

Databasen for Akutte Hospitalskontakter

Revideret indicatorsæt
Tillægsdokument

1. juli 2022



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Databasen for Akutte Hospitalskontakter

© RKKP 2022

Udarbejdet af:
Styregruppen for Databasen for Akutte Hospitalskontak-
ter og RKKP Videncenter

Udgiver:
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram
Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus N

www.rkkp.dk

Version 1.1
Versionsdato: 1.7.2022. Opdateret efter høring

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

1. Baggrund	4
2. Populationsdannelse	5
3. Indikatorsæt for Databasen for Akutte Hospitalskontakter	6
3.1 Indikatorer og standarder	6
3.2 Subgrupper	7
4. Afrapportering og datagrundlag	8
4.1 Ugentlige og månedlige afrapporteringer	8
4.2 Årlige afrapporteringer	8
4.3 Datakilder	9
4.4 Fokusområder fremadrettet	9
5. Beregningsregler	11
5.1 Indikatorer	11
5.2 Subgrupper	15

1. Baggrund

Høringsmaterialet for Databasens for Akutte Hospitalskontacters (DAH) nye indikatorsæt består dels af en dokumentalistrapport og dels af nærværende tillægsdokument.

Læsevejledning

Høringsprocessens tillægsdokument indledes med en gennemgang af algoritmen til populationsdannelsen (afsnit 2). Herefter er indikatorer, standarder og subgrupper til supplerende opgørelser beskrevet. I afsnit 3 beskrives datagrundlag og afrapportering af resultaterne fra databasen. Afslutningsvis fremgår beregningsregler i foreløbig form. Dokumentalistrapporten beskriver baggrund for udarbejdelse af indikatorer og valg af subgrupper til supplerende analyser for udsatte grupper.

RKKP er optaget af 'det gode indikatorsæt' i de kliniske kvalitetsdatabaser og herunder, at databasernes målinger understøtter kvalitetsudvikling i et patientcenteret sundhedsvæsen som bygger på den bedst mulige evidens.

Proces for høring

Der gennemføres en høringsperiode fra den 19. november til den 17. december 2021 blandt relevante faglige selskaber, sammenslutninger og organisationer, regioner, patientforeninger samt Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen. Som et supplement til den skriftlige høringsproces, afholdes et webinar den 21. december kl. 15:00 – 16:30.

Høringsprocessen skal sikre, at alle relevante parter har mulighed for at foreslå justeringer og præciseringer til populationsdannelsen, indikatorer, standarder og subgrupper.

Kommentarer, bemærkninger o.lign. til høringsmaterialet bedes fremsendt per e-mail til kvalitetskonsulent Anette Weis: anewei@rkkp.dk senest den 17. december 2021 kl. 12. Alle høringssvar modtaget frem til fristen vil blive behandlet af styregruppen.

2. Populationsdannelse

I populationsdannelsen til DAH identificeres alle kontakter i LPR for patienter i alle aldre, der er registrerede som akutte og med fysisk fremmøde, svarende til:

- ALCA00 Fysisk fremmøde
- ATA1* Akut (angivet under prioritet)

