

# Præhospitalsdatabsen

## Årsrapport 2023

Opgørelsesperiode: 1. juli 2023 – 30. juni 2024

Version: Endelig version til offentliggørelse

Dato for offentliggørelse: 18.12.2024



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

**Præhospitalsdatabasen**

© RKKP 2024

**Udarbejdet af:**

Rapportens analyser er udarbejdet af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) ved RKKP's Videncenter. Rapporten er auditeret og kommenteret af styregruppen

**Formand for databasen:**

Formandskabet for Præhospitalsdatabasen udgøres af Professor, overlæge , lægelig leder af akutlægebilen i Odense, Søren Mikkelsen og Paramediciner Lars Borup.

**RKKP's kontaktperson:**

Kvalitetskonsulent, Julie Andersen, Hedeager 3 • DK-8200 Aarhus N. Tlf. +45 2478 7018, e-mail: [juland@rkkp.dk](mailto:juland@rkkp.dk)

**Udgiver:**

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram  
Hedeager 3  
8200 Aarhus N

[www.rkkp.dk](http://www.rkkp.dk)

Versionsdato: 2024.12.18

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

# Indhold

Konklusioner og anbefalinger	4
Oversigt over alle indikatorer	5
Oversigt over de samlede indikatorresultater	7
Indikatorresultater	9
Indikator 1: Dansk Indeks	9
Indikatoren og standarden bibeholdes. Indikator 2: Genhenvendelse efter telefonisk afslutning	13
Indikator 3: Genhenvendelse efter skadestedsafslutning	17
Indikator 4: Tid til revaskulering	20
Indikator 5: Gyldigt CPR-nummer	23
Indikator 6: Smertestillende medicin	27
Indikator 7: Bevidstløse patienter som har fået målt blodsukker	30
Indikator 8: Blodsukkerbehandling	33
Indikator 9: Tid til første ankomst ved muligt hjertestop	36
Indikator 10: Tid ankomst læge muligt hjertestop	39
Indikator 11: Tid ankomst hovedskade	42
Indikator 12: Tid ankomst læge ved hovedskade	45
Indikator 13: Dyspnø	48
Supplerende opgørelser	48
Dansk Indeks; supplerende til indikator 1	48
Supplerende analyse til indikator 1: Andel af patienter, hvor der er foretaget en kodning i overensstemmelse med Dansk Indeks for Akuthjælp, hastegrad A-C	52
Supplerende analyse til indikator 1: Andel af patienter, hvor der er foretaget en kodning i overensstemmelse med Dansk Indeks for Akuthjælp, hastegrad D-F	54
Supplerende analyse til Indikator 2: Andelen af patienter afsluttet telefonisk.	56
Supplerende analyse til Indikator 3: Andelen af patienter afsluttet på skadestedet	58
Hastegrader; supplerende til indikator 6	60
Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	68
Årsrapporten kort fortalt	72
Datagrundlag	74
Regionale kommentarer	77

# Konklusioner og anbefalinger

Præhospitalsdatabasen omfatter i år data for 440.139 opkald til de danske vagtcentraler, hvilket er stort set uændret i forhold til sidste år. Styregruppen for RKKPs Præhospitalsdatabase glæder sig over, at responstid som kvalitetsparameter træder mere i baggrunden og i højere grad erstattes af patientcentrerede kvalitetsmål frem for simple procesindikatorer.

En vigtig forudsætning for at kunne rapportere på resultatindikatorer er, at den enkelte patient kan identificeres i data. Dette er opnået ved 88,3 % af alle opkald til vagtcentralerne, og andelen er langsomt stigende år for år. Dette er tilfredsstillende, omend der fortsat ses mindre regionale forskelle.

Det præhospitale system kan primært påvirke de præhospitale elementer af patientforløbets kvalitet. For patienterne er det imidlertid ofte irrelevant, hvor i behandlingsforløbet et eventuelt kvalitetsbrist måtte opstå. Dette betyder, at en vurdering af behandlingskvaliteten kan kræve inddragelse af elementer fra både almen praksis og hospitalssektoren samt overvejelser om geografi, transportmetode til hospitalet og patienternes egne beslutninger om hvornår de ringer 112 ("patient delay"). Denne bredere vurdering har særlig relevans i forhold til vurdering og behandling af stroke og andre komplekse akutte tilstande.

I forhold til variationen i resultaterne på tværs af regionerne ses der fortsat visse regionale forskelle i resultaterne for kliniske indikatorer, som for eksempel stroke, hvilket understreger vigtigheden af løbende auditering og kvalitetssikring på regionalt plan. Styregruppen ser også en væsentlig fordel i at fremme udviklingen af kliniske indikatorer, der målrettet fokuserer på specifikke akutte tilstande, hvor præcis og rettidig indsats kan have afgørende betydning for patientens outcome.

## Anbefalinger

Styregruppen anbefaler, at Præhospitalsdatabasen fortsat bygger på journaldata, der er indsamlet i realtid, selvom det præhospitale arbejde ofte indebærer høj travlhed og akutte situationer. Datakvaliteten vil kunne styrkes ved at anvende et elektronisk journalsystem, som er intuitivt og ergonomisk veludformet. Styregruppen anbefaler også adgang til de nødvendige hospitalssystemer og relevante registre, så vigtige oplysninger hurtigt kan fremsøges under præhospital indsats.

Denne adgang bliver særlig relevant efter, at det er blevet muligt for borgere over 60 år at fravælge genoplivning ved hjertestop. Etisk set bør det være muligt at tilgå sådanne livskritiske oplysninger inden for kort tid (30-60 sekunder) for at sikre, at behandlingsbeslutninger er baseret på de mest opdaterede og relevante oplysninger. Derfor anbefaler styregruppen, at udbudsarbejdet omkring et nyt præhospitalt journalsystem fokuserer på enkelhed og brugervenlighed samt på adgang til alle relevante registre. Med henblik på en mere fuldstændig dataregistrering og forbedret mulighed for at evaluere kvaliteten af behandlingen anbefaler styregruppen, at der oprettes en journal allerede ved første kontakt med patienten, dvs. i AMK-vagtcentralen.

## Afsluttende bemærkninger om kliniske indikatorer

For at styrke det kliniske fokus på patientresultater arbejder styregruppen i øjeblikket på at udvikle yderligere kliniske indikatorer, herunder en indikator for dyspnø. Formålet er at kunne analysere og forbedre indsatsen for patienter med denne livstruende tilstand, som ofte kræver akut præhospital behandling.

## Oversigt over alle indikatorer

Indikator	Type	Format	Standard	ID
Indikator 1: Andel af patienter hvor der er kodet korrekt i overensstemmelse med Dansk Indeks, dvs. der skal være registreret bogstav (A-E) og fire gyldige cifre som parvis skal være > 00.	Struktur	Andel	≥ 95 %	PHDB_44_002
Indikator 2: Andel afsluttede patienter telefonisk (med gyldigt cpr-nummer), der har fornyet kontakt til AMK-vagtcentralen (cpr-nummer optræder i nyt opkald til 112) indenfor 24 timer.	Struktur	Andel	≤ 5 %	PHDB_49_001
Indikator 3: Andel patienter afsluttet på skadessted (med gyldigt cpr-nummer), der har ny kontakt til AMK-vagtc. Indenfor 24 timer, hvor responet er A,B med indbringelse på hospital.	Struktur	Andel	2 - 8 %	PHDB_69_001
Indikator 4: Tid fra modtagelse af opkald ved AMK-vagtcentral til trombolysse eller endovaskulær behandling for patienter med akut iskæmisk apopleksi som modtager en af disse behandlinger.	Proces	Median		PHDB_58_001
Indikator 5: Andelen af patienter med 112-opkald, hvor korrekt dansk CPR-nummer er registreret	Struktur	Andel	≥ 90 %	PHDB_46_001
Indikator 6: Andel 112-patienter med svære smerter (NRS-score > 5), der får smertestillende medicin	Struktur	Andel		PHDB_70_001
Indikator 7: Andel bevidstløse 112-patienter (3 < GCS < 9), der har fået målt blodsukker	Struktur	Andel		PHDB_55_001
Indikator 8: Andel bevidstløse 112-patienter med hypoglykæmi, der har fået behandling for lavt blodsukker	Struktur	Andel	≥ 95 %	PHDB_56_002
Indikator 9: Tid til ankomst af første professionelle præhospitale indsatsenhed hos (voksne) patienter med muligt hjertestop (≥ 18 år)	Proces	Median		PHDB_61_001
Indikator 10: Tid til ankomst af første læge hos (voksne) patienter med muligt hjertestop (≥ 18 år)	Proces	Median		PHDB_71_001
Indikator 11: Tid til ankomst af præhospital indsatsenhed hos bevidstløse patienter med mulig alvorlig hovedskade	Proces	Median		PHDB_72_001

---

Indikator	Type	Format	Standard	ID
Indikator 12: Tid til ankomst af præhospital indsatsenhed (læge) hos bevidstløse patienter med mulig alvorlig hovedskade	Proces	Median		PHDB_73_001

---

## Oversigt over de samlede indikatorresultater

Nedenstående tabel viser en oversigt over de samlede indikatorresultater på landsplan, samt de to tidligere års indikatorresultater.

Indikator	Indikatoropfyldelse				
	Uoplyst		2022/2	2021/2	
	Standard	%	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Indikator 1: Andel af patienter hvor der er kodet korrekt i overensstemmelse med Dansk Indeks, dvs. der skal være registreret bogstav (A-E) og fire gyldige cifre som parvis skal være > 00.	≥ 95	0	88,3 (88,2-88,4)	88,8	83,0
Indikator 2: Andel afsluttede patienter telefonisk (med gyldigt cpr-nummer), der har fornyet kontakt til AMK-vagtcentralen (cpr-nummer optræder i nyt opkald til 112) indenfor 24 timer.	≤ 5	30	9,9 (9,7-10,1)	8,8	7,9
Indikator 3: Andel patienter afsluttet på skadessted (med gyldigt cpr-nummer), der har ny kontakt til AMK-vagtc. Indenfor 24 timer, hvor responset er A,B med indbringelse på hospital.	2	- 8	9	2,0 (1,9-2,1)	
Indikator 4: Tid fra modtagelse af opkald ved AMK-vagtcentral til trombolysse eller endovaskulær behandling for patienter med akut iskæmisk apopleksi som modtager en af disse behandlinger.		0	92,0 (74,0-117,0)	88,0	91,0
Indikator 5: Andelen af patienter med 112-opkald, hvor korrekt dansk CPR-nummer er registreret	≥ 90	0	88,4 (88,3-88,5)	87,7	86,2
Indikator 6: Andel 112-patienter med svære smerter (NRS-score > 5), der får smertestillende medicin		87	66,4 (65,9-66,8)	66,0	

Indikator	Standard	%	Indikatoropfyldelse			
			Uoplyst	01.07.2023 - 30.06.2024	2022/2	2021/2
					Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Indikator 7: Andel bevidstløse 112-patienter (3 < GCS < 9), der har fået målt blodsukker		98		83,9 (82,7-85,1)	83,3	83,2
Indikator 8: Andel bevidstløse 112-patienter med hypoglykæmi, der har fået behandling for lavt blodsukker	≥ 95	24		90,9 (86,9-94,1)	88,7	91,9
Indikator 9: Tid til ankomst af første professionelle præhospitale indsatsenhed hos (voksne) patienter med muligt hjertestop (≥ 18 år)		6		8,0 (6,0-11,0)	8,0	8,0
Indikator 10: Tid til ankomst af første læge hos (voksne) patienter med muligt hjertestop (≥ 18 år)		5		15,0 (9,0-22,0)	14,0	14,0
Indikator 11: Tid til ankomst af præhospital indsatsenhed hos bevidstløse patienter med mulig alvorlig hovedskade		99		9,0 (6,0-12,0)	9,0	9,0
Indikator 12: Tid til ankomst af præhospital indsatsenhed (læge) hos bevidstløse patienter med mulig alvorlig hovedskade		100		23,5 (13,0-37,0)	19,0	20,0



## Indikatorresultater

I dette afsnit gennemgås resultaterne for de enkelte indikatorer. Hver indikator indledes med en kort beskrivelse af datagrundlaget, herefter følger en præsentation af resultat efterfulgt af diskussion og vurdering af indikatorens implikation.

### Indikator 1: Dansk Indeks

#### Prosabeskrivelse

Andel af patienter, hvor der er kodet korrekt i overensstemmelse med Dansk Indeks, dvs. der skal være registreret bogstav (A-E) og fire gyldige cifre som parvist skal være >00.

<b>Tæller</b>	Antal patienter hvor der er mindst ét gyldigt Dansk Indeks registreret, dvs. med bogstav A-E og fire cifre som parvist er >00.
<b>Nævner</b>	Antal patienter med 112-opkald.
<b>Uoplyste</b>	Opkald, hvor Dansk Indeks mangler
<b>Ekskluderede</b>	-
<b>Standard</b>	≥ 95 %

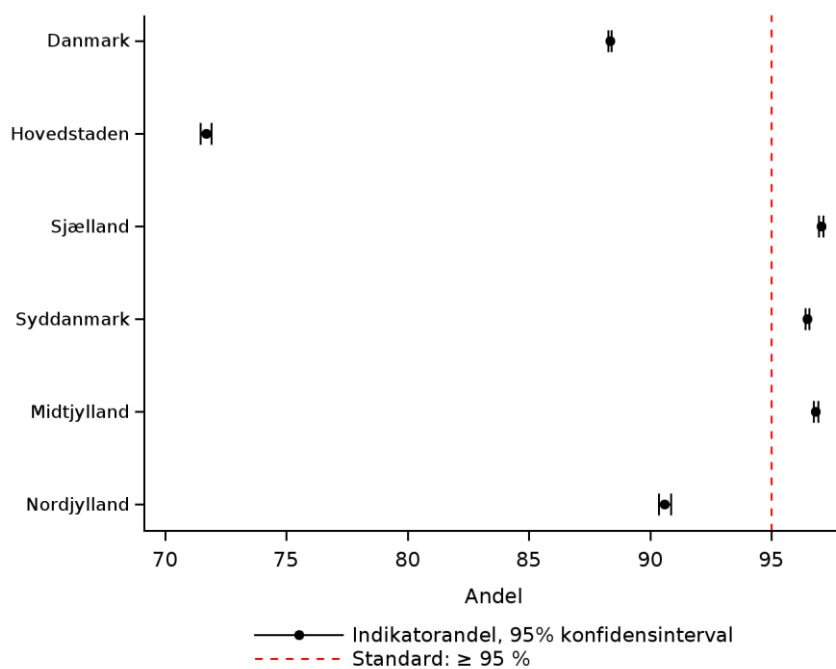
Se Faktaboks 1: Dansk Indeks for Akuthjælp på side 68.

**Indikator 1: Andel af patienter, hvor der er kodet korrekt i overensstemmelse med Dansk Indeks, dvs. der skal være registreret bogstav (A-E) og fire gyldige cifre som parvist skal være >00.**

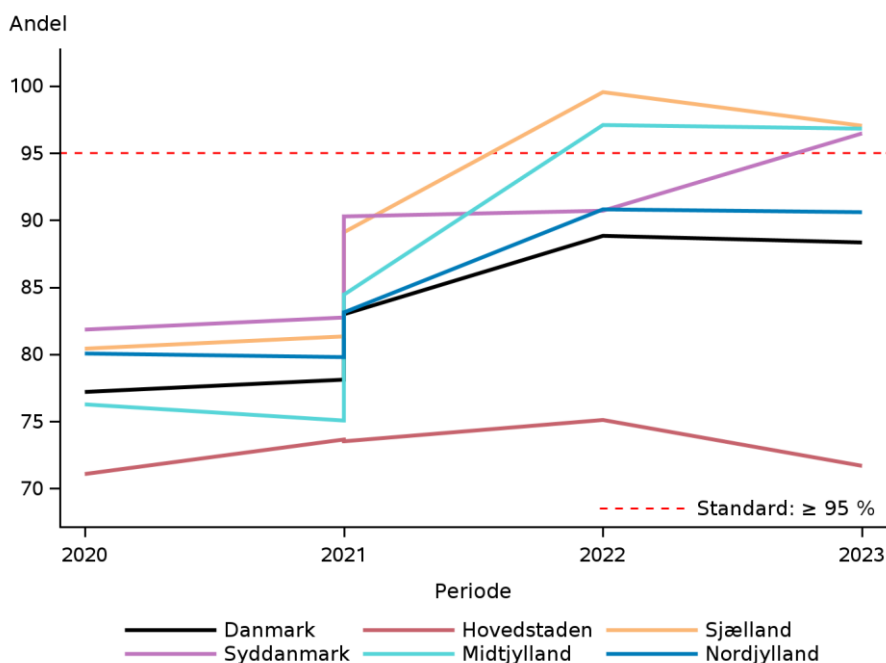
	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år 01.07.2023 - 30.06.2024		Tidligere år		
	≥ 95%	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2022/23		2021/22
	opfyldt		(%)			Antal	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Nej	387.024 / 438.121	2018 (0)	88,3	(88,2-88,4)	395.340 / 445.052	88,8	83,0
<b>Hovedstaden</b>	Nej	97.444 / 135.938	912 (1)	71,7	(71,4-71,9)	100.454 / 133.756	75,1	73,5
<b>Sjælland</b>	Ja	78.512 / 80.910	0 (0)	97,0	(96,9-97,2)	82.474 / 82.853	99,5	89,1
<b>Syddanmark</b>	Ja	92.879 / 96.282	0 (0)	96,5	(96,3-96,6)	89.461 / 98.632	90,7	90,3
<b>Midtjylland</b>	Ja	77.057 / 79.588	1106 (1)	96,8	(96,7-96,9)	78.422 / 80.772	97,1	84,4
<b>Nordjylland</b>	Nej	41.132 / 45.403	0 (0)	90,6	(90,3-90,9)	44.529 / 49.039	90,8	83,1

	Antal	Årsag
<b>Uoplyst:</b>	2.018	Manglende Dansk Indeks.

