder

- Centralt observationsafsnit
- Andet observationsafsnit
- Operationsgangen
- Intensiv
- Sengeafdeling
- Skadestue/modtagelse

Valgene *Centralt observationsafsnit* eller *Andet observationsafsnit* udløser automatisk et opvågningskema (postoperativt observationsskema). Det postoperative observationsskema åbnes under anæstesiindberetningen.

Postoperativ observation

Der skal indberettes oplysninger om postoperativ observation, i de tilfælde hvor denne finder sted på et centralt observationsafsnit eller andet observationsafsnit.

Observation start- og sluttid

Angiver i hvilket tidsrum den postoperative observation har fundet sted. Den postoperative observation slutter når patienten er udskrevet og transporteres fra opvågningslokalitet.

Udskrevet til

Angiver, hvor patienten er udskrevet til

- Stamafdeling
- Hjemmet
- Reoperation
- Intensiv afdeling
- Andet hospital
- Død i observationsperioden

Smerter og kvalme

Oplysninger om smerte- og kvalmescore skal indberettes. Patienten skal kontinuerligt i opvågningsforløbet scores vedr. smerter og kvalme, men ikke alle scoringer skal indberettes. Det skal indberettes hvilken score patienten har ved ankomsten og hvilken score patienten har ved udskrivelse.

Smerter registreres for alle personer > 1 år, og kvalme registreres for personer > 1 år.

Smerter ankomst

Score ved ankomst defineres som score mindre end 15 minutter efter ankomst, først i hvile og derefter ved mobilisering. Mobilisering er her defineret som anvendelse af muskler involveret i operationsfeltet, eksempelvis hoste, vende sig i seng, løfte numsen etc.

Smerter angives som NRS-score på en skala fra 0-10, hvor 0 er ingen smerter og 10 er svære smerter. Smerter kan angives som FLACC score, hvor det er relevant. FLACC står for Face, Legs, Activity, Cry, Consolability-skala, som anvendes til børn i alderen 2 mdr. til 7 år, samt andre personer, der har vanskeligt ved at kommunikere om deres smerte. Skalaen går ligesom NRS fra 0-10, hvor 0 er ingen smerte.

Smerter udskrivelse

Score ved udskrivelse defineres som score mindre end 15 minutter før udskrivelse og transport fra opvågningslokalitet til relevant afdeling/hjemmet.

Kvalme ankomst

Score ved ankomst defineres som score mindre end 15 minutter efter ankomst og i hvile. Kvalme angives som NRS-score på en skala fra 0-10, hvor 0 er ingen kvalme og 10 er svær kvalme.

Særligt for børn (personer fra 0 til 18 år)

Kvalme hos børn registreres på en skala fra 0–10 efter klinikerens bedste vurdering. Der findes på nuværende tidspunkt ikke et valideret redskab til vurdering af børns kvalme, der svarer til FLACC-skalaen for smerte, hvorfor vurderingen beror på klinisk skøn.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at den præcise graduering (fx forskellen mellem en score på 1 og 2 eller 7 og 8) kan være vanskelig at angive objektivt hos mindre børn. Formålet med registreringen er først og fremmest at belyse, hvor stor en andel af patienterne der oplever kvalme i en grad, der kræver behandling.

I praksis betyder det, at den afgørende skillelinje går ved en score på 4:

- **0–3:** Kvalme, der ikke vurderes behandlingskrævende.
- **≥ 4:** Kvalme, der vurderes behandlingskrævende.

Registreringen skal således støtte en enkel og klinisk meningsfuld vurdering, hvor det mest væsentlige er at skelne mellem kvalme, der kræver behandling, og kvalme, der ikke gør.

Kvalme udskrivelse

Score ved udskrivelse defineres som score mindre end 15 minutter før udskrivelse og transport fra opvågningslokalitet til relevant afdeling/hjemmet.

Oplysninger vedrørende smerter og kvalme under opvågningen bruges til beregning af to indikatorer, Svære smerter under opvågning og Svær kvalme under opvågning. Svære smerter under opvågning er en opgørelse af andelen af anæstesier, hvor patienten har svære smerter under opvågningen, og svær kvalme under opvågning er en opgørelse af andelen af anæstesier, hvor patienten har svær kvalme under opvågningen. For begge beregninger gælder at kun opvågningsforløb efter kirurgiske procedurer, og som finder sted på et observationsafsnit indgår.

Postoperativ komplikation

Hvis der indberettes oplysninger om postoperativ observation, så skal det også indberettes om der opstår komplikationer under opvågningsforløbet, og det er vigtigt at alle observerede komplikationer bliver indberettet.

Postoperative. komplikationer

Komplikationer, der indberettes i forbindelse med den postoperative observation, skal være opstået og relateret til den observation/behandling der er foregået i observationsafsnittet. Der kan vælges fra følgende:

- **Anafylaktisk reaktion/shock**, defineret som patienten har frembudt tegn på anafylaksi i forbindelse med indgift af medikamenter eller væske medførende behandling postoperativt.
- **Aspiration**, defineret som mistanke om aspiration i det postoperative observationssafsnit.
- **Durapunktur accidentiel**, defineret som durapunktur ved anlæggelse eller forsøg på anlæggelse af epiduralkateter i det postoperative observationsafsnit.
- **Hjertestop**, defineret som hjertestopbehandling indledt i det postoperative observationssafsnit.
- **Huskeanæstesi**, defineret som patienten frembyder tegn på eller angiver spontant eller ved udspørgen i det postoperative observationsafsnit at have erindring om det operative forløb.
- **Neuromuskulær blokade, forlænget virkning**, defineret som mistanke om forlænget neuromuskulær blokade har foranlediget behandlingstiltag.
- **Tandskade**, ved konstatering af en tandskade, der kan relateres til anæstesen
- **Mors, uventet**, defineret som patienten går ad mortem i det postoperative observationsafsnit af årsager, der kan relateres til observation/behandling i observationsafsnittet.

Blokade i postoperativt observationsafsnit

Blokadekode, LPR

Information om, hvilken type blokade, der er givet, indhentes fra LPR

- SKS-kode hentes fra LPR

Administrative oplysninger

Alle data fra Dansk Anæstesi Database er tilgængelige i de regionale ledelsesinformationssystemer. Data opdateres i princippet dagligt fra SundK. I praksis betyder dette, at hvis et sygehus sender data til SundK om aftenen, kan data være opdaterede næste dag, afhængigt af det tidspunkt, data modtages hos SundK. Hvis data ankommer efter, SundK's databehandling er startet, vil ændringerne blive 24 timer forsinkede, hvilket i mange tilfælde vil være det realistiske. Man må derfor forvente en opdateringsfrekvens på 24-48 timer fra indberetning og til visning.

Ændringslog og historik

- | | |
|-------------|---|
| 2024.11.07: | FLACC score tilføjet som måleinstrument til smerte |
| 2024.09.26: | Datadefinitioner tilpasset første version af DAD5 |
| 2024.11.21: | Tidspunkt for anæstesi indhentes fra KIP – ikke fra LPR, som først anført.
Anæstesiydelse har ændrede udfald, temperatur indhentes som faktisk temperatur. |
| 2025.01.24: | Tilpasset første version af DAD5, som går i produktion. |
| 2025.09.09: | Uddybning af kvalme hos børn, uddybning af "væsentligste procedure", opdateringsfrekvens af data tilføjet |