Eksklusioner

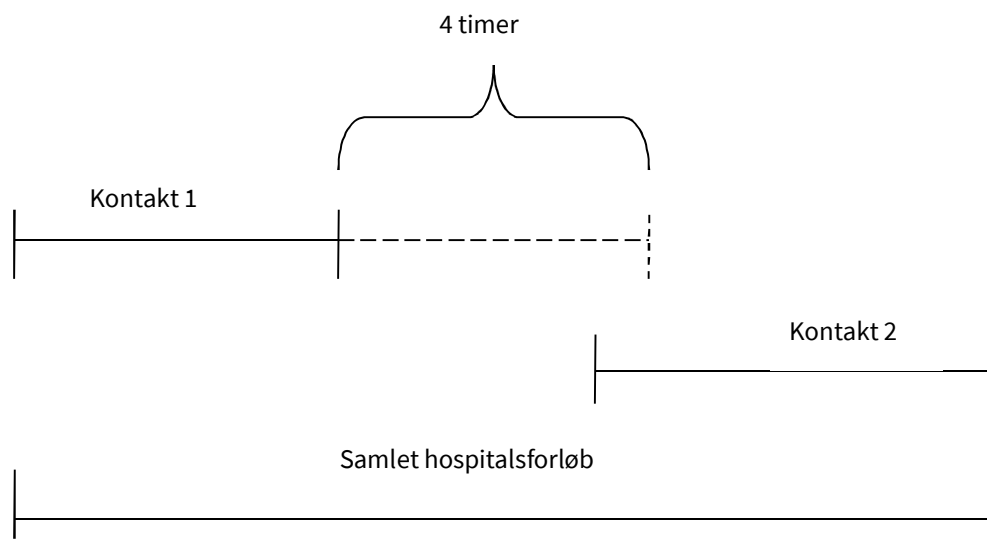
- Kontakter, hvor behandlingsansvaret er registreret under en psykiatrisk enhed jf. angivelse af speciale i SOR ([Sundhedsvæsenets organisationsregister](#))
- Kontakter, hvor behandlingsansvaret er registreret under en præhospital afdeling jf. angivelse af speciale i SOR.
- Fødende mødre (a-diagnoser: DO80*-DO84*) samt levende- og dødfødte børn (a-diagnoser: DZ389 og DP950)

Etablering af hospitalsforløb

Når alle relevante kontakter er identificerede, etableres patienternes samlede hospitalsforløb ved at sammenkoble kontakterne, hvis patienten har flere sammenhængende kontakter.

Kontakter, hvor udskrivelsestidspunktet efterfølges af en ny kontakt indenfor 4 timer, antages at høre til samme hospitalsforløb (se figur 1). Tidsgrænsen på 4 timer er i overensstemmelse med anbefalingerne fra Sundhedsdatastyrelsens teknikergruppe³. Rationalet for tidsgrænsen er, at det antages, at de fleste overflytninger imellem afdelinger/hospitaler gennemføres på mindre end 4 timer. Desuden skal et tilstrækkeligt kort interval medvirke til, at tidlige genhenvendelser identificeres. Hospitalsforløbene tillægges det sygehus og den afdeling hvorpå patienten har sin første kontakt.

Figur 1. Dannelse af hospitalsforløb i LPR3



3. Indikatorsæt for Databasen for Akutte Hospitalskontakter

Databasens formål er at sikre ensartet høj kvalitet af behandling i akutte patientforløb på hospitaler i Danmark. Arbejdet har grundlag i Sundhedsloven og tilhørende bekendtgørelser.

DAH indeholder et indikatorsæt bestående af 15 indikatorer gældende fra 1. marts 2022. Dokumentalistrapporten beskriver grundlaget for valget af indikatorerne.

I DAH er der indikatorer med og uden standarder. For indikatorer uden standarder har styregruppen fastsat en forbedringsretning. Niveauet for indikatorerne, som optræder i høringsmaterialet uden standard, fastsættes af styregruppen efter første årsrapport. RKKP tilstræber, at indikatorernes standarder er realistiske udviklingsmål, der udtrykker det niveau man stræber efter at opnå. DAH skal danne et solidt grundlag for arbejdet med kvalitet og sætte fokus på områder, hvor der er forbedringspotentiale.