### Indikator 1: Dansk Indeks, forest plot, regionalt niveau



### Indikator 1: Dansk Indeks trendgraf på regionalt niveau



#### Datagrundlag for indikatoren

Denne indikator er indført for at beskrive, hvor suffICIENT der registreres i forhold til Dansk Indeks.

Registrering af hastegrad (bogstav) og symptom (fire cifre) i forhold til Dansk Indeks er en opgave, som blev indført i forbindelse med etableringen af de danske AMK-vagtcentraler, for at sikre den nødvendige dokumentation af den vurdering, der sker ved den sundhedsfaglige visitation, af hvor alvorligt og hastende (hastegrad udtrykt ved bogstav A-E/F) hændelsen er. Derudover angiver cifrene vurderingen af hovedårsagen til henvendelsen, dvs. symptom eller ulykkestype (fire cifre iht. 'Dansk Indeks'). Dokumentation blev indført ved AMK-vagtcentralernes etablering efter rådgivning fra Sundhedsstyrelsen, og den udgør det minimum, der skal registreres, da det ikke er muligt at dokumentere skriftligt i større grad under samtalen. Herudover gemmes dokumentationen i form af lydlogs af samtaler.

#### Resultater af indikatoranalysen

I indikator 1 var der registreret 438.121 patienter. I seneste årsrapport indgik til sammenligning 445.052 patienter. Alle regioner, bortset fra Region Hovedstaden, har en tydelig øget registrering af Dansk Indeks siden 2020. På landsplan havde 88,3 % (95 % konfidensinterval (CI): 88,2-88,4 %) korrekt registreret 'Dansk Indeks', varierende fra 71,7 % i Region Hovedstaden til 97,0 % i Region Sjælland. Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Midtjylland opfyldte udviklingsmålet på  $\geq 95\%$  i perioden.

Der er lavet to supplerende analyser til indikator 1. Indikatoren er delt op i hastegrader sådan at A-C præsenteres separat, og D-F præsenteres separat. Tabellerne er præsenterede i afsnittene "Supplerende analyse til indikator 1:

*Andel af patienter, hvor der er foretaget en kodning i overensstemmelse med Dansk Indeks for Akuthjælp, hastegrad A-C" og "Supplerende analyse til indikator 1: Andel af patienter, hvor der er foretaget en kodning i overensstemmelse med Dansk Indeks for Akuthjælp, hastegrad D-F", og resultaterne er beskrevet her.*

Af de supplerende analyser fremgår, at for hastegraderne A-C var andelen 92,5 % nationalt. Den regionale variation gik fra 82,3 % i Region Hovedstaden til 97,9 i Region Sjælland.

For hastegraderne D-F var andelen med korrekt Dansk Indeks 82,2 %, nationalt. Regionalt varierede andelen fra 61,5 % i Region Hovedstaden til 98,7 % i Region Midtjylland.

Forest plottet til indikator 1 viser punkttestimaterne for andelen for hver region og nationalt sammen med konfidensintervallet. Trendgrafen viser udviklingen over tid for regionerne og nationalt. Her bliver den positive udvikling særligt synlig for denne indikator.

I Dansk Indeks kriterier og hastegrader, både på landsplan og fordelt på regioner får man et indtryk af henvendelsesårsager og hastegrader for alle 112-patienter. Tabel er præsenteret i appendix, i afsnittet "Dansk Indeks; supplerende til indikator 1".

## Diskussion og implikationer

### Overordnede betragtninger

Indikatoren for korrekt kodning i henhold til Dansk Indeks er en vigtig kvalitetsindikator, der sikrer dokumentation af den sundhedsfaglige visitation ved 112-opkald. Resultaterne viser, at flere regioner lever op til standarden på  $\geq 95$  %, mens andre regioner fortsat arbejder på at forbedre registreringspraksis. På landsplan ligger andelen af korrekt registrerede opkald på 88,3 %, hvilket indikerer et samlet behov for fortsat fokus på dette område.

### Datakvalitet og regionale variationer

Der ses variation i andelen af korrekt kodede opkald på tværs af regionerne, hvilket kan skyldes forskelle i arbejdsgange, it-systemernes opsætning og andre organisatoriske forhold. Det er positivt, at nogle regioner opfylder standarden, og det giver mulighed for at undersøge og dele gode erfaringer mellem regionerne.

### Implementerings- og systemmæssige udfordringer

En væsentlig udfordring er integrationen mellem de regionale ambulancedisponeringssystemer og den præhospitale patientjournal (PPJ). Især for opgaver med lavere hastegrad (D-F) er det vigtigt at sikre, at registreringen kan foretages så smidigt som muligt, så datagrundlaget bliver komplet og korrekt.

I Region Hovedstaden er man opmærksom på den manglende opfyldelse af indikatormålet og har i 2024 iværksat en indsats rettet mod de sundhedsfaglige visitatorer.

### Supplerende analyser

De separate analyser af opgaver med høj (A-C) og lav (D-F) hastegrad viser forskelle i registreringsniveauet.

Registreringen for opgaver med høj hastegrad er generelt tilfredsstillende, men for opgaver med lav hastegrad er der plads til forbedring. Dette understreger behovet for en fokuseret indsats for at understøtte korrekt registrering i alle situationer.

### Anbefalinger

- Erfaringsudveksling: Undersøg og del gode praksisser mellem regionerne for at skabe inspiration til yderligere forbedring.
- Styrket systemintegration: Arbejd på at integrere registrering af alle hastegrader direkte i PPJ for at sikre fuld journalisering og datakonsistens.
- Fortsat overvågning: Fortsæt med at overvåge udviklingen gennem trend- og supplerende analyser for at identificere områder med potentiale for forbedring.

- Uddannelse og kvalitetssikring: Overvej målrettede initiativer, der kan støtte korrekt og ensartet kodning i henhold til Dansk Indeks.

#### Vurdering af indikatorens anvendelighed

Indikatoren og standarden er fortsat relevante. Med en målrettet indsats for at reducere variation og sikre korrekt registrering på tværs af hastegrader kan man skabe et stærkere datagrundlag og bidrage til høj kvalitet i den præhospitale indsats.

## Indikator 2: Genhenvendelse efter telefonisk afslutning

### Prosabeskrivelse

Andel afsluttede patienter telefonisk (med gyldigt cpr-nummer), der har fornyet kontakt til AMK-vagtcentralen (cpr-nummer optræder i nyt opkald til 112) indenfor 24 timer (1440 minutter).

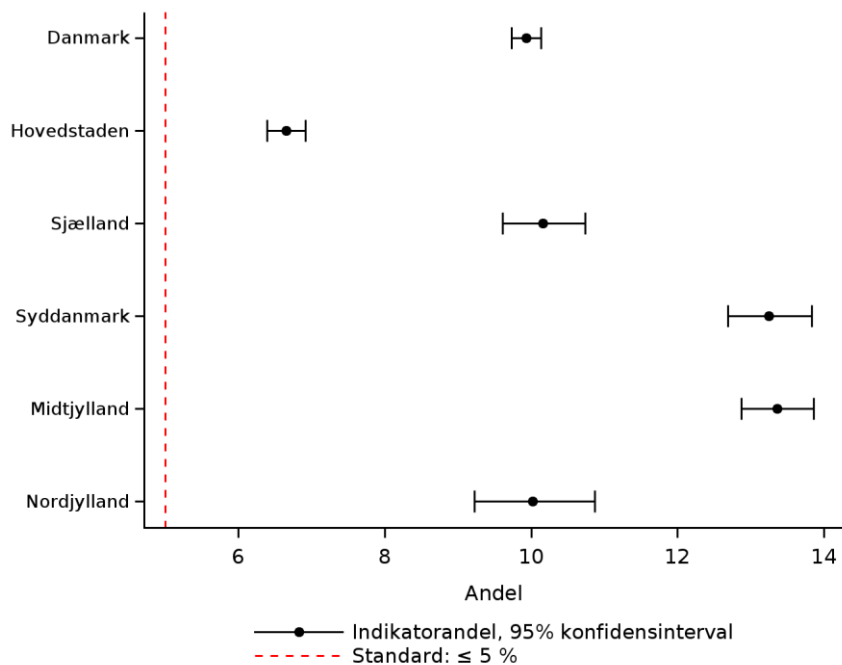
<b>Tæller</b>	Antal med ny henvendelse med samme cpr-nummer < 24 timer efter første hændelses (som var afsluttet telefonisk) start.
<b>Nævner</b>	Antal patienter med gyldigt cpr-nummer, som er afsluttet telefonisk ved primær hændelse.
<b>Uoplyste</b>	Opkald, hvor CPR-nummer er ugyldigt
<b>Ekskluderede</b>	Opkald, hvor forudgående opkald ikke er afsluttet af AMK
<b>Standard</b>	≤ 5 %

### Indikator 2: Andel afsluttede patienter telefonisk (med gyldigt cpr-nummer), der har fornyet kontakt til AMK-vagtcentralen (cpr-nummer optræder i nyt opkald til 112) indenfor 24 timer (1440 minutter)

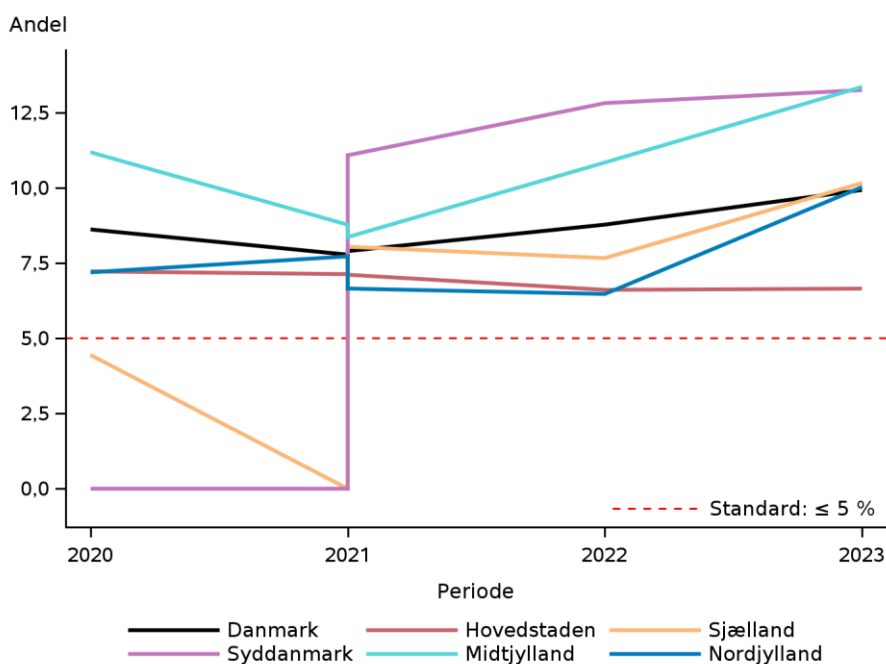
	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år		
	≤ 5%	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2022/23		2021/22
	opfyldt		(%)			Antal	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Nej	7.964 / 80.198	34001 (30)	9,9	(9,7-10,1)	6.936 / 79.015	8,8	7,9
<b>Hovedstaden</b>	Nej	2.199 / 33.063	11566 (26)	6,7	(6,4-6,9)	2.209 / 33.416	6,6	7,1
<b>Sjælland</b>	Nej	1.102 / 10.845	11488 (51)	10,2	(9,6-10,7)	522 / 6.810	7,7	8,0
<b>Syddanmark</b>	Nej	1.758 / 13.266	3234 (20)	13,3	(12,7-13,8)	1.921 / 14.987	12,8	11,1
<b>Midtjylland</b>	Nej	2.392 / 17.907	5351 (23)	13,4	(12,9-13,9)	1.844 / 17.005	10,8	8,4
<b>Nordjylland</b>	Nej	513 / 5.117	2362 (32)	10,0	(9,2-10,9)	440 / 6.797	6,5	6,7

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	325.940	Ikke afsluttet af AMK.
<b>Uoplyst:</b>	34.001	Ugyldigt Cpr. nr.

**Indikator 2: Genhenvendelse efter telefonisk afslutning, forest plot på regionalt niveau**



**Indikator 2: Genhenvendelse efter telefonisk afslutning. Trendgraf på regionalt niveau**



### Resultater af indikatoranalysen

Indikator 2 er afhængig af, at der er tilknyttet et gyldigt CPR nummer på alle opkald til 112, også dem som afsluttes i telefonen, hvilket fortsat mangler i 12 % af tilfældene (Se Supplerende analyse til Indikator 2).

På landsplan var det 9,9 % af patienterne, som var afsluttet telefonisk i den primære henvendelse, der kontaktede AMK-vagtcentralen igen indenfor 24 timer. Sidste år var andelen 8,8 %. Der er dog 30 % manglende data nationalt. Alle regioner mangler data, fra 51 % i Region Sjælland til 20 % i Region Syddanmark.

For de observationer, hvor man kender CPR-nummer, varierede andelen af genhenvendere sig fra 6,7 % i Region Hovedstaden til 13,4 % i Region Midtjylland. Ingen regioner opfyldte udviklingsmålet, da alle regioner lå, over standarden på  $\leq 5$  %.

Kontrol-diagrammet til indikator 2 viser punktestimerne for andelen for hver region og nationalt sammen med konfidensintervallet. Trend-grafen viser udviklingen over tid for regionerne og nationalt.

### Diskussion og implikationer

Indikatoren omhandler borgere, der kontakter AMK-vagtcentralen og får registreret (korrekt) CPR-nummer i en hændelse, afsluttes telefonisk, og har fornyet henvendelse til AMK-vagtcentralen inden for 24 timer, hvor deres CPR nummer registreres (korrekt) igen i en ny hændelse. Sammenholdt med andelen af manglende CPR numre vist i indikator 5, der indeholder alle 1-1-2 opkald, ses en iøjnefaldende høj andel af manglende CPR numre ved opkald, der afsluttes telefonisk. På landsplan har en tredjedel af alle opkald, der afsluttes telefonisk, ikke et gyldigt CPR nummer. Den høje andel af manglende CPR numre besværliggør korrekt måling af indikator 2, fordi indikatoren er afhængig af to enslydende CPR numre – hvis der ikke er CPR nummer på det første opkald, kan genkaldet ikke registreres. En del genkald vil derfor ikke være omfattet af indikatoren, da der ikke er registreret CPR nummer på første opkald. Dette besværliggør også sammenligning på tværs af regioner, da andelen af manglende CPR numre på opkald afsluttet telefonisk er stærkt svingende fra 20% til 51%. Indikatoren stiller også store krav til ens registrering på tværs af regioner (f.eks. at genhenvendelser registreres som ny henvendelse). Fortolkningen og registrering af indikatoren er således kompleks, og resultaterne må ses i dette lys.

Kommentar fra Region Sjælland: I Region Sjælland har man haft flere tiltag til at øge mængden af opkald, der har registreret korrekt CPR nummer. Dette er dog ikke slået igennem endnu. Det er vigtigt at få registreret korrekt CPR nummer på så mange opkald som muligt, og derfor arbejdes der fortsat med at øge antallet i Region Sjælland.

### Vurdering af indikatorens anvendelighed

Styregruppen ønsker at bibeholde indikatoren og standarden men savner et parameter: "Tilsluttet uidentificeret patient" som vil kunne anvendes, hvis patienten ikke ønsker sig identificeret eller hvis den præhospitale behandler finder, at identifikation af patienten strider mod dennes egentlige interesser.



### Indikator 3: Genhenvendelse efter skadestedsafslutning

#### Prosabeskrivelse

Andel patienter afsluttet på skadessted (med gyldigt cpr-nummer), der har fornyet kontakt til AMK-vagtcentralen (cpr-nummer optræder i nyt opkald til 112) indenfor 24 timer, hvor responset er A eller B, udløsende en indbringelse til hospitalet.

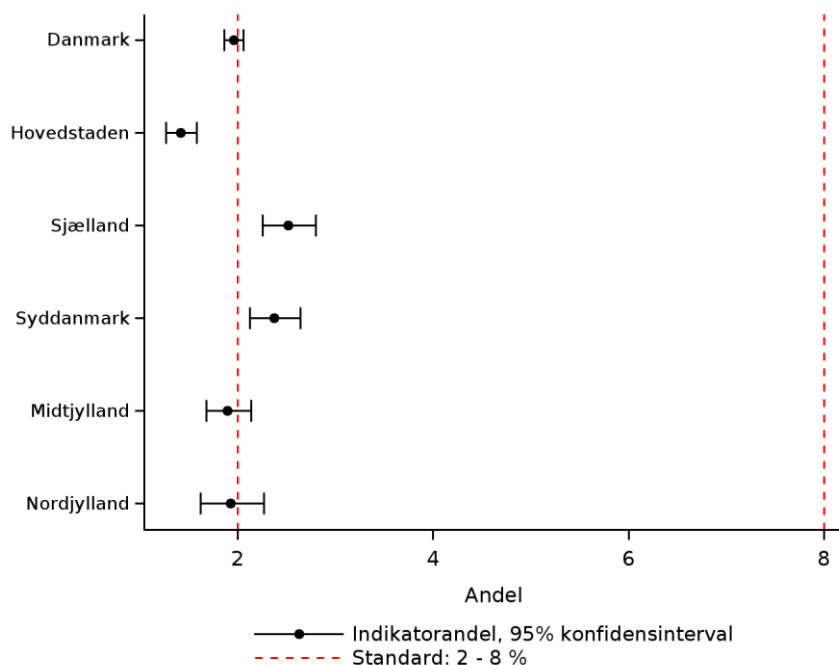
<b>Tæller</b>	Antal med ny henvendelse med samme cpr-nummer < 24 timer efter første hændelses (som var afsluttet på skadessted) start, hvor responset er A eller B på sekundære hændelse, og hvor patienten bringes til hospitalet på den sekundære hændelse.
<b>Nævner</b>	Antal patienter med gyldigt cpr-nummer, som er afsluttet på skadessted ved primær hændelse, og hvor responset på primær hændelse var A eller B jf. Dansk Indeks.
<b>Uoplyste</b>	Opkald, hvor CPR-nummer er ugyldigt, opkald hvor Dansk Indeks mangler
<b>Ekskluderede</b>	Opkald, hvor forudgående opkald ikke er afsluttet på skadestedet
<b>Standard</b>	2-8 %

**Andel patienter afsluttet på skadessted (med gyldigt cpr-nummer), der har fornyet kontakt til AMK-vagtcentralen (cpr-nummer optræder i nyt opkald til 112) indenfor 24 timer, hvor responset er A eller B, udløsende en indbringelse til hospitalet.**

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år	
	2 - 8% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.07.2023 - 30.06.2024 Andel	95% CI
<b>Danmark</b>	Nej	1.307 / 66.671	6877 (9)	2,0	(1,9-2,1)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	293 / 20.702	2173 (9)	1,4	(1,3-1,6)
<b>Sjælland</b>	Ja	312 / 12.403	1446 (10)	2,5	(2,2-2,8)
<b>Syddanmark</b>	Ja	315 / 13.270	1709 (11)	2,4	(2,1-2,6)
<b>Midtjylland</b>	Nej	253 / 13.336	1055 (7)	1,9	(1,7-2,1)
<b>Nordjylland</b>	Nej	134 / 6.960	494 (7)	1,9	(1,6-2,3)

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	366.591	Ikke afsluttet på skadestedet
<b>Uoplyst:</b>	6.877	Ugyldigt Cpr. nr.

### Indikator 3: Genhenvendelse efter skadestedafslutning, forest plot på regionalt niveau



### Indikator 3: Genhenvendelse efter skadestedafslutning. Trendgraf på regionalt niveau

Der er ikke en trendgraf til indikatoren, idet den præsenteres for første gang i denne årsrapport.

#### Resultater af indikatoranalysen

Ud af de 66.671 opkald, hvor behandlingen blev afsluttet på skadestedet, henvendte en person med samme CPR-nummer sig igen til 112 indenfor 24 timer i 1.307 tilfælde, svarende til 2 %.

Pga. afrunding, er andelen angivet til 2 %, men er ikke indenfor udviklingsmålet på 2-8 % nationalt.

Region Sjælland (2,5 %) og Region Syddanmark (2,4 %) opfylder udviklingsmålet i perioden. Region Midtjylland og Region Nordjylland ligger med 1,9 % begge ganske tæt på.

Oplysning om CPR-nummer mangler samlet set i 9 % af alle tilfælde.

#### Diskussion og implikationer

Det må anses som patientsikkert at færdigbehandle patienter på skadestedet, når kun 2% af de patienter, der efter afslutning på skadestedet, har en ny kontakt til AMK-vagtcentralen indenfor 24 timer, får tildelt en kørsel A eller B, og efterfølgende bliver bragt til hospitalet.

Indikatoren skal dog ses i lyset af den relativt store andel af patienter, der *ikke* bliver færdigbehandlet på stedet. I perioden var der således 366.591 patienter, der ikke blev færdigbehandlet på skadestedet. Dette faktum sammenholdt med den meget lille andel af patienter, der efter færdigbehandling på stedet bliver bragt til hospitalet, tyder på at der kunne være et stort potentiale for at færdigbehandle flere patienter præhospitalet. Dette taler ind i den aktuelle diskussion om vigtigheden af at undgå unødvendige indlæggelser – både for systemets og patientens skyld.

Hvis andelen af patienter færdigbehandlet på stedet stiger, må det forventes at antallet af patienter, der efter færdigbehandling på stedet bliver bragt til hospitalet, også stiger. Det er desuden værd at bemærke den relative ensartethed på tværs af regioner af den forholdsvis lille andel af patienter, der færdigbehandles på stedet. Dette kunne indikere, at der på tværs af landet eksisterer strukturelle og/eller systematiske forhold, der besværliggør præhospital færdigbehandling. Det øgede fokus på f.eks. unødvendige indlæggelser og "Vælg Kloget" må dog forventes at påvirke disse barrierer, så der i de kommende år forventes en større andel af patienter færdigbehandlet på stedet i indikator 3.

#### Vurdering af indikatorens anvendelighed

Indikator 3 er afhængig af at der er tilknyttet et gyldigt cpr nummer på patienter, hvis behandling i første omgang blev afsluttet på skadestedet. Der findes imidlertid en del patienter, som trods modtaget behandling ikke er interesseret i at identificere sig. Der kan være tale om patienter, som ikke vil identificere sig selv efter modtaget behandling for en overdosis, ligesom det må forventes, at andre patienter, som – måske mod deres vilje – ikke vurderes som værende indlæggelseskrævende, ikke vil "kvittere for behandlingen" ved at oplyse deres CPR-nummer.

Indikatoren fastholdes.

## Indikator 4: Tid til revaskulering

### Prosabeskrivelse

Tid fra modtagelse af opkald ved AMK-vagtcentral til trombolyse eller endovaskulær behandling for patienter med akut iskæmisk stroke, som modtager en af disse behandlinger.

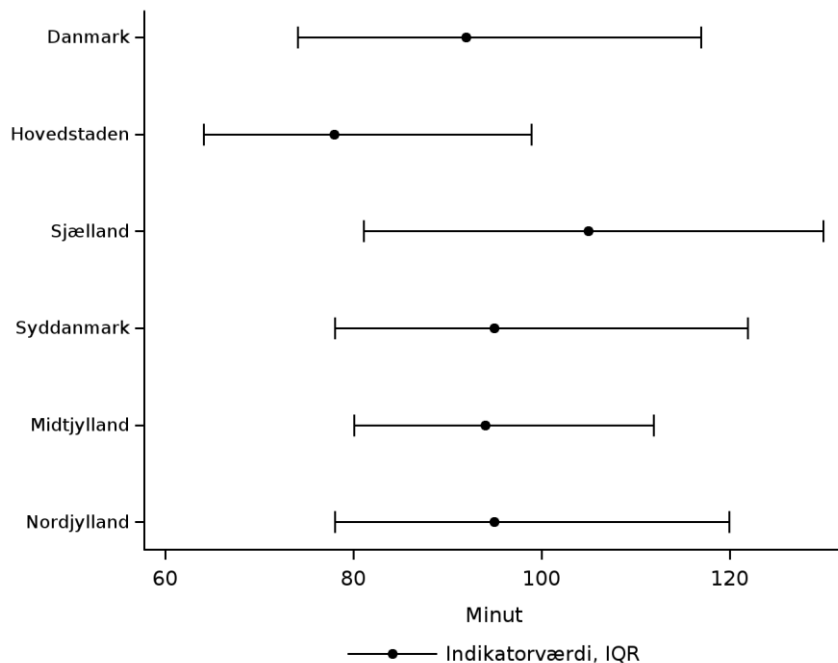
<b>Tæller</b>	Tid fra 112-opkald modtages ved AMK-vagtcentralen til start på trombolyse- eller endovaskulær behandling
<b>Nævner</b>	Alle patienter registreret med 112-opkald og i Dansk Stroke Register med trombolyse- eller endovaskulær behandling for akut iskæmisk stroke.
<b>Uoplyste</b>	
<b>Ekskluderede</b>	Opkald, hvor CPR-nummer er ugyldigt
<b>Standard</b>	Ikke fastlagt

### Indikator 4: Tid fra modtagelse af opkald ved AMK-vagtcentral til trombolyse eller endovaskulær behandling for patienter med akut iskæmisk stroke som modtager en af disse behandlinger

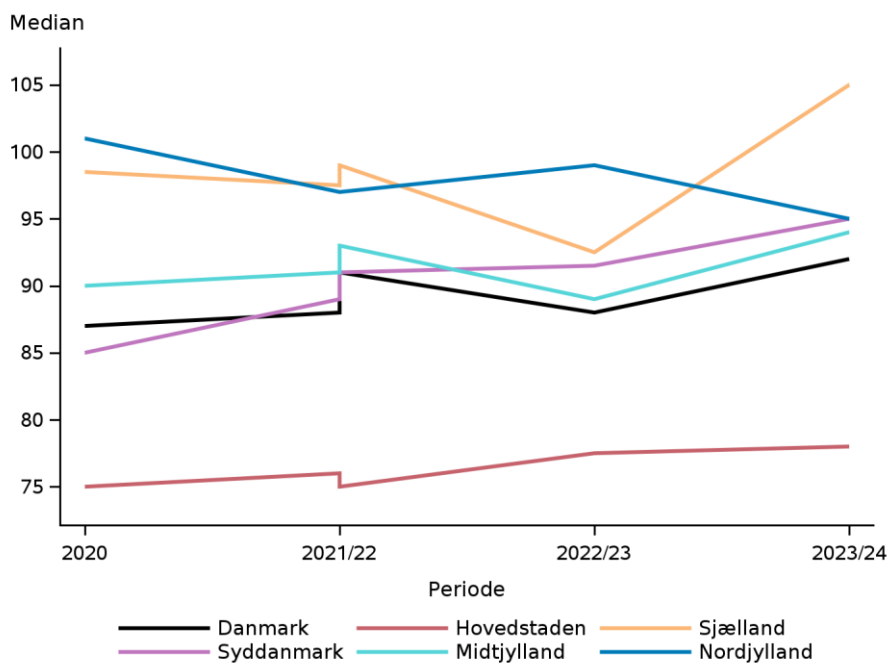
	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år			
	Standard	Antal	01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		2021/22	
	opfyldt	antal	Median	IQR	Antal	Median	Median	
<b>Danmark</b>		1.481	0 (0)	92,0	(74,0-117,0)	1.627	88,0	91,0
<b>Hovedstaden</b>		397	0 (0)	78,0	(64,0-99,0)	532	77,5	75,0
<b>Sjælland</b>		276	0 (0)	105,0	(81,0-130,0)	354	92,5	99,0
<b>Syddanmark</b>		322	0 (0)	95,0	(78,0-122,0)	340	91,5	91,0
<b>Midtjylland</b>		325	0 (0)	94,0	(80,0-112,0)	253	89,0	93,0
<b>Nordjylland</b>		161	0 (0)	95,0	(78,0-120,0)	148	99,0	97,0

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	202.787	Patienten er ikke overleveret til hospitalet.
	235.549	I.V. Actilyse dosis <= 0 når der er tidspunkt for trombolysebehandling og der mangler en dato for endovaskulært behandlet
	322	Der er ikke ankommet noget køretøj på skadestedet.

**Indikator 4: Tid til revaskulering, forest plot, regionalt niveau**



**Indikator 4: Tid til revaskulering, trendgraf, regionalt niveau**



### Datagrundlag for indikatoren

Tid fra modtagelse af opkald ved AMK-vagtcentral (Akut Medicinsk Koordinering) til trombolyse eller endovaskulær behandling for patienter med akut iskæmisk stroke, som modtager en af disse behandlinger.

Opgørelse af indikatoren inkluderer data vedr. stroke og revaskulerende behandling fra Dansk Stroke Register<sup>1</sup>.

### Resultater af indikatoranalysen

Indikator 4 viser, at mediantiden for indbringelse til trombolyse eller endovaskulær behandling på hospital var 92 minutter for patienter med erkendt akut stroke, hvor den sidste år var 88 minutter. I alt 1.481 patienter med akut iskæmisk stroke indgik i indikatoren i årsrapporten (sidste år var der 1.627 patienter).

At der er angivet at 202.787 ikke har overleveret patienten til hospitalet, er ikke udtryk for at patienten ikke har kørt med ambulance. Blot er der ikke registreret et sted, hvor patienten er afleveret på hospital.

Regionalt varierede mediantiden for indbringelse til hospital fra 78 minutter i Region Hovedstaden til 105 minutter i Region Sjælland.

Forest plot til indikator 4 viser punktestimerne for andelen for hver region og nationalt sammen med konfidensintervallet. Trendgrafen viser udviklingen over tid for regionerne og nationalt.

### Diskussion og implikationer

Resultater og udfordringer i dataregistreringen

Indikator 4 viser, at antallet af strokepatienter i databasen er lavere end forventet. Årsagen til dette skyldes primært, at mange strokepatienter ikke kommer på hospitalet via 112-opkald, men i stedet som en bestilt opgave, for eksempel fra egen læge eller vagtlægen. Disse patienter indgår ikke i det dataudtræk, der anvendes til årsrapporten, hvilket medfører en underrapportering af strokepatienter i analysen. Regionale audits har afsløret, at op mod 50 % af de relevante patienter ikke er med i dataudtrækket af denne årsag.

### Initiativer og fremtidig opfølgning

Der er pågående arbejde med at få tilladelse til at inkludere alle strokepatienter i årsrapporten, uanset hvordan de er blevet transporteret til hospitalet. Denne udvidelse af dataadgangen vil give et mere præcist billede af behandlingen af strokepatienter. Indtil da vil styregruppen fortsætte med at analysere de patienter, der er inkluderet i databasen, og evaluere mulige løsninger for at få en bedre dækning af alle relevante patientforløb.

### Fokus på atypiske symptomer og samarbejde med eksperter

Der har også været drøftelser i styregruppen om at fokusere på de strokepatienter, der har kontaktet AMK, men som ikke når strokeunit til tiden på grund af atypiske symptomer. Dette er et vigtigt område, der skal drøftes videre på udviklingsmødet, og det overvejes, om en neurolog bør inddrages i styregruppen, eller om der kan etableres et samarbejde med DanStroke for at udvikle indikatorens relevans og anvendelse.

Vurdering af indikatorens anvendelighed

### Vurdering af indikatorens anvendelighed

Styregruppen fastholder relevansen af indikatoren, da den adresserer en kritisk patientgruppe, hvor hurtig behandling kan have stor betydning for outcome. Den forventede udvidelse af dataadgangen vil forbedre datagrundlaget, hvilket vil gøre indikator 4 mere præcis og anvendelig i fremtidige analyser.