3.1 Indikatorer og standarder

Indikatorområde	Indikator	Format	Type	Standard/ forbedringsretning
Korttidsmortalitet	1a: Korttidsmortalitet efter akut hospitalsforløb af ≥ 12 timers varighed	Andel	Resultat	↓
	1b: Korttidsmortalitet efter akut hospitalsforløb af > 1 og < 12 timers varighed	Andel	Resultat	↓
Genhenvendelse	2: Genhenvendelse efter afsluttet kortvarig akut hospitalsforløb	Andel	Resultat	3 – 6,1%
Tid til set af læge	3: Tid fra hospitalsankomst til første afsluttede lægenotat	Median tid	Proces	↓
Tid til behandling, smerter	4a: Andel patienter der får registreret en smertescor indenfor 12 timer efter hospitalsankomst	Andel	Proces	↑
	4b: Tid fra hospitalsankomst til smertebehandling	Median tid	Resultat	↓
Tid til behandling, sepsis	5: Tid fra hospitals ankomst til antibiotika hos patienter der opfylder sepsiskriterier indenfor 12 timer efter ankomst	Median tid	Proces	↓
Tid til behandling, hoftenær fraktur	6: Tid fra hospitals ankomst til operation for hoftenær fraktur hos patienter der ankommer med hoftenær fraktur	Median tid	Proces	↓
Tid til behandling, apopleksi	7a: Tid fra hospitalsankomst til trombolyse for patienter med iskæmisk stroke – for patienter der er præhospitalt visiteret til direkte ankomst på et trombolysecenter	Median tid	Proces	↓
	7b: Tid fra hospitalsankomst til trombolyse for patienter med iskæmisk stroke – for patienter hvis første kontakt er på FAM eller anden afdeling	Median tid	Proces	↓

Tid til behandling, PCI	8a: Tid fra hospitalsankomst til PCI for patienter med STEMI – for patienter der er præhospitalt visiteret til direkte ankomst på et PCI-enhed	Median tid	Proces	↓
	8b: Tid fra hospitalsankomst til PCI for patienter med STEMI – for patienter hvis første kontakt er på FAM eller anden afdeling	Median tid	Proces	↓
Tid til behandling, højrisiko abdominalkirurgi	9a: Tid fra hospitalsankomst til kirurgi ved akut højrisiko abdominalkirurgi	Median tid	Proces	↓
	9b: Tid til CT scanning af abdomen forud for akut højrisiko abdominalkirurgi	Median tid	Proces	↓

3.2 Subgrupper

Subgrupper	Definition	Indikatorer opgøres for
A: Patienten med flere, konkurrerende lidelser	Charlson co-morbiditets index >3	Alle indikatorer
B: Den ældre patient	Alder over 85 år som <u>ikke</u> bor på plejehjem	Alle indikatorer
C: Patienten i døgnpleje	Aktuel adresse på privat eller offentligt plejebolig med døgnpleje (almindelige plejehjem og specialdøgnpleje)	Alle indikatorer
D: Patienten med svær, psykiatrisk sygdom	Hospitalsbaseret diagnose fra psykiatrien med skizofreni eller bipolar lidelse indenfor de seneste 10 år	Alle indikatorer
E: Patienten som ankommer ifm med travlhed	Defineres som ankomst på de 10% af årets dage, hvor der ankommer flest patienter ift. ugedagsnormen i afdelingen	Alle indikatorer
F: Triage	Hastegradsvurdering (triage) ved ankomst til hospital: Rød, orange, gul, grøn, blå	Indikator 1,2,3

4. Afrapportering og datagrundlag

4.1 Ugentlige og månedlige afrapporteringer

Ugentlig og månedlig levering af data fra DAH sker via KKA til regionernes ledelsesinformationssystemer. RKKP får leveret data fra de forskellige sundhedsregistre, der relaterer sig til de indikatorer, der ønskes monitoreret i databasen. På nuværende tidspunkt leverer sundhedsregistrene data til RKKP månedligt, men der planlægges hyppigere opdateringskadence i leverancerne fra Sundhedsdatastyrelsen i løbet af 2022. Opdateringskadcenen i de centrale registre (LPR, CPR, SMR, MiBa) varierer, hvilket kan have indflydelse på de data, der præsenteres for brugerne.

Aktuel viden er et vigtigt grundlag for kliniske og ledelsesmæssige beslutninger. Derfor er det en af de højeste prioriteter i RKKP at levere tidstro data med klinisk relevans, så pleje og behandling kan følges og eventuelle forbedringsindsatser sættes i værk. RKKPs mål er at kunne processere data i løbet af en arbejdsdag fra data modtages til de udstilles til brugerne.