---

<sup>1</sup> [https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/dansk-stroke\\_register/](https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/dansk-stroke_register/)

## Indikator 5: Gyldigt CPR-nummer

### Prosa beskrivelse

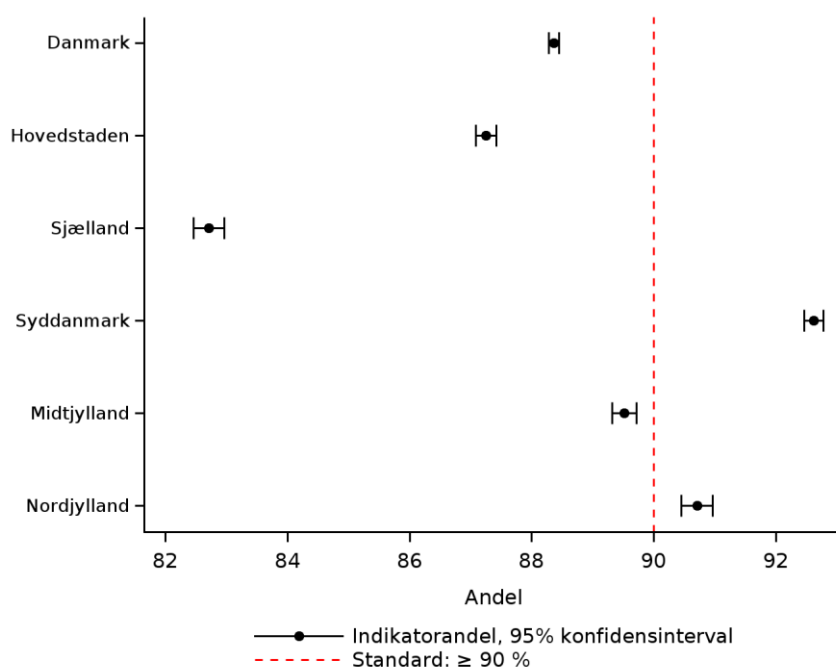
Andelen af patienter med 112-opkald, hvor gyldigt dansk CPR-nummer er registreret.

<b>Tæller</b>	Antal 112-opkald med gyldigt CPR-nummer registreret
<b>Nævner</b>	Antal opkald til 112.
<b>Uoplyste</b>	
<b>Ekskluderede</b>	
<b>Standard</b>	≥ 90 %

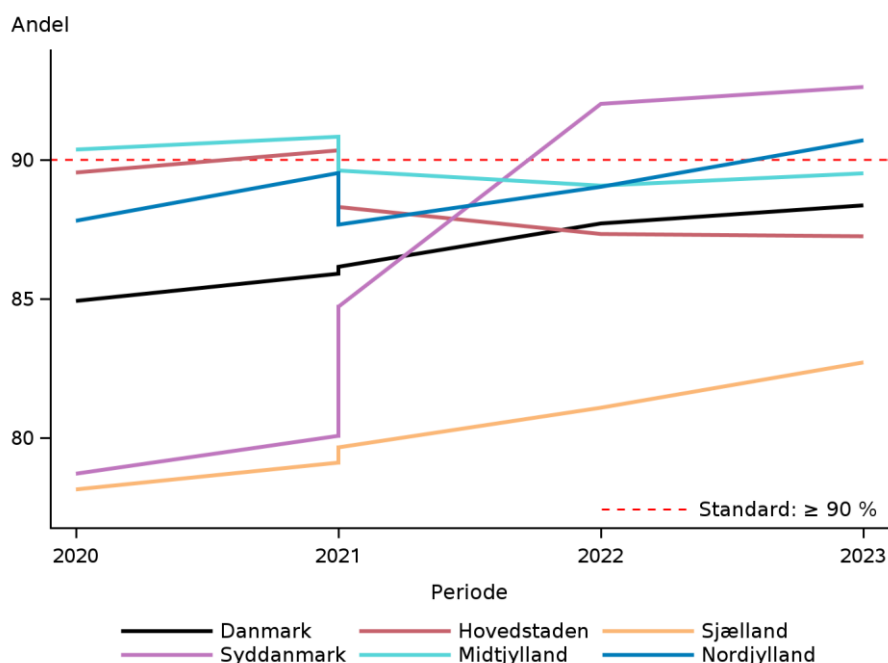
### Indikator 5: Andelen af patienter med 112-opkald, hvor gyldigt dansk CPR-nummer er registreret

	Standard	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2023 - 30.06.2024		Tidligere år			
	≥ 90%		Tæller/ nævner	Andel	95% CI	2022/23		2021/22
	opfyldt					Antal	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Nej	388.925 / 440.139	0 (0)	88,4	(88,3-88,5)	391.772 / 446.647	87,7	86,2
<b>Hovedstaden</b>	Nej	119.406 / 136.850	0 (0)	87,3	(87,1-87,4)	117.372 / 134.393	87,3	88,3
<b>Sjælland</b>	Nej	66.928 / 80.910	0 (0)	82,7	(82,5-83,0)	67.186 / 82.853	81,1	79,7
<b>Syddanmark</b>	Ja	89.175 / 96.282	0 (0)	92,6	(92,5-92,8)	90.754 / 98.632	92,0	84,7
<b>Midtjylland</b>	Nej	72.234 / 80.694	0 (0)	89,5	(89,3-89,7)	72.800 / 81.730	89,1	89,6
<b>Nordjylland</b>	Ja	41.182 / 45.403	0 (0)	90,7	(90,4-91,0)	43.660 / 49.039	89,0	87,7

### Indikator 5: Gyldigt CPR-nummer, forsest plot på regionalt niveau



### Indikator 5: Gyldigt CPR-nummer, trendgraf på regionalt niveau



#### Resultater af indikatoranalysen

Cpr-nummer er helt central for at kunne følge patientforløb, og indgår således som en nødvendig forudsætning i flere af kvalitetsindikatorerne.

I indikator 5 indgik 440.139 registrerede patienter, hvoraf 88,4 % på landsplan var registreret med gyldigt, dansk cpr-nummer. I seneste årsrapport var 87,7 % af 446.647 registreringerne med gyldigt cpr-nummer.

Regionalt varierede andelen af registrerede cpr-numre i den aktuelle periode fra 82,7 % i Region Sjælland til 92,6 % i Region Syddanmark. To regioner opfyldte for første gang udviklingsmålet på  $\geq 90\%$ ; Region Syddanmark og Region Nordjylland.

Forest plottet til indikator 5 viser punktestimerne for andelen for hver region og nationalt sammen med konfidensintervallet. Trendgrafen viser udviklingen over tid for regionerne og nationalt.

I afsnittet af årsrapporten, "*Dansk Indeks; supplerende til indikator 1*" fremgår fordelingen af hastegrader og kapitler. Andelen af patienter med cpr-nummer angivet fordelt på hastegrader er nationalt:



	Cpr		Gyldig Cpr		Ugyldig Cpr	
	Antal	Antal	%	Antal	%	
<b>Danmark</b>	440.139	388.925	88,36	51.214	11,64	
<b>Danmark</b>						
<b>A</b>	155.407	146.847	94,49	8.560	5,51	
<b>B</b>	155.991	148.210	95,01	7.781	4,99	
<b>C</b>	8.264	7.916	95,79	348	4,21	
<b>D</b>	3.725	3.539	95,01	186	4,99	
<b>E</b>	93.486	67.245	71,93	26.241	28,07	
<b>F</b>	13.915	8.007	57,54	5.908	42,46	
<b>Ingen data</b>	2.018	170	8,42	1.848	91,58	
<b>L</b>	8	8	100,00	0	0,00	
<b>N/P/S</b>	7.306	6.969	95,39	337	4,61	
<b>O</b>	16	12	75,00	4	25,00	
<b>R</b>	#	0	0,00	#	100,00	
<b>W</b>	#	#	100,00	0	0,00	
<b>Z</b>	#	#	100,00	0	0,00	

Det er primært for hastegrad E/F, og journaler med manglende angivelse af hastegrad ("Ingen data"), registreringen af cpr-numre er mangelfuld.

I afsnittet Supplerende analyser under afsnittet "*Dansk Indeks; Supplerende til indikator 1*", er der et par uddybende tabeller. Dels en oversigt nationalt og for hver region over fordelingen af patienter i hver kategori af hastegrad. Dels en oversigt over andelen af patienter med cpr-nummer fordelt på hastegrad både nationalt (udklip vist ovenfor) og regionalt).

### Diskussion og implikationer

Registrering af cpr-nummer er vigtig for flere af databasens indikatorer.

Der er dog stadigvæk variationen imellem regionerne og indikerer, at der er potentiale for at øge andelen med registreret cpr-nummer selvom der arbejdes under omstændigheder, hvor cpr-nummer ikke altid kan indhentes telefonisk.

Den manglende registrering af cpr-numre ses først og fremmest for hastegrad E/F, dvs. hos de patienter, hvortil der ikke sendes ambulance, der er behov for at få belyst årsagen til den manglende registrering af cpr-nummer, dette ser ud til at være gældende for alle regioner.

At sikre muligheden for at kunne opfylde journaliseringspligten ved at kunne notere CPR-nummer og Dansk Indeks, i PPJ også hos patienter der udelukkende får telefonisk råd eller som henvises til anden hjælp vil øge opfyldelsen af denne indikator. Her bemærkes, en mulighed for at fjerne irrelevante henvendelser er nødvendigt, idet en betragtelig mængde personer ringer 112, hvor de f.eks. er ensomme eller har brug for at forny en recept. Disse kan eller vil i visse tilfælde ikke udlevere CPR-nummer, ligesom man kan diskutere det etiske i at få CPR-nummer i en henvendelse, der ikke er relevant.

Bemærkning fra Region Syddanmark:

Pr. 1. december 2023 indførte vi, at der ved alle afsluttede opkald – E-respons – i sundhedsfaglig visitation, skulle oprettes en E-patient journal i PPJ. Dette for at sikre, at sundhedsfaglig behandling, herunder telefonisk vurdering og rådgivning, bliver dokumenteret i et journalføringssystem.

I den forbindelse skal den sundhedsfaglige visitator indtaste CPR nummer og det er min overbevisning, at det har medført, at der er blevet indhentet flere CPR numre end hidtil. Vi har ikke som sådan haft et specifikt indsatsområde på at indhente CPR numre. Der vil være CPR numre som det ikke er muligt at indhente af flere forskellige årsager.

Vi har pr. 1. september 2024 bedt de sundhedsfaglige visitatorer om, om muligt, at indhente CPR numre i alle opkald, da vi skal lave opslag i register om fravalg af genoplivningsforsøg for personer over 60 år (tilgængeligt pr. 15/1 2025).

Derudover benyttes CPR numre i stigende grad i AMK Vagtcentralen ved opslag i den elektroniske præhospitale patientjournal PPJ på vej frem til patienten, det er især de præhospitale visitationsenheder som gerne ser dette, og til opslag i andre patientoplysningssystemer som eksempelvis EPJ eller fælles medicinkort (kun læger i AMK).

Så jeg håber da, at vi kan holde det gode niveau  $> 90\%$  og at den øgede anvendelse af CPR numre vil bidrage hertil.

#### Vurdering af indikatorens anvendelighed

Registrering af gyldigt cpr-nummer er et helt centralt for at kunne følge op på patientforløbet, og er helt central for indikatoren.

Indikatoren fastholdes med en standard på  $\geq 90\%$ , da den er udfordret af de vilkår, der arbejdes under i den præhospitale sektor, hvor patientens identitet ikke altid er kendt.

## Indikator 6: Smertestillende medicin

### Prosabeskrivelse

Andel 112-patienter med svære smerter (NRS-score > 5), som har fået smertestillende medicin.

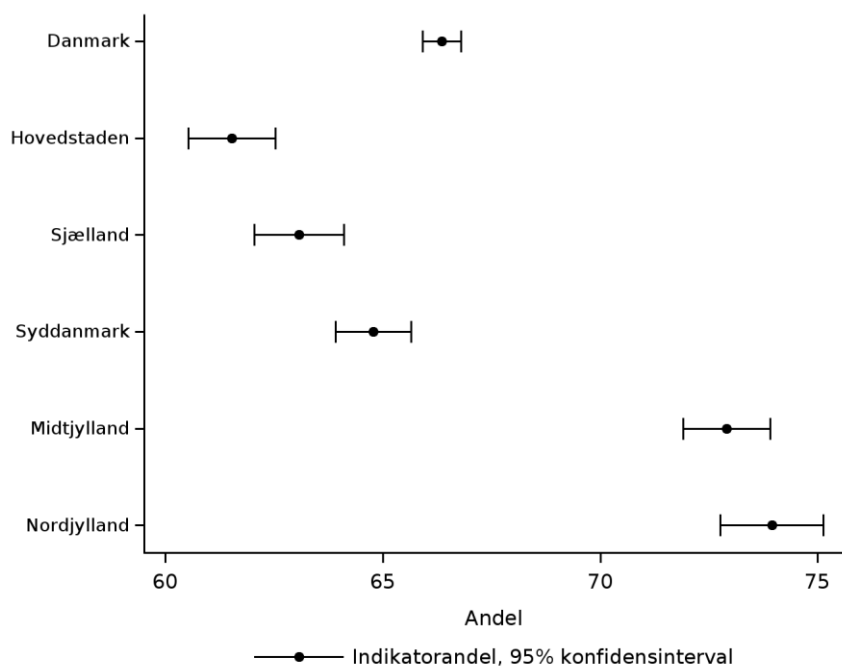
<b>Tæller</b>	Antal 112-patienter som har NRS > 5 som har fået smertestillende medicin
<b>Nævner</b>	Antal 112-patienter som har NRS > 5
<b>Uoplyste</b>	Patienter, der ikke har fået målt NRS-score
<b>Ekskluderede</b>	Patienter, der har NRS-score ≤ 5
<b>Standard</b>	Ikke fastlagt

### Indikator 6: Andel 112-patienter med svære smerter (NRS-score > 5), som har fået smertestillende medicin

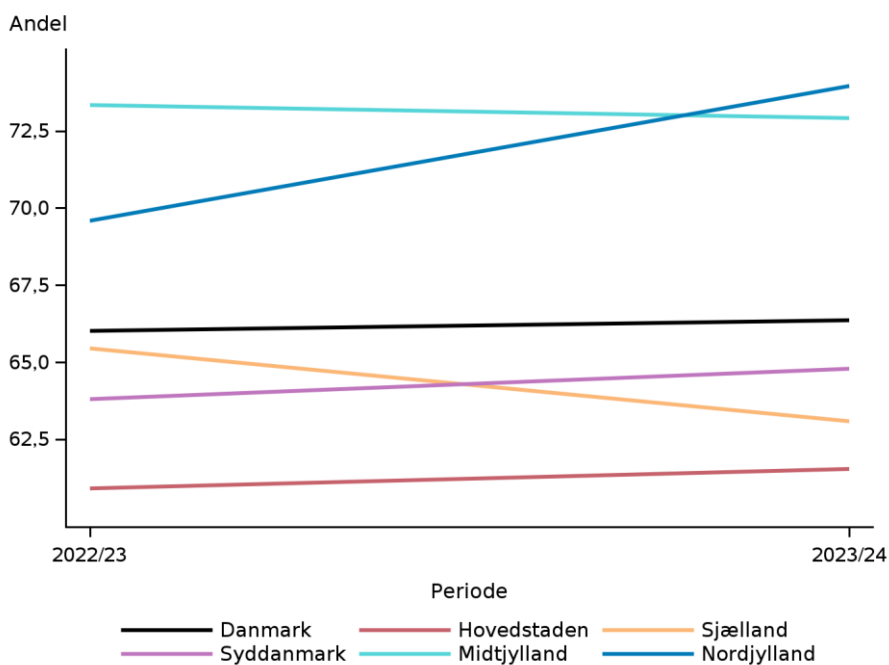
	opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2023 - 30.06.2024		Tidligere år 2022/23	
				Andel	95% CI	Antal	Andel
<b>Danmark</b>		27.354 / 41.222	151026 (79)	66,4	(65,9-66,8)	27.782 / 42.085	66,0
<b>Hovedstaden</b>		5.528 / 8.979	41323 (82)	61,6	(60,6-62,6)	5.229 / 8.583	60,9
<b>Sjælland</b>		5.210 / 8.262	25228 (75)	63,1	(62,0-64,1)	5.739 / 8.774	65,4
<b>Syddanmark</b>		7.343 / 11.336	32279 (74)	64,8	(63,9-65,7)	7.552 / 11.834	63,8
<b>Midtjylland</b>		5.432 / 7.451	31086 (81)	72,9	(71,9-73,9)	5.679 / 7.744	73,3
<b>Nordjylland</b>		3.841 / 5.194	21110 (80)	74,0	(72,7-75,1)	3.583 / 5.150	69,6

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	124.717	Patientern har en NRS Score ≤ 5.
	123.174	Der er ikke ankommet noget køretøj på skadestedet.
<b>Uoplyst:</b>	151.026	Patientern har ikke fået målt NRS Score.

**Indikator 6: Smertestillende medicin, forest plot på regionalt niveau**



**Indikator 6: Smertestillende medicin, trendgraf på regionalt niveau**



### Datagrundlag for indikatoren

I alle ambulancer skal personalet smertescore patienterne, hvis patienterne synes at have moderat til stærke smerter. Dette defineres i denne analyse, ved at der er registreret smerter svarende til Numeric Rating Scale (NRS) på mere end 5. Denne første analyse vedrører patienter, som er blevet vurderet med smertescoren NRS. Hvis der er målt smertescore, og smertescoren er over 5, hvor mange har så fået smertestillende behandling?

### Resultater af indikatoranalysen

I indikator 6 indgik 41.222 registrerede patienter med smertescore > 5, hvoraf 66,4 % på landsplan havde modtaget smertestillende medicin. I seneste årsrapport, indgik 42.193 patienter med smertescore > 5, hvoraf 66,0 % havde fået smertestillende medicin.

Regionalt varierede andelen af patienter, der modtog smertebehandling på baggrund af NRS > 5 fra 61,5 % i Region Hovedstaden til 74,0 % i Region Nordjylland.

Bemærk, at der er 87 % uoplyste, hvor der altså ikke er oplysninger om smerter.

Forest plottet til indikator 6 viser punktestimerne for andelen for hver region og nationalt sammen med konfidensintervallet. Trendgrafnen viser udviklingen over tid for regionerne og nationalt.

### Diskussion og implikationer

En betydelig andel af de præhospitale patienter oplever smerter, der kræver medicinsk intervention. På landsplan modtager 66,4% af patienterne smertestillende behandling, dog med regional variation. Region Hovedstaden registrerer den laveste andel på 61,5%, mens Region Nordjylland har den højeste med 74,0%.

Flere faktorer kan påvirke administrationen af smertestillende behandling, herunder potentielle allergier over for fentanyl, patientpræferencer, sundhedsfaglig vurdering samt begrænsninger i administrationsmetoder.

Den sundhedsfaglige vurdering omhandler, indikationen for smertestillende behandling (f.eks. fentanyl eller lav dosis S-ketamin) baseres på tilstedeværelsen af stærke smerter. Patientens selvrapporterede smertevurdering, målt via NRS (Numeric Rating Scale) eller VAS (Visual Analogue Scale), indgår som et centralt element i vurderingen. Det er dog væsentligt at bemærke, at disse subjektive målinger kan variere baseret på individuelle erfaringer med smerte.

Ved stærke til uudholdelige smerter observeres ofte systemiske påvirkninger, herunder takykardi, hypertension, øget respirationsfrekvens samt ændret bevægelsesmønster.

Det præhospitale personale foretager en holistisk vurdering, der inkorporerer patientens subjektive oplevelse samt objektive tegn på systemisk påvirkning. Denne helhedsvurdering danner grundlag for beslutningen om administration af smertestillende medicin. Derfor kan der forekomme tilfælde, hvor patienter med NRS > 5 ikke modtager smertestillende medicin.

PHDB-styregruppen overvejer at implementere dataanalyse baseret på en sekundær vurdering, der afspejler en mere omfattende smerteevaluering end udelukkende en subjektive smertevurdering.

### Vurdering af indikatorens anvendelighed

Indikatoren og standarden fastholdes.

## Indikator 7: Bevidstløse patienter som har fået målt blodsukker

### Prosabeskrivelse

Andel bevidstløse 112-patienter ( $3 < \text{GCS} < 9$ ), der har fået målt blodsukker.

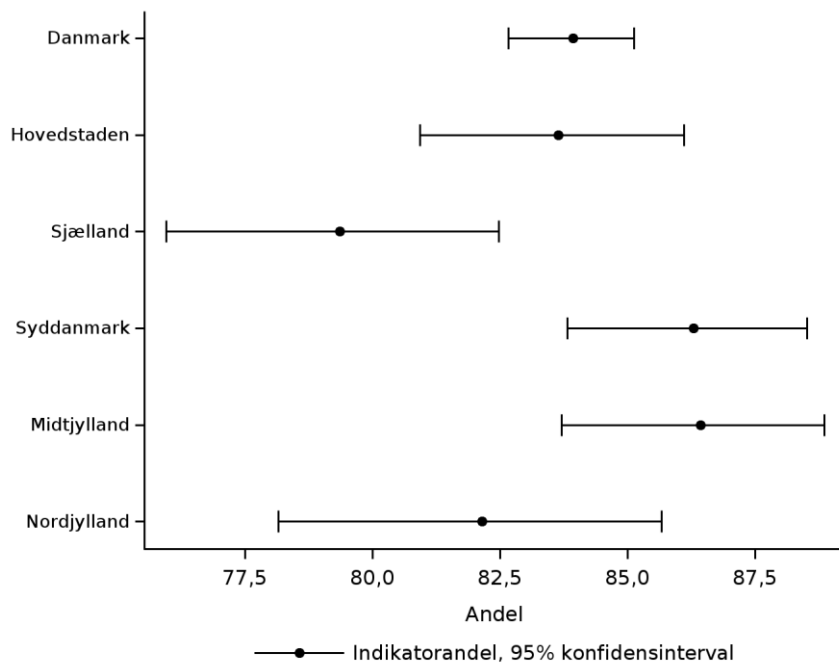
<b>Tæller</b>	Antal bevidstløse 112-patienter ( $3 < \text{GCS} < 9$ ), der har fået målt blodsukker
<b>Nævner</b>	Antal bevidstløse patienter ( $3 < \text{GCS} < 9$ )
<b>Uoplyste</b>	Patienter, der ikke har fået målt GCS
<b>Ekskluderede</b>	Patienter, der har $\text{GCS} \leq 3$ eller $\text{GCS} \geq 9$
<b>Standard</b>	Ikke fastlagt

### Indikator 7: Andel bevidstløse 112-patienter ( $3 < \text{GCS} < 9$ ), der har fået målt blodsukker

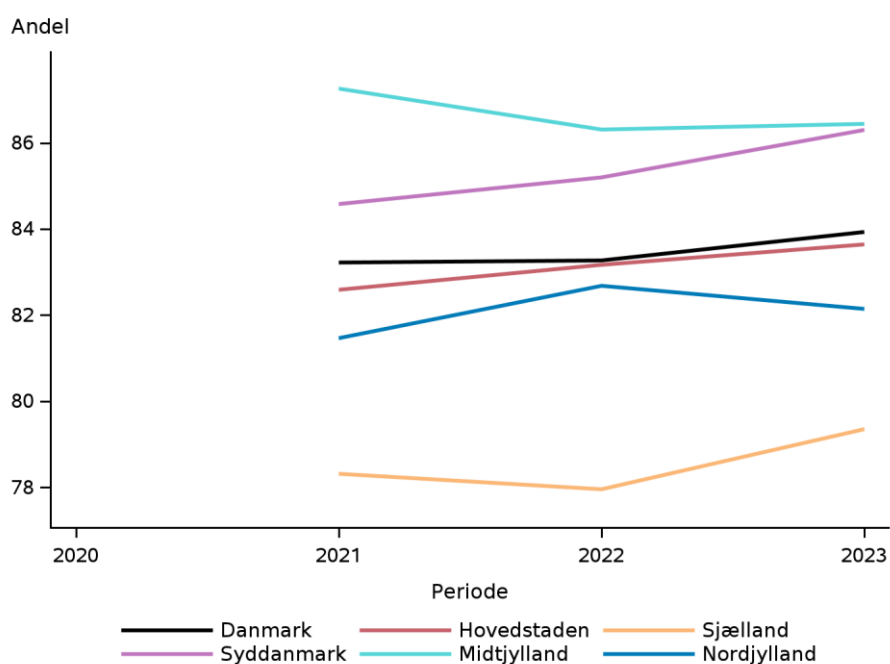
	Tæller/ opfyldt	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
			01.07.2023 - 30.06.2024	95% CI	2022/23	2021/22	2021/22
			Andel		Antal	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	2.859 / 3.407	39548 (92)	83,9	(82,6-85,1)	2.979 / 3.579	83,2	83,2
<b>Hovedstaden</b>	679 / 812	13905 (94)	83,6	(80,9-86,1)	667 / 802	83,2	82,5
<b>Sjælland</b>	488 / 615	7273 (92)	79,3	(75,9-82,5)	534 / 687	77,7	78,4
<b>Syddanmark</b>	736 / 853	8039 (90)	86,3	(83,8-88,5)	777 / 912	85,2	84,6
<b>Midtjylland</b>	611 / 707	7267 (91)	86,4	(83,7-88,9)	643 / 745	86,3	87,3
<b>Nordjylland</b>	345 / 420	3064 (88)	82,1	(78,1-85,7)	358 / 433	82,7	81,4

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	274.010	GCS = 3 eller GCS $\geq$ 9, Glasgow Coma Scale score.
	123.174	Der er ikke ankommet noget køretøj på skadestedet.
<b>Uoplyst:</b>	39.548	Manglende GCS, Glasgow Coma Scale score.

### Indikator 7: Andel bevidstløse 112-patienter ( $3 < \text{GCS} < 9$ ), der har fået målt blodsukker, forest plot på regionalt niveau



### Indikator 7: Andel bevidstløse 112-patienter ( $3 < \text{GCS} < 9$ ), der har fået målt blodsukker, trendgraf på regionalt niveau



## Datagrundlag for indikatoren

### Resultater af indikatoranalysen

Bevidstløse patienter, defineret som  $3 < \text{GCS} < 9$ , skal have målt blodsukker.

I indikator 7 indgik 3.410 registrerede patienter med  $3 < \text{GCS} < 9$ , hvoraf 83,9 % på landsplan havde fået målt blodsukker. I seneste årsrapport, havde 83,3 % af 3.586 fået målt blodsukker.

Regionalt varierede andelen af patienter med  $3 < \text{GCS} < 9$ , der fik målt blodsukker fra 79,3 % i Region Sjælland til 86,3 % i Region Midtjylland.

Bemærk, at der for 98 % af patienterne ikke er målt GCS. Det kan forklares ved at de præhospitale behandlere ofte kun registrerer, hvad de mener det er relevant at registrere. Tilser man således en patient som er kendt diabetiker og nu er bevidsthedsløst, kan det give klinisk mening at koncentrere sig om at anlægge en intravenøs adgang på patienten, som på grund af det lave blodsukker ofte vil være meget urolig. Det øjeblik der er anlagt en intravenøs adgang vil der blive påbegyndt indgift af glukose. En måling af GCS vil i disse situationer have lav prioritet.

Forest plottet til indikator 7 viser punktestimerne for andelen for hver region og nationalt sammen med konfidensintervallet. Trendgrafen viser udviklingen over tid for regionerne og nationalt.

### Diskussion og implikationer

Denne indikator omhandler patienter, der er dybt bevidstløse ( $\text{GCS} < 9$ ), men som ikke har hjertestop/ er reaktionsløse ( $\text{GCS} 3$ ).

Andelen af patienter med  $\text{GCS} 3-9$ , der fik målt blodsukker, ligger fortsat på samme niveau som i sidste år (83,3 % på landsplan). Dette er ikke en forbedring i forhold til den forrige måling og indikerer en stabil tendens snarere end en stigning. En faktor, der kan bidrage til den manglende stigning, er den aktuelle registreringspraksis. Det antages, at det præhospitale personale registrerer blodsuktermålingen i fritekstnotater fremfor i dedikerede felter i PPJ. Dette betyder, at målingen muligvis ikke registreres som ønsket og derfor ikke opfanges i datatrækket, som indikatoranalysen baserer sig på.

### Foreslået opfølgning og kvalitetsforbedring

For at sikre en højere grad af systematisk registrering, vil styregruppen bede hvert præhospital om at foretage audits på patienter med lavt blodsukker, som ikke har fået glukosebehandling, samt gennemgå, hvorvidt registreringer i fritekstnotater kan omlægges til strukturerede felter. Dette initiativ skal understøtte, at data for blodsuktermålinger bliver mere komplet og korrekt fremover. Auditten kan desuden foretages med hjælp fra de regionale RKKP-kontaktpersoner, som kender til de forskellige ledelsesinformationssystemer (f.eks. FLIS, BI m.fl.).

### Vurdering af indikatorens anvendelighed

Blodsuktermåling for patienter med alvorligt nedsat bevidsthed er en simpel, hurtig og kritisk undersøgelse, der kan udelukke lavt blodsukker som årsag til bevidstløsheden. Styregruppen fastholder derfor anbefalingen om at arbejde hen imod en opfyldelse på  $\geq 97\%$  og opfordrer til, at de nødvendige strukturer og registreringspraksisser etableres for at sikre fuld datakomplethed.



## Indikator 8: Blodsukkerbehandling

### Prosabeskrivelse

Andel bevidstløse 112-patienter med hypoglykæmi, der har fået behandling for lavt blodsukker.

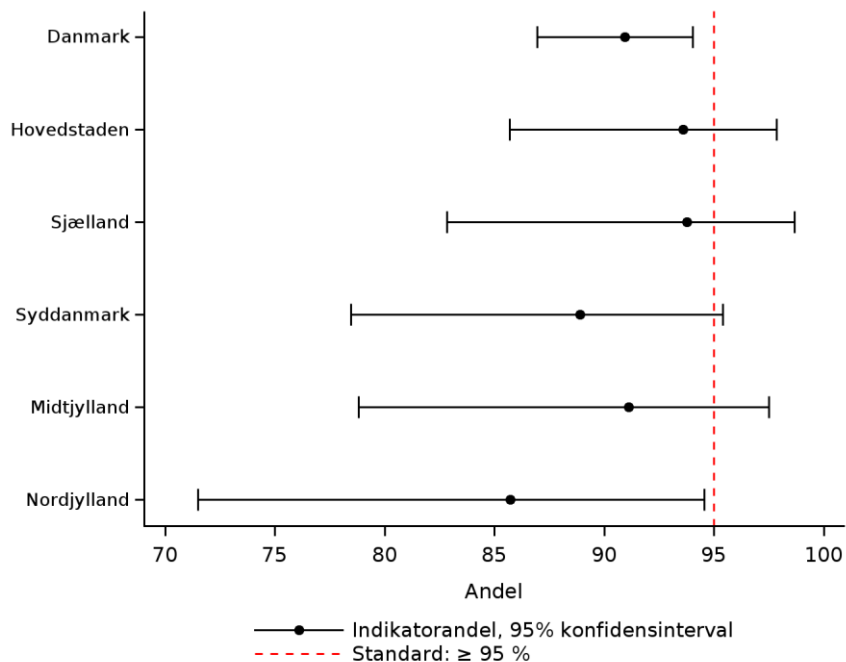
<b>Tæller</b>	Antal bevidstløse 112-patienter (3 < GCS < 9), med blodsukker under 3, der har fået behandling for lavt blodsukker
<b>Nævner</b>	Antal bevidstløse 112-patienter (3 < GCS < 9), med blodsukker under 3
<b>Uoplyste</b>	Patienter, der ikke har fået målt GCS
<b>Ekskluderede</b>	Patienter, der har GCS = 3 eller GCS ≥ 9, patienter uden blodsuktermåling, patienter med blodsukker ≥ 3
<b>Standard</b>	Ikke fastlagt

### Indikator 8: Andel bevidstløse 112-patienter med hypoglykæmi, der har fået behandling for lavt blodsukker

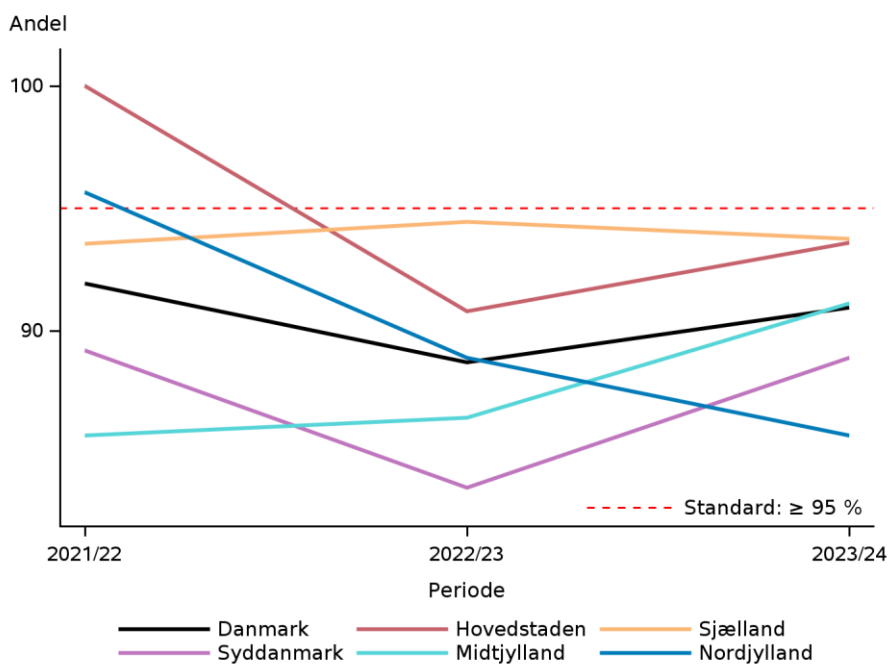
	≥ 95% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		2021/22
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Nej	251 / 276	85 (24)	90,9	(86,9-94,1)	266 / 300	88,7	91,9
<b>Hovedstaden</b>	Nej	73 / 78	36 (32)	93,6	(85,7-97,9)	69 / 76	90,8	100,0
<b>Sjælland</b>	Nej	45 / 48	13 (21)	93,8	(82,8-98,7)	50 / 53	94,3	93,5
<b>Syddanmark</b>	Nej	56 / 63	12 (16)	88,9	(78,4-95,4)	56 / 67	83,6	89,2
<b>Midtjylland</b>	Nej	41 / 45	13 (22)	91,1	(78,8-97,5)	51 / 59	86,4	85,7
<b>Nordjylland</b>	Nej	36 / 42	11 (21)	85,7	(71,5-94,6)	40 / 45	88,9	95,7

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	274.010	GCS = 3 eller GCS >= 9, Glasgow Coma Scale score.
	34.634	Der er ingen blodsuktermåling.
	7.960	Blodsuktermåling >= 3
	123.174	Der er ikke ankommet noget køretøj på skadestedet.
<b>Uoplyst:</b>	85	Manglende GCS, Glasgow Coma Scale score.