Sammensætningen af et godt indicatorsæt, som leverer data på daglig og månedlig basis, afhænger af både målgruppe og formål med monitoreringen. Da ressourcerne til kvalitetsudviklingen typisk er begrænsede, er det afgørende at fokusere på begrænsede essentielle områder. For at sikre den kliniske forankring og anvendelse, er den kliniske relevans og det tilhørende engagement afgørende for indsatsen. Dialogen om nødvendige data i de løbende afrapporteringer vil være et fokuspunkt for styregruppen.

4.2 Årlige afrapporteringer

Der udarbejdes årligt en samlet årsrapport, der indeholder indikatorresultater for hele landet, for de fem regioner og for de enkelte hospitaler. Opgørelsesperioden for årsrapporterne for DAH vil også fremadrettet være kalenderåret. Årsrapportresultaterne for indikatorerne leveres til regionerne i Kliniske Kvalitetsdatabasers Afrapporteringsmodel (KKA) så de hospitaler, der har patientbehandlingsansvaret, har mulighed for at følge op på resultaterne i årsrapporterne på afdelingsniveau og ned på CPR-niveau.

Årlige afrapporteringer fra DAH giver – i modsætning til de månedlige og på sigt daglige leverancer, som leveres på afdelingsniveau til ledelsesinformationssystemerne – mulighed for en ensartet national monitorering af kvaliteten, og i forlængelse heraf for benchmarking og læring på tværs af landet.

Årligt i forbindelse med årsrapportprocessen udarbejdes følgende supplerende analyser, opgørelser og supplerende visninger af resultaterne:

Supplerende opgørelser for definerede subgrupper

Supplerende til indikatorresultaterne, der opgøres for alle akutte patienter, opgøres indikatorerne stratificeret på de 6 subgrupper som fremgår af afsnit 3.2.

Supplerende opgørelse ud fra patientens bopælskommune

Supplerende til indikatorresultaterne, der opgøres på hospitalsniveau ud fra behandlende afdeling, opgøres indikatorresultaterne ud fra patientens bopælskommune. Disse supplerende opgørelser vises dels i tabelform og dels med visning ud fra Danmarkskort.

Boblediagram

Boblediagrammet er en supplerende visningsform, hvor resultaterne fremvises i et grafisk overblik på hhv. afdelingsniveau, hospitalsniveau, regionalt niveau, kommunalt niveau og subgruppeniveau.

Resultaterne fra de supplerende analyser og opgørelser afrapporteres i årsrapporterne, og vil ikke – i første omgang – være en del af det årsrapportdatasæt, der leveres til regionerne i KKA.

4.3 Datakilder

Landspatientregisteret (LPR) under Sundhedsdatastyrelsen:

Sundhedsdatastyrelsen samler alle informationer om undersøgelser og behandlinger på sygehuse i Landspatientregisteret.

Det Centrale Personregister (CPR) under Sundhedsdatastyrelsen:

Det Centrale Personregister er et landsdækkende folkeregister og indeholder grundlæggende personoplysninger om enhver, der har et personnummer.

Sygehusmedicinregistret (SMR) under Sundhedsdatastyrelsen:

Sygehusmedicinregistret er en ny datakilde for RKKP og et register, der indeholder udvalgte oplysninger om medicinering på de offentlige sygehuse fx oplysninger om patienten, præparatet, ordinationen, administrationen og diagnoser relateret til medicineringen. Oplysningerne tager udgangspunkt i registrering af lægemiddeladministrationer i de regionale medicinmoduler.

Laboratoriedatabasen under Sundhedsdatastyrelsen:

Laboratoriedatabasen indeholder detaljerede oplysninger om laboratorieundersøgelser foretaget på landets større klinisk biokemiske og kliniske immunologiske laboratorier.

Den danske mikrobiologidatabase (MiBa):

I de klinisk mikrobiologiske afdelinger analyseres prøver fra både hospitaler og praksis sektoren. Laboratoriernes IT-systemer er koblet til MiBa, så kopi af alle prøvesvar bliver automatisk sendt til MiBa. MiBa-data er en ny datakilde for RKKP.

Andre godkendte kliniske kvalitetsdatabaser:

Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud (DRHOFTEBRUD), Dansk Apopleksiregister (DAP), Dansk Register for Akut Koronart Syndrom (DanAKS), Dansk Hjerteregister (DHRReg), Akut Kirurgi Databasen (AKDB).