**Indikator 8: Blodsukkerbehandling, forest plot på regionalt niveau**



**Indikator 8: Blodsukkerbehandling, trendgraf på regionalt niveau**



## Datagrundlag for indikatoren

### Resultater af indikatoranalysen

Bevidstløse patienter, defineret som  $3 < \text{GCS} < 9$ , skal have målt blodsukker, og hvis blodsukkeret er  $< 3$ , skal der gives behandling for lavt blodsukker.

I indikator 8 indgik 276 bevidstløse patienter med blodsukker  $< 3$ , hvoraf 90,9 % på landsplan havde modtaget behandling for lavt blodsukker. I seneste årsrapport, havde 88,7 % af 301 bevidstløse patienter med blodsukker  $< 3$  modtaget behandling for lavt blodsukker.

Der mangler data i 24 % af tilfældene nationalt – alle observationer mangler information om GCS.

Regionalt varierede andelen af bevidstløse patienter med blodsukker  $< 3$ , der modtog behandling for lavt blodsukker fra 85,7 % i Region Nordjylland til 93,8 % i Region Sjælland.

Forest plottet til indikator 8 viser punktestimerne for andelen for hver region og nationalt sammen med konfidensintervallet. Trendgrafen viser udviklingen over tid for regionerne og nationalt.

### Diskussion og implikationer

#### Resultater og udvikling

Analysen af indikator 8 viser, at 90,9 % af de bevidstløse patienter (GCS 3-9) med et blodsukkerniveau under 3 har modtaget behandling for lavt blodsukker på landsplan. Dette er en forbedring fra sidste års niveau på 88,7 %, men indikerer stadig, at der er plads til yderligere forbedring. Data viser desuden, at der på landsplan mangler registreringer af GCS i 24 % af tilfældene.

#### Diskussion og anbefalinger

Denne indikator omfatter en kritisk patientgruppe i en potentielt livstruende tilstand, som kræver hurtig og præhospital intervention i form af glukose eller glukagon. Trods en relativt høj behandlingsandel er den regionale variation og de manglende GCS-data faktorer, der kan påvirke analysens fuldstændighed og præcision.

Styregruppen anbefaler derfor, at de præhospitale enheder gennemgår og auditerer forløbene for patienter, som ikke opfylder behandlingskravet. Audits kan hjælpe med at identificere eventuelle systematiske forskelle i praksis eller dokumentation.

### Vurdering af indikatorens anvendelighed

Indikatoren fastholdes på baggrund af tilstandens alvor og behovet for en hurtig og enkel behandling, der kan redde liv i akutte situationer. Styregruppen anbefaler, at standarden for denne indikator sættes til 95 %, og at man fortsat arbejder på at minimere de manglende data i GCS-registreringerne for at forbedre datakvaliteten og behandlingskontinuiteten.

## Indikator 9: Tid til første ankomst ved muligt hjertestop

### Prosabeskrivelse

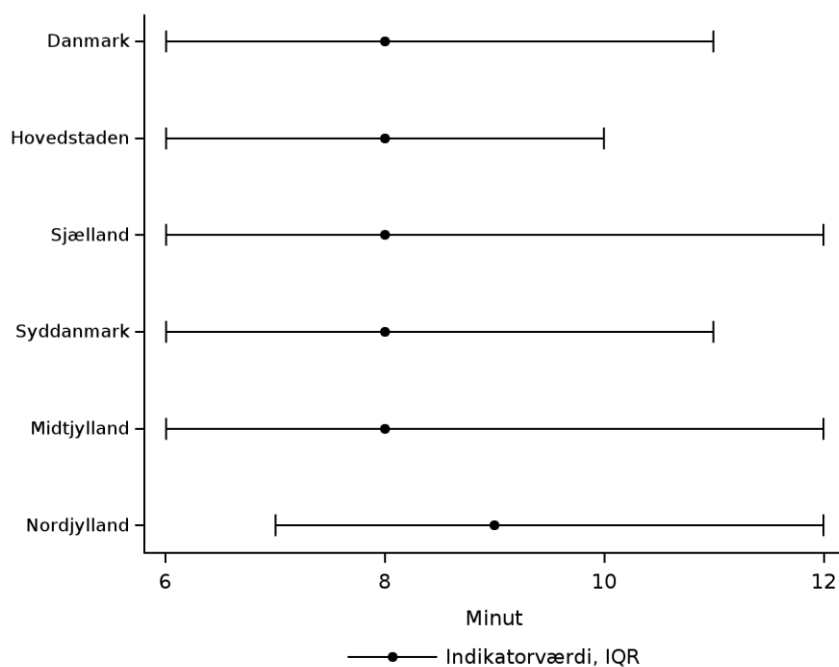
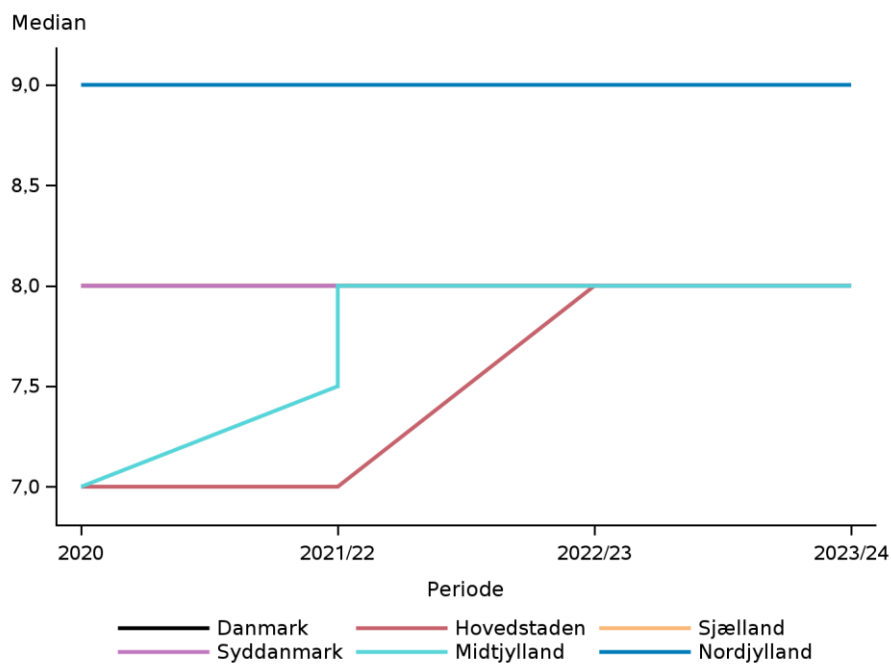
Tid til ankomst af første professionelle præhospitale indsatsenhed hos (voksne) patienter med muligt hjertestop ( $\geq 18$  år).

<b>Tæller</b>	Tid til ankomst af første professionelle præhospitale indsatsenhed hos (voksne) patienter med muligt hjertestop ( $\geq 18$ år)
<b>Nævner</b>	Antal (voksne, alder $\geq 18$ år) patienter med muligt hjertestop
<b>Uoplyste</b>	
<b>Ekskluderede</b>	Patienter, der ikke er voksne ( $< 18$ år), Patienter med manglende tidspunkt for ankomst til skadested
<b>Standard</b>	Ikke fastlagt

### Indikator 9: Tid til ankomst af første professionelle præhospitale indsatsenhed hos (voksne) patienter med muligt hjertestop ( $\geq 18$ år)

	Standard opfyldt	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
		Antal	antal (%)	01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23	2021/22	
				Median	IQR	Antal	Median	Median
<b>Danmark</b>		5.465	340 (6)	8,0	(6,0-11,0)	6.359	8,0	8,0
<b>Hovedstaden</b>		1.388	123 (8)	8,0	(6,0-10,0)	1.772	8,0	7,0
<b>Sjælland</b>		609	8 (1)	8,0	(6,0-12,0)	705	8,0	8,0
<b>Syddanmark</b>		964	43 (4)	8,0	(6,0-11,0)	1.105	8,0	8,0
<b>Midtjylland</b>		1.348	94 (7)	8,0	(6,0-12,0)	1.545	8,0	8,0
<b>Nordjylland</b>		1.156	72 (6)	9,0	(7,0-12,0)	1.232	9,0	9,0

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	403.410	Dansk indeks kriterie er ikke 01.
	21	Patienten er afslutte telefonisk.
	30.903	Patientens alder er $< 18$ år.
<b>Uoplyst:</b>	324	Ugyldigt Cpr. nr.
	16	Mangler tidspunkt for første ankomst til skadested.

**Indikator 9: Tid til første ankomst ved muligt hjertestop, forest plot på regionalt niveau****Indikator 9: Tid til første ankomst ved muligt hjertestop, trendgraf på regionalt niveau**

**Datagrundlag for indikatoren**

Patienter i indikatoren er de patienter, der har en kode, som angiver mistanke om hjertestop i Dansk Indeks. For så vidt angår tid til ankomst, er beregningerne sat op sådan at hvis to enheder ankommer samtidigt, vil kun den ene indgå i opgørelsen.

**Resultater af indikatoranalysen**

I indikator 9 indgik 5.456 patienter med hjertestop ifølge Dansk Index. Mediantiden fra opkaldet blev modtaget hos AMK og indtil første præhospitale enhed var fremme ved patienten, var nationalt 8 minutter.

Den regionale variation var meget begrænset med 8 minutter i Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Midtjylland, og 9 minutter i Region Nordjylland.

Forest plottet til indikator 9 viser punktestimerne for andelen for hver region og nationalt sammen med konfidensintervallet. Trendgrafene viser udviklingen over tid for regionerne og nationalt.

**Diskussion og implikationer**

Responstid er en kendt prædikator for overlevelsen ved hjertestop. Mediantid på 8 min er bestemt acceptabelt og ligger flot i forhold til internationale data. Til trods for regionale geografiske forskelle er responstiden meget sammenlignelig på tværs af regionerne.

**Vurdering af indikatorens anvendelighed**

Indikatoren bibeholdes, da tid er en afgørende faktor ved patienter med formodet hjertestop.

## Indikator 10: Tid ankomst læge muligt hjertestop

### Prosabeskrivelse

Tid til ankomst af første læge hos (voksne) patienter med muligt hjertestop ( $\geq 18$  år).

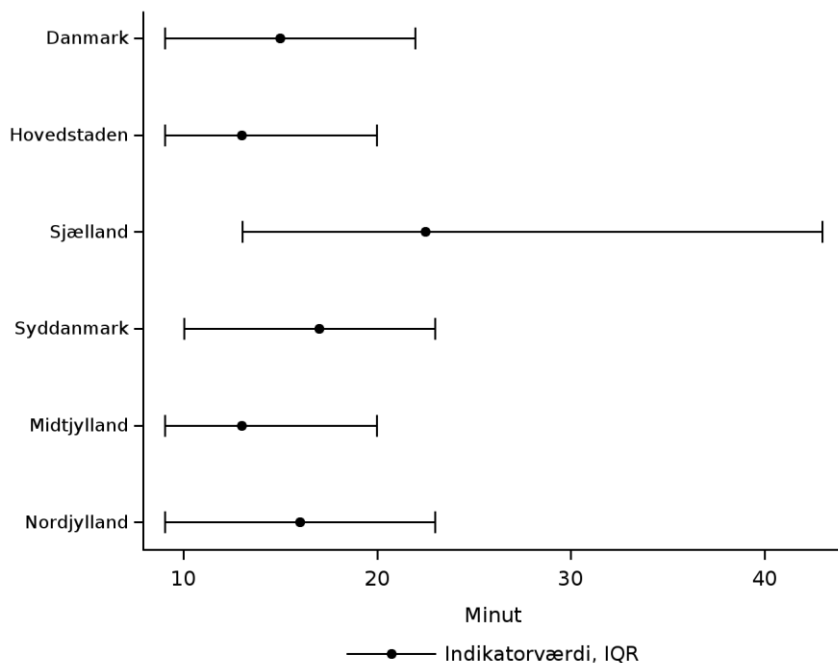
<b>Tæller</b>	Tid til ankomst af første læge (voksne) patienter med muligt hjertestop ( $\geq 18$ år)
<b>Nævner</b>	Antal (voksne, alder $\geq 18$ år) patienter med muligt hjertestop
<b>Uoplyste</b>	
<b>Ekskluderede</b>	Patienter, der ikke er voksne ( $< 18$ år), Patienter med manglende tidspunkt for ankomst til skadested
<b>Standard</b>	Ikke fastlagt

### Indikator 10: Tid til ankomst af første læge hos (voksne) patienter med muligt hjertestop ( $\geq 18$ år)

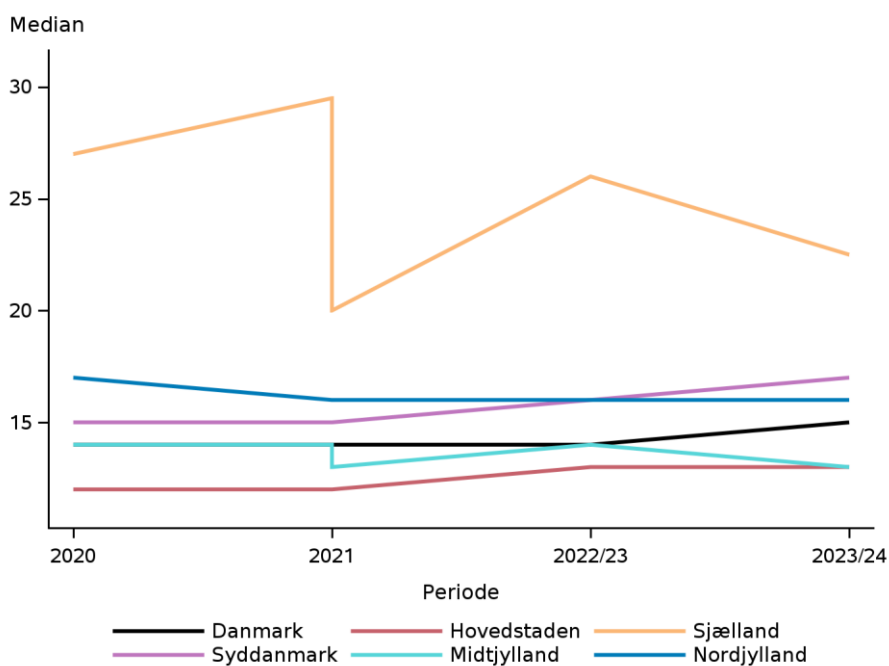
	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år			
	Standard	Antal	antal	01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		2021/22
	opfyldt		(%)	Median	IQR	Antal	Median	Median
<b>Danmark</b>		3.375	185 (5)	15,0	(9,0-22,0)	4.960	14,0	14,0
<b>Hovedstaden</b>		192	8 (4)	13,0	(9,0-20,0)	1.379	13,0	12,0
<b>Sjælland</b>		164	3 (2)	22,5	(13,0-43,0)	171	26,0	20,0
<b>Syddanmark</b>		915	40 (4)	17,0	(10,0-23,0)	1.034	16,0	15,0
<b>Midtjylland</b>		1.247	81 (6)	13,0	(9,0-20,0)	1.457	14,0	13,0
<b>Nordjylland</b>		857	53 (6)	16,0	(9,0-23,0)	919	16,0	16,0

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	403.410	Dansk indeks kriterie er ikke 01.
	21	Patienten er afslutte telefonisk.
	30.903	Patientens alder er $< 18$ år.
	2.245	Der er ingen læge ankommet.
<b>Uoplyst:</b>	185	Ugyldigt Cpr. nr.

**Indikator 10: Tid ankomst læge ved muligt hjertestop, forest plot på regionalt niveau**



**Indikator 10: Tid ankomst læge ved muligt hjertestop, trendgraf på regionalt niveau**





### Datagrundlag for indikatoren

Patienter i indikatoren er de patienter, der har en kode, som angiver mistanke om hjertestop i Dansk Indeks. For så vidt angår tid til ankomst, er beregningerne sat op sådan at hvis to enheder ankommer samtidigt, vil kun den ene indgå i opgørelsen. Dvs., når tid til anden ankomst opgøres, vil det i få tilfælde være tidspunkt for ankomst af den tredje enhed.

### Resultater af indikatoranalysen

I indikator 10 indgik 3.375 patienter med hjertestop ifølge Dansk Index. Mediantiden fra opkaldet blev modtaget hos AMK og indtil anden præhospitale enhed var fremme ved patienten, var nationalt på 15 minutter. Den regionale gik fra 13 minutter i Region Hovedstaden og Region Midtjylland til 22,5 minutter i Region Sjælland. Bemærk i øvrigt, at der ikke alene er stor forskel i antallet, men også andelen, hvor der sendes en læge. Forest plottet til indikator 10 viser punktestimerne for andelen for hver region og nationalt sammen med konfidensintervallet. Trendgrafnen viser udviklingen over tid for regionerne og nationalt.

### Diskussion og implikationer

Der er regionale forskelle i forhold til akutlægebemandingen præhospitalt både i form af antal, område de dækker samt hvordan de disponeres og afmeldes. Det er en klinisk betydende variabel at rapportere og responstiden for lægeenheden er væsentlig i vurderingen heraf. Der er rimelig overensstemmelse i regionerne i forhold til responstiden, men der er store regionale forskelle i antal, strækkende sig fra 164 til 1247 lægebehandlede hjertestop på et år.

Antallet af læger registreret som ankommet, er overraskende lavt for Region Hovedstaden. Data undersøges nærmere i samarbejde med RKKP.

### Vurdering af indikatorens anvendelighed

Indikatoren bevares.

## Indikator 11: Tid ankomst hovedskade

### Prosabeskrivelse

Tid til ankomst af præhospital indsatsenhed hos bevidstløse patienter med mulig alvorlig hovedskade.

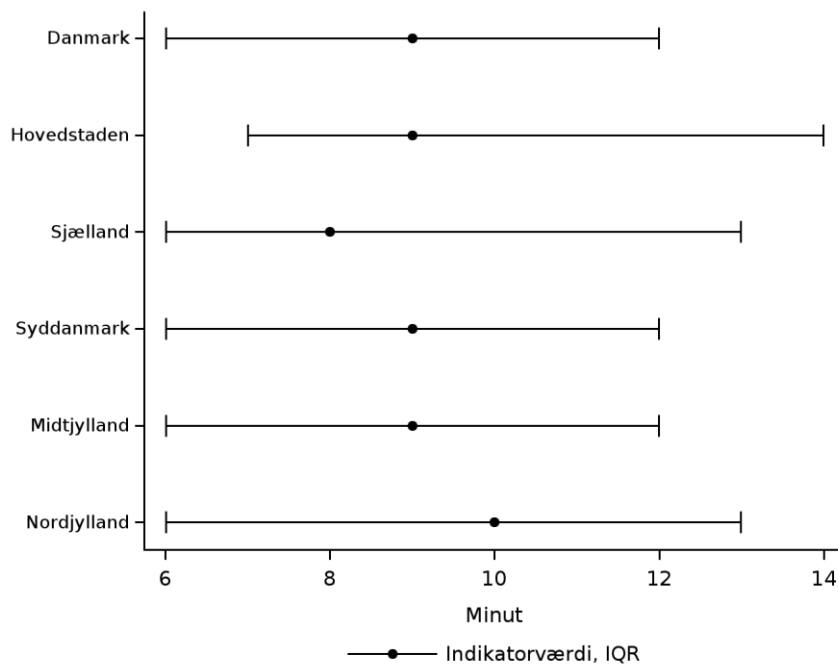
<b>Tæller</b>	Tid til ankomst af præhospital indsatsenhed hos bevidstløse patienter med mulig alvorlig hovedskade
<b>Nævner</b>	Antal bevidstløse (GCS < 9) patienter med mulig alvorlig hovedskade
<b>Uoplyste</b>	Manglende GCS
<b>Ekskluderede</b>	GCS ≥ 9
<b>Standard</b>	Ikke fastlagt

### Indikator 11: Tid til ankomst af præhospital indsatsenhed hos bevidstløse patienter med mulig alvorlig hovedskade

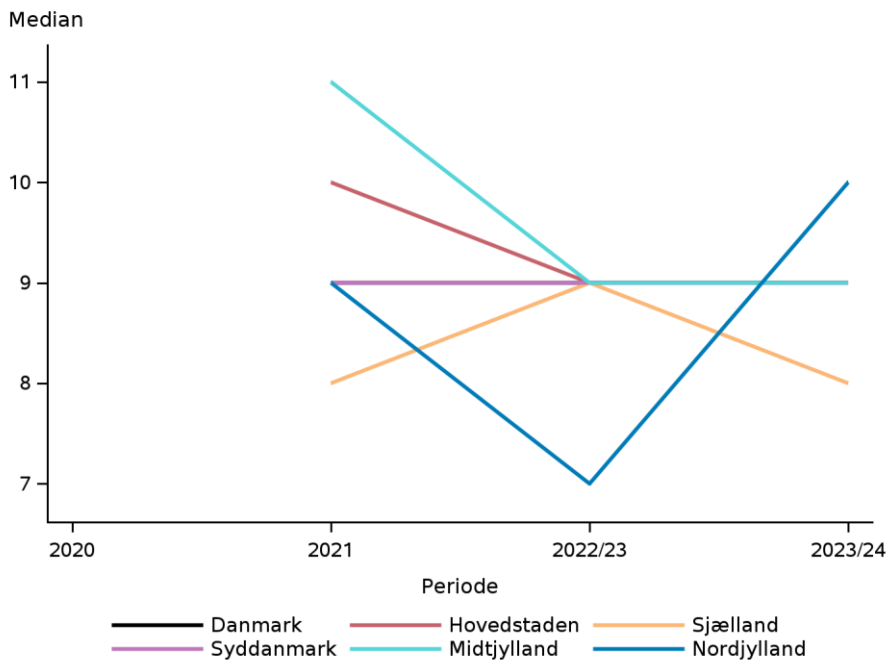
	Standard opfyldt	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
		Antal	antal (%)	01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23	2021/22	
				Median	IQR	Antal	Median	Median
<b>Danmark</b>		384	62758 (99)	9,0	(6,0-12,0)	346	9,0	9,0
<b>Hovedstaden</b>		53	42111 (100)	9,0	(7,0-14,0)	83	9,0	10,0
<b>Sjælland</b>		76	4017 (98)	8,0	(6,0-13,0)	51	9,0	8,0
<b>Syddanmark</b>		123	6131 (98)	9,0	(6,0-12,0)	103	9,0	9,0
<b>Midtjylland</b>		93	5570 (98)	9,0	(6,0-12,0)	74	9,0	11,0
<b>Nordjylland</b>		39	4929 (99)	10,0	(6,0-13,0)	35	7,0	9,0

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	14.011	Patienten er afslutte telefonisk.
	315.782	Dansk indeks kriterie er ikke 32, 33 eller 35.
	47.204	Patienten har en Glasgow Coma Score >= 9
<b>Uoplyst:</b>	2.018	Manglende Dansk Indeks.
	9.643	Manglende GCS, Glasgow Coma Scale score.
	51.097	Dansk indeks er ikke valid.

**Indikator 11: Tid ankomst hovedskade, forest plot på regionalt niveau**



**Indikator 11: Tid ankomst hovedskade, trendgraf på regionalt niveau**



### Datagrundlag for indikatoren

Patienter i indikatoren er de patienter, der har en kode, som angiver mistanke om hovedskade i Dansk Indeks.

### Resultater af indikatoranalysen

I indikator 11 indgik 384 patienter med hovedskade ifølge Dansk Index. Mediantiden fra opkaldet blev modtaget hos AMK og indtil første præhospitale enhed, en ambulance, var fremme ved patienten, var nationalt på 9 minutter. Den regionale variation gik fra 8 minutter i Region Sjælland til 10 minutter i Region Nordjylland.

Bemærk, at der er 99 % manglende data. Primært pga. manglende informationer om eller ugyldigt Dansk Indeks. Forest plot til indikator 11 viser punktestimaterne for andelen for hver region og nationalt sammen med konfidensintervallet. Trendgrafene viser udviklingen over tid for regionerne og nationalt.

### Diskussion og implikationer

Indikatoren er opbygget med henblik på at beskrive responset til en patient med bevidstløshed som følge af tilskadecomst. Bevidstløsheden hos patienterne kan derfor ikke udelukkende tilskrives hovedskade. Men patienterne i materialet må indeholde en stor del med hovedskade og i hvert fald en tilstand hvor det ikke kan udelukkes og derfor ønskes mødt med samme respons. For alle gælder det, at patientens kliniske tilstand ikke nødvendigvis er velbeskrevet ved kontakt med alarmcentralen, men først fastslås med rimelig sikkerhed ved kontakt med ambulancen. På den måde består patientmaterialet af en gruppe patienter hvor den indikation for hurtigt respons, vi vil undersøge, er retrospektivt fastslået. Indikatoren undersøger derfor hensigtsmæssigheden i håndteringen i denne patientgruppe fra indringers kontakt med alarmcentralen til ambulancens kontakt til patienten og vil være underlagt effekten af en række variable i dette forløb.

Resultaterne ligger ikke markant højere end hvad der ses for indikator 9, som beskriver en tilstand, der for langt størstedelen af tilfælde må formodes erkendt ved kontakt med indringer. Ganske væsentligt findes der heller ikke store forskelle mellem de enkelte regioners resultater.

Forskellen mellem de enkelte år viser ikke store udsving men variationen i de absolutte tal mellem årene giver anledning til at ønske en evt. sammenligning med data fra traumedatabasen.

### Vurdering af indikatorens anvendelighed

Indikatoren fastholdes.

## Indikator 12: Tid ankomst læge ved hovedskade

### Prosabeskrivelse

Tid til ankomst af læge hos bevidstløse patienter med mulig alvorlig hovedskade.

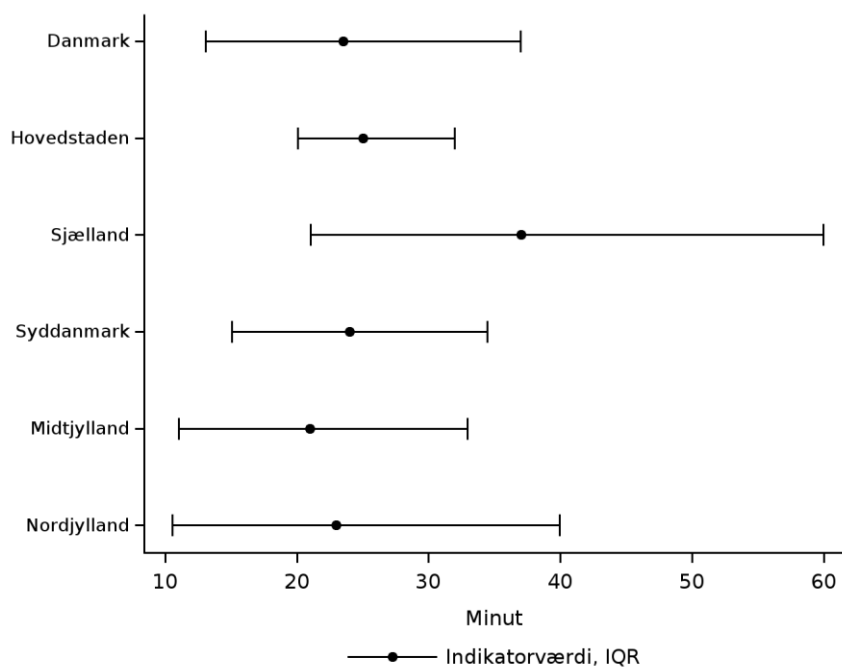
<b>Tæller</b>	Tid til ankomst af læge hos bevidstløse patienter med mulig alvorlig hovedskade
<b>Nævner</b>	Antal bevidstløse (GCS < 9) patienter med mulig alvorlig hovedskade
<b>Uoplyste</b>	Manglende GCS
<b>Ekskluderede</b>	GCS ≥ 9
<b>Standard</b>	Ikke fastlagt

### Indikator 12: Tid til ankomst af læge hos bevidstløse patienter med mulig alvorlig hovedskade

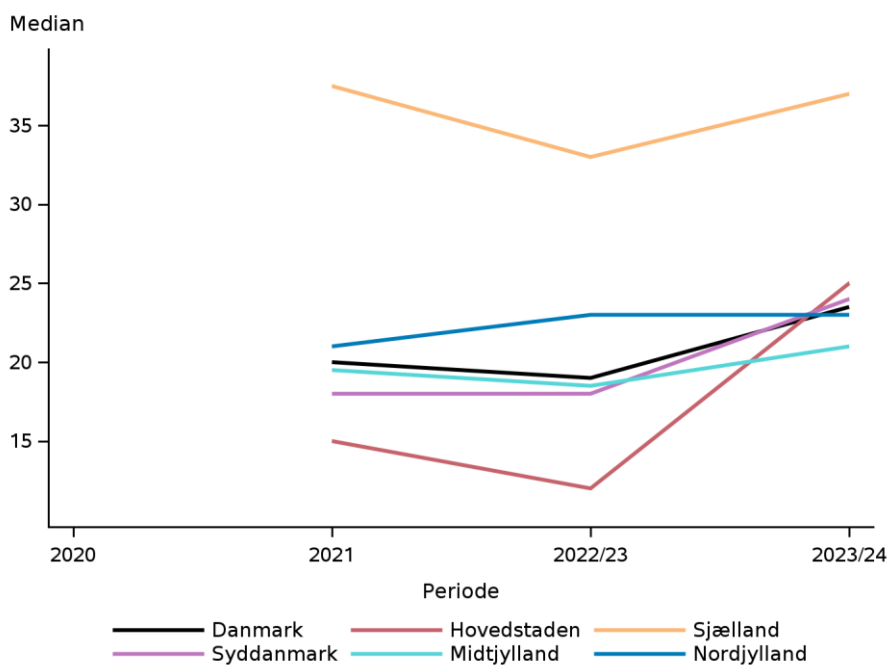
	Standard opfyldt	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
		Antal	antal (%)	01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23	2021/22	
				Median	IQR	Antal	Median	Median
<b>Danmark</b>		260	62758 (100)	23,5	(13,0-37,0)	287	19,0	20,0
<b>Hovedstaden</b>		6	42111 (100)	25,0	(20,0-32,0)	73	12,0	15,0
<b>Sjælland</b>		31	4017 (99)	37,0	(21,0-60,0)	33	33,0	37,5
<b>Syddanmark</b>		104	6131 (98)	24,0	(15,0-34,5)	88	18,0	18,0
<b>Midtjylland</b>		87	5570 (98)	21,0	(11,0-33,0)	65	18,5	19,5
<b>Nordjylland</b>		32	4929 (99)	23,0	(10,5-40,0)	28	23,0	21,0

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	14.011	Patienten er afslutte telefonisk.
	315.782	Dansk indeks kriterie er ikke 32, 33 eller 35.
	47.204	Patienten har en Glasgow Coma Score >= 9
	124	Der er ingen læge ankommet.
<b>Uoplyst:</b>	2.018	Manglende Dansk Indeks.
	9.643	Manglende GCS, Glasgow Coma Scale score.
	51.097	Dansk indeks er ikke valid.