Danmarks Statistik:

Danmarks Statistik er det centrale statistikkontor i Danmark. Det opsamler alle samfundets statistiske oplysninger til brug i administrationen, i forskning, undervisning mv.

Det bemærkes, at resultaterne til de supplerende opgørelser for subgruppe B og C udarbejdes som særskilte analyser foretaget på Danmarks Statistiks analyseplatform. Disse data vil ikke under nuværende rammer være en del af den kliniske kvalitetsdatabase, og vil ikke være tilgængelige for forskningsudtræk.

4.4 Fokusområder fremadrettet

Data fra Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden er den tidligere fysiske lægevagtskonsultation en del af det enkelte hospitals akutafdeling, og registrering og dokumentation sker i hospitalets system på lige fod med henvisninger til akutafdelingen.

I de øvrige regioner, hvor mange fysiske lægevagtkonsultationer også ligger i, eller tæt ved hospitalerne, registreres de fysiske konsultationer i lægevagts system, og dermed ikke som akutte hospitalskontakter. I Region Hovedstaden sker enhver fysisk akutkonsultation på hospitalerne og registreres som akutte hospitalskontakter. Dette forhold medfører, at man ikke – med baggrund i den nuværende registrering - kan anvende resultaterne vedr. mortalitet og genhenvendelse, til benchmarking mellem regioner, sygehuse eller afdelinger i Region Hovedstaden og landets øvrige 4 regioner, da populationen af patienter med akutte hospitalskontakter i Region Hovedstaden må antages at være karakteriseret ved lavere sygdomsalvorlighed. Styregruppen er opmærksom på problemstillingen og vil afdække løsningsforslag. Dette kan involvere statistisk justering af estimaterne så der tages højde for forskelle i populationernes sygdomsalvorlighed.

Data fra regionale EPJ systemer

Opgørelserne for tid til set af læge, tid til set af speciallæge samt registrering af smertescore og triagering kræver adgang til data fra de regionale EPJ-systemer. Vurderet ud fra såvel et klinisk som et ressourcemæssigt synspunkt vurderer styregruppen ikke, at der kan argumenteres for en løsning med registrering til Landspatientregistret (LPR) til de 1.7 mill. akutte kontakter. I akutsystemet koder man ikke i forvejen disse procedurer i LPR.

Data fra den Præhospitale Patient Journal (PPJ) via Præhospitalsdatabasen

Præhospitalsdatabasen planlægger udvidelse, hvorefter det forventes at data kan ansøges derfra. Med data fra præhospitalsdatabasen bliver det muligt for DAH at belyse kvaliteten af det samlede akutte patientforløb på tværs af indsatsen på hospitalet og i præhospitalet. Data fra præhospitalsdatabasen skal bruges til supplerende analyser for indikator 4, 6, 7 og 8. Til indikator 5 (Tid fra hospitalsankomst til antibiotika hos patienter, der opfylder sepsiskriterier indenfor 12 timer efter ankomst) skal data fra præhospitalsdatabasen bruges til at definere om patienten har organsvigt og dermed afgrænse sepsispopulationen.

5. Beregningsregler

5.1 Indikatorer

Indikatornavn	Indikator population (nævner)	Definition af tæller	Nøglevariable (datakilder)	Ekskluderede	Data til rådighed
1a: Korttidsmortalitet efter akut hospitalsforløb af ≥ 12 timers varighed (standardiseret mortalitetsratio)	Alle akutte hospitalsforløb ≥ 12 timers varighed	Død indenfor 7 dage efter ankomst til hospital	Status (CPR registeret)	Ugyldigt CPR	Nu
1b: Korttidsmortalitet efter akut hospitalsforløb af > 1 og < 12 timers varighed	Alle akutte hospitalsforløb > 1 og < 12 timers varighed	Død indenfor 7 dage efter ankomst til hospital			
2: Genhenvendelse efter afsluttet kortvarig akut hospitalsforløb	Alle akutte hospitalsforløb af < 24 timers varighed, hvor patienten var i live på udskrivelsesdagen	Ny akut hospitalskontakt indenfor 72 timer efter udskrivelse	Hospitalskontakter (Landspatient Registeret (LPR))	Død på udskrives dagen Forløb af < 24 timers varighed	Nu
3. Tid fra hospitalsankomst til første afsluttede lægenotat	Alle akutte hospitalskontakter	Tid til første afsluttede lægenotat er registreret	Lægenotat (Regionale EPJ systemer)	Ugyldigt CPR	Via webserver fra EPJ systemerne til RKKP

Indikatornavn	Indikator population (nævner)	Definition af tæller	Nøglevariable (datakilder)	Ekskluderede	Data til rådighed
4a: Andel patienter der får registreret en smertescore indenfor 12 timer efter ankomst	Alle akutte hospitalskontakter	Kontakter med registreret smertescore indenfor 12 timer efter ankomst	Vurdering af smerte (Regionale EPJ systemer) Smertestillende præparater, ATC: N02*, M01A*, M03BB*, M03BX* eller R05DA04* (Sygehusmedicin-registeret (SMR))	Ugyldigt CPR	Regionale EPJ systemer. Via webservice fra EPJ systemerne til RKKP SMR: Indenfor kort tidshorisont
4b: Tid fra hospitalsankomst til smertebehandling	Alle akutte hospitalskontakter	Tid fra ankomst til administration af smertestillende præparat			
5: Tid fra hospitalsankomst til antibiotika hos patienter der opfylder sepsiskriterier indenfor 12 timer efter ankomst	Alle akutte hospitalskontakter med erkendt sepsis defineret ved infektion med organ-påvirkning, bloddyrkning og påbegyndt antibiotikabehandling indenfor 12 timer efter hospitalsankomst	Tid fra hospitalsankomst til administration af antibiotika	Bloddyrkning udført (Den danske mikrobiologi-database (MiBa)) Antibiotika, ATC: J04* og P01AB* (SMR) <i>Organsvigt baseret på hospitalskontakt:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Lunger: PaO₂<8.4 kPa eller saturation<91% og ikke kendt KOL. (PaO₂: LABKA, saturation: EPJ) • Cirkulation: Systolisk blodtryk <100 mm Hg eller laktat >4 (blodtryk: EPJ, Laktat: LABKA) • Cerebralt: Glasgow Coma Scale (GCS) Score 14 eller AVPU=V eller lavere (EPJ) • Koagulation: Trombocytal <100×10⁹/L og tidligere trombocytal >100×10⁹/L eller aldrig tidligere registreret. (LABKA) • Lever: Bilirubin >33 µmol/L og tidligere bilirubin <33 µmol/L eller aldrig tidligere registreret. (LABKA) • Nyre: Creatinine>171 µmol/L og tidligere creatinine <171 µmol/L eller aldrig 	Ugyldigt CPR Alder < 18 år	LABKA: Indenfor kort tidshorisont Regionale EPJ systemer: Via webservice fra EPJ systemerne til RKKP Præhospitalsdatabase: Ønskes fremskaffet

Indikatornavn	Indikator population (nævner)	Definition af tæller	Nøglevariable (datakilder)	Ekskluderede	Data til rådighed
			tidligere registreret (LABKA) <i>Organsvigt baseret på præhospital kontakt:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Systolisk blodtryk • Respirations frekvens • GCS eller CNS status fx. AVPU (alert, voice, pain, unresponsive scale) • Saturation og givet O2 (Præhospitalsdatabasen) 		
6: Tid fra hospitalsankomst til operation for hofte­nær fraktur hos patienter der ankommer med hofte­nær fraktur	Alle akutte hospitalskontakter med A-diagnose og operativt indgreb for hofte­nær fraktur	Tid til operationstidspunkt	Population og procedurekoder for operation (Dansk Tværfagligt Register for Hofte­nære Lårbensbrud)	Ugyldigt CPR Alder < 65 år	Nu
7a: Tid fra hospitalsankomst til trombolyse for patienter med iskæmisk stroke – for patienter der er præhospitalt visiteret til direkte ankomst på et trombolysecenter	Patienter der er behandlet akut med trombolyse for akut iskæmisk stroke og initialt er modtaget på et trombolysecenter.	Tid fra starttidspunkt for det akutte hospitalsforløb til trombolyse-tidspunkt	Population og procedurekoder for trombolyse (Dansk Apopleksi-register)	Ugyldigt CPR	Nu
7b: Tid fra hospitalsankomst til trombolyse for patienter med iskæmisk stroke – for patienter hvis første kontakt er på FAM eller anden afdeling	Patienter der er behandlet akut med trombolyse for akut iskæmisk stroke der initialt ikke er modtaget på trombolysecenter.	Tid fra starttidspunkt for det akutte hospitalsforløb til trombolyse-tidspunkt			

Indikatornavn	Indikator population (nævner)	Definition af tæller	Nøglevariable (datakilder)	Ekskluderede	Data til rådighed
8a: Tid fra hospitalsankomst til PCI for patienter med STEMI – for patienter der er præhospitalt visiteret til direkte ankomst på et PClenhed	Patienter med STEMI der er behandlet akut med PCI og initialt er modtaget på PCI-enhed	Tid fra starttidspunkt for det akutte hospitalsforløb til PCI behandling	Population og procedurekoder for PCI (Dansk Register for Akut Koronart Syndrom)	Ugyldigt CPR	Nu
8b: Tid fra hospitalsankomst til PCI for patienter med STEMI – for patienter hvis første kontakt er på FAM eller anden afdeling	Patienter med STEMI der er behandlet akut med PCI og initialt ikke er modtaget på PCI-enhed	Tid fra starttidspunkt for det akutte hospitalsforløb til PCI behandling			
9a: Tid fra hospitalsankomst til kirurgi ved højrisiko abdominalkirurgi	Patienter der er behandlet akut med højrisiko abdominal kirurgi	Tid fra starttidspunkt for det akutte hospitalsforløb til operationsstart for højrisiko abdominal kirurgi	Population og procedurekoder for operation og CT scanning (Akut Kirurgi Databasen)	Ugyldigt CPR Alder < 18 år	Nu
9b: Tid til CT scanning af abdomen forud for akut højrisiko abdominalkirurgi	Patienter der er behandlet akut med højrisiko abdominal kirurgi	Tid fra starttidspunkt for det akutte hospitalsforløb til CT scanning udført inden højrisiko abdominal kirurg			

5.2 Subgrupper

Subgruppe	Definition	Nøglevariable (datakilder)	Opgøres for	Data til rådighed
A: Patienten med flere, konkurrerende lidelser	Charlson co-morbiditets index >3	Hospitalskontakter og diagnosekoder (LPR)	Alle indikatorer	Nu
B: Den ældre patient	Alder over 85 år som <u>ikke</u> bor på plejehjem	Alder (LPR) og bosiddende på plejehjem (Danmarks Statistik)	Alle indikatorer	Ønskes fremskaffet
C: Patienten i døgnpleje	Aktuel adresse på privat eller offentligt plejebolig med døgnpleje (almindelige plejehjem og specialdøgnpleje)	Bosiddende på plejehjem (Danmarks Statistik)	Alle indikatorer	Ønskes fremskaffet
D: Patienten med svær, psykiatrisk sygdom	Hospitalsbaseret diagnose fra psykiatrien med skizofreni eller bipolar lidelse inden for de seneste 10 år	Diagnoser for skizofreni: (DF20*) og bipolar affektiv sindslidelse (DF30-31*) (LPR)	Alle indikatorer	Nu
E: Patienten som ankommer ifm med travlhed	Defineres som ankomst på de 10% af årets dage, hvor der ankommer flest patienter ift. ugedagsnormen i afdelingen.	Hospitalskontakter (LPR)	Alle indikatorer	Nu
F: Triage	Hastegradsvurdering (triage) ved ankomst til hospital: Rød, orange, gul, grøn, blå	Triage-kategorier (Regionale EPJ systemer)	Indikator 1,2,3	Via webservice fra EPJ systemerne til RKKP