**Indikator 12: Tid ankomst af læge ved hovedskade, forest plot på regionalt niveau**



**Indikator 12: Tid ankomst af læge ved hovedskade, trendgraf på regionalt niveau**



### Datagrundlag for indikatoren

Patienter i indikatoren er de patienter, der har en kode, som angiver mistanke om hovedskade i Dansk Indeks.

### Resultater af indikatoranalysen

I indikator 12 indgik 260 patienter med hovedskade ifølge Dansk Index. Mediantiden fra opkaldet blev modtaget hos AMK og indtil første læge var fremme ved patienten, var nationalt på 23,5 minutter.

Den regionale variation gik fra 21 minutter i Region Midtjylland til 37 minutter i Region Sjælland.

Bemærk, at der er 100 % (afrunding) manglende data. Primært pga. manglende informationer om eller ugyldigt Dansk Indeks. Bemærk i øvrigt, at der ikke alene er stor forskel i antallet, men også andelen, hvor der sendes en læge.

Forest plot til indikator 12 viser punktestimerne for andelen for hver region og nationalt sammen med konfidensintervallet. Trendgrafnen viser udviklingen over tid for regionerne og nationalt.

### Diskussion og implikationer

Indikatorens patientgrundlag adskiller sig udelukkende fra indikator 11 ved at indeholde de af patienterne med hovedskade, der også blev mødt af en præhospital akutlæge. I henhold til gældende rekommandationer indeholder behandling af disse patienter interventioner, der kræver involvering af en læge. Som nævnt i indikator 11 er den del af patientens tilstand målt med GCS, som giver anledning til inkludering i dette dataset ikke fastslået, når responset bliver fastlagt i den enkelte situation. Det er derfor en retrospektiv anskuelse af tilfældende, som giver anledning til at erkende, at disse som udgangspunkt er tilfælde, hvor lægelig deltagelse kunne være ønskelig. Disse data kan derfor benyttes til at formulere de enkelte regioners egen målsætning og analyse af årsager til de beskrevne resultater.

Der er ikke valgt en standard for denne variabel. En måde at evaluere resultaterne på kan derfor være ud fra et spørgsmål om hvorvidt man ønsker lægelig tilstedeværelse i samme omfang som til hjertestop (indikator 10). Her ses nogen forskel i tiden til ankomst af læge mellem de to variable.

De primære variable, der kan give anledning til den relativt store variation, som er gældende for alle regioner må som udgangspunkt være afstand til skadested og tid til aktivering.

Geografien er et underliggende vilkår i al præhospital indretning og må forventes at være optimeret ud fra hensyn til alle enhedernes opgaver. Tiden til aktivering vil derfor være den variabel, der kan forventes at være mest påvirkelig. Det vil derfor være værd at undersøge om det kan afklares i hvor høj grad præhospitale akutlæger bliver aktiveret senere end primære ambulance med henblik på at undersøge om udløsende faktor for aktiveringen kunne være erkendt tidligere. Dette er sammenhængende med det antal patienter, der udgør forskellen mellem indikator 11 og 12, som givetvis udgør tilfælde med samme grader af svære hovedtraumer. Hvorfor dette relativt store antal tilfælde ikke har givet anledning til afsending af læge, bør være genstand for interesse.

Antallet af læger registreret som ankommet, er overraskende lavt for Region Hovedstaden. Data undersøges nærmere i samarbejde med RKKP.

### Vurdering af indikatorens anvendelighed

Indikatoren fastholdes.

## Indikator 13: Dyspnø

Indikatoren er under udvikling, og er således ikke i drift.

### Prosabeskrivelse

Andel af patienter med dyspnø der får målt grad af dyspnø mindst to gange med score xx ved ankomst til skadestedet og ved ankomst til indbringelse

<b>Tæller</b>	Antal patienter i nævneren, som har fået mål dyspnøscore > xx mindst to gange på tidspunkt for indbringelse til sygehus
<b>Nævner</b>	
<b>Uoplyste</b>	
<b>Ekskluderede</b>	
<b>Standard</b>	Ikke fastlagt

## Supplerende opgørelser

### Dansk Indeks; supplerende til indikator 1

Dansk Indeks består af ét bogstav og en talkode med fire cifre, som parvist skal være > 00. Således kan manglende registrering enten vedrøre bogstavet eller talkoden. I de følgende tabeller er lavet nogle supplerende opgørelser over fordelingen af manglende registreringer.

I tabel 1, som viser fordelingen af hastegrader og kapitler, er angivet at 391.109 (88,9 %) patienter har et gyldigt kapitel i Dansk Indeks, hvor der i seneste rapport var 396.781 patienter med gyldigt kapitel i Dansk Indeks (90,5 %). I indikator 1 indgår der 387.024 i tælleren. Forskellen er, at et korrekt kapitelnummer i Dansk Indeks i indikatoren er angivet som et tal > 00, hvor det i tabel 1 er angivet som et tal mellem 01-39. Dvs. at 4.085 patienter har fået angivet et kapitelnummer i form af et tal med to cifre > 00, men ikke et, som er gyldigt jf. Dansk Indeks.

Tabel 2 uddyber tabel 1 ved at inkludere kapitelnumre, så det er muligt at se fordelingen af registreringer for hvert kapitel.



Tabel 1: Fordeling af hastegrader og kapitler nationalt og pr. region

	Danmark		Hovedstaden		Sjælland		Syddanmark		Midtjylland		Nordjylland	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<b>I alt</b>	440.139	100,0	136.850	100,0	80.910	100,0	96.282	100,0	80.694	100,0	45.403	100,0
<b>Dansk Indeks hastegrad</b>												
<b>A</b>	155.407	35,3	40.021	29,2	27.291	33,7	37.813	39,3	29.010	36,0	21.272	46,9
<b>B</b>	155.991	35,4	46.424	33,9	28.899	35,7	35.696	37,1	28.241	35,0	16.731	36,8
<b>C</b>	8.264	1,9	1.766	1,3	1.636	2,0	4.493	4,7	171	0,2	198	0,4
<b>D</b>	3.725	0,8	2.753	2,0	776	1,0	116	0,1	34	0,0	46	0,1
<b>E</b>	93.486	21,2	25.534	18,7	22.281	27,5	18.162	18,9	22.132	27,4	5.377	11,8
<b>F</b>	13.915	3,2	12.131	8,9	5	0,0	0	0,0	0	0,0	1.779	3,9
<b>Ingen data</b>	2.018	0,5	912	0,7	0	0,0	0	0,0	1.106	1,4	0	0,0
<b>L</b>	8	0,0	0	0,0	8	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>N/P/S</b>	7.306	1,7	7.293	5,3	11	0,0	#	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>O</b>	16	0,0	16	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>R</b>	#	0,0	0	0,0	#	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>W</b>	#	0,0	0	0,0	#	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Z</b>	#	0,0	0	0,0	#	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Dansk Indeks kapitler</b>												
<b>Gyldig</b>	391.109	88,9	97.444	71,2	78.510	97,0	96.136	99,8	76.974	95,4	42.045	92,6
<b>Ugyldig</b>	49.030	11,1	39.406	28,8	2.400	3,0	146	0,2	3.720	4,6	3.358	7,4

Tabel 2: Fordeling af hastegrader og kapitler nationalt og per region. Inklusive kapitelnummer

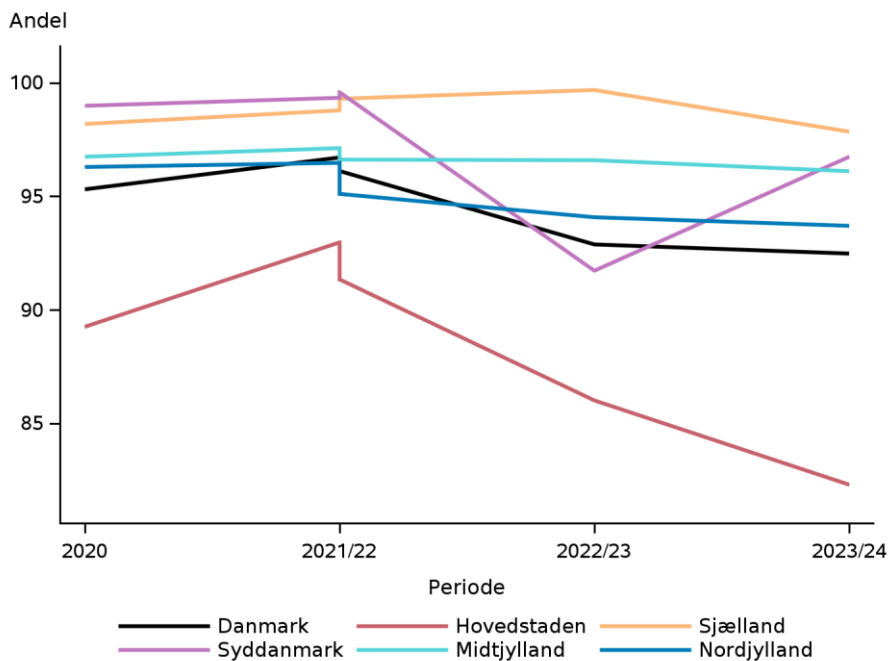
	Danmark		Hovedstaden		Sjælland		Syddanmark		Midtjylland		Nordjylland	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<b>I alt</b>	440.139	100,0	136.850	100,0	80.910	100,0	96.282	100,0	80.694	100,0	45.403	100,0
<b>Dansk Indeks hastegrad</b>												
<b>A</b>	155.407	35,3	40.021	29,2	27.291	33,7	37.813	39,3	29.010	36,0	21.272	46,9
<b>B</b>	155.991	35,4	46.424	33,9	28.899	35,7	35.696	37,1	28.241	35,0	16.731	36,8
<b>C</b>	8.264	1,9	1.766	1,3	1.636	2,0	4.493	4,7	171	0,2	198	0,4
<b>D</b>	3.725	0,8	2.753	2,0	776	1,0	116	0,1	34	0,0	46	0,1
<b>E</b>	93.486	21,2	25.534	18,7	22.281	27,5	18.162	18,9	22.132	27,4	5.377	11,8
<b>F</b>	13.915	3,2	12.131	8,9	5	0,0	0	0,0	0	0,0	1.779	3,9
<b>Ingen data</b>	2.018	0,5	912	0,7	0	0,0	0	0,0	1.106	1,4	0	0,0
<b>L</b>	8	0,0	0	0,0	8	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>N/P/S</b>	7.306	1,7	7.293	5,3	11	0,0	#	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>O</b>	16	0,0	16	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>R</b>	#	0,0	0	0,0	#	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>W</b>	#	0,0	0	0,0	#	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Z</b>	#	0,0	0	0,0	#	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Dansk Indeks kapitler</b>												
<b>01 Bevidstløs voksen (fra pubertet)</b>	5.917	1,3	1.544	1,1	629	0,8	1.017	1,1	1.480	1,8	1.247	2,7
<b>02 Bevidstløst barn (under pubertet)</b>	158	0,0	51	0,0	15	0,0	13	0,0	45	0,1	34	0,1
<b>03 Fremmedlegeme i luftvejene</b>	1.006	0,2	339	0,2	78	0,1	277	0,3	201	0,2	111	0,2
<b>04 Katastrofe - Storulykke</b>	74	0,0	4	0,0	40	0,0	9	0,0	3	0,0	18	0,0
<b>05 Bestilt opgave</b>	3.461	0,8	2.018	1,5	476	0,6	656	0,7	167	0,2	144	0,3
<b>06 Uafklaret problem</b>	41.223	9,4	8.282	6,1	12.938	16,0	11.297	11,7	6.330	7,8	2.376	5,2
<b>07 Allergisk reaktion</b>	4.099	0,9	1.321	1,0	778	1,0	759	0,8	718	0,9	523	1,2
<b>08 Blødning - ikke traumatisk</b>	7.328	1,7	1.866	1,4	1.446	1,8	1.795	1,9	1.386	1,7	835	1,8
<b>09 Brandskade - elektrisk skade</b>	2.141	0,5	319	0,2	409	0,5	681	0,7	525	0,7	207	0,5
<b>10 Brystsmerter - hjertesygdom</b>	47.229	10,7	12.366	9,0	9.433	11,7	10.259	10,7	8.421	10,4	6.750	14,9
<b>11 Diabetes</b>	3.348	0,8	942	0,7	486	0,6	764	0,8	691	0,9	465	1,0
<b>12 Drukning</b>	224	0,1	16	0,0	32	0,0	66	0,1	69	0,1	41	0,1
<b>13 Dykkerulykke</b>	32	0,0	7	0,0	4	0,0	10	0,0	7	0,0	4	0,0
<b>14 Dyrebid - insektstik</b>	494	0,1	75	0,1	145	0,2	147	0,2	89	0,1	38	0,1
<b>15 Feber</b>	4.046	0,9	706	0,5	1.050	1,3	785	0,8	1.048	1,3	457	1,0
<b>16 Forgiftning hos børn</b>	111	0,0	25	0,0	26	0,0	28	0,0	20	0,0	12	0,0

	Danmark		Hovedstaden		Sjælland		Syddanmark		Midtjylland		Nordjylland	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<b>17 Fødsel</b>	301	0,1	71	0,1	63	0,1	70	0,1	51	0,1	46	0,1
<b>18 Gynækologi - svangerskab</b>	1.805	0,4	639	0,5	276	0,3	471	0,5	294	0,4	125	0,3
<b>19 Hovedpine</b>	3.340	0,8	598	0,4	665	0,8	982	1,0	713	0,9	382	0,8
<b>20 Hud og udslæt</b>	187	0,0	38	0,0	41	0,1	40	0,0	53	0,1	15	0,0
<b>21 Hyoptermi - Hypertermi</b>	415	0,1	59	0,0	131	0,2	101	0,1	99	0,1	25	0,1
<b>22 Kemikalier - gasser</b>	373	0,1	69	0,1	65	0,1	132	0,1	75	0,1	32	0,1
<b>23 Krampeanfald</b>	14.126	3,2	3.726	2,7	2.149	2,7	3.164	3,3	3.294	4,1	1.793	3,9
<b>24 Mavesmerter - rygmerter</b>	26.944	6,1	5.858	4,3	6.032	7,5	6.812	7,1	5.610	7,0	2.632	5,8
<b>25 Muligt dødsfald</b>	3.604	0,8	523	0,4	921	1,1	972	1,0	846	1,0	342	0,8
<b>26 Nedsat bevidsthed - lammelser - svimmelhed</b>	55.674	12,6	14.732	10,8	9.910	12,2	12.992	13,5	11.139	13,8	6.901	15,2
<b>27 Psykiatri - suicidal</b>	11.291	2,6	1.818	1,3	1.964	2,4	2.905	3,0	3.372	4,2	1.232	2,7
<b>28 Vejtrækningsproblemer</b>	28.207	6,4	7.566	5,5	6.117	7,6	6.460	6,7	4.769	5,9	3.295	7,3
<b>29 Alkohol - forgiftning - overdosis</b>	18.824	4,3	5.802	4,2	2.772	3,4	3.986	4,1	4.389	5,4	1.875	4,1
<b>30 Sygt barn</b>	4.903	1,1	1.231	0,9	979	1,2	1.365	1,4	855	1,1	473	1,0
<b>31 Ekstremitetssmerter - sår - brud - småskader</b>	20.563	4,7	5.247	3,8	3.684	4,6	4.583	4,8	4.414	5,5	2.635	5,8
<b>32 Trafikulykke</b>	15.519	3,5	3.094	2,3	2.880	3,6	4.685	4,9	3.403	4,2	1.457	3,2
<b>33 Ulykker</b>	54.247	12,3	13.273	9,7	10.000	12,4	15.849	16,5	10.416	12,9	4.709	10,4
<b>34 Urinveje</b>	2.937	0,7	755	0,6	682	0,8	740	0,8	497	0,6	263	0,6
<b>35 Vold - mishandling</b>	2.548	0,6	681	0,5	392	0,5	557	0,6	629	0,8	289	0,6
<b>36 Øre - næse - hals</b>	2.626	0,6	621	0,5	639	0,8	530	0,6	637	0,8	199	0,4
<b>37 Øje</b>	850	0,2	240	0,2	155	0,2	173	0,2	219	0,3	63	0,1
<b>Ingen data</b>	48.943	11,1	39.406	28,8	2.398	3,0	144	0,1	3.637	4,5	3.358	7,4
<b>39</b>	864	0,2	860	0,6	3	0,0	#	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>60</b>	3	0,0	0	0,0	#	0,0	#	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>38</b>	70	0,0	62	0,0	5	0,0	3	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>99</b>	83	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	83	0,1	0	0,0
<b>44</b>	#	0,0	0	0,0	#	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Supplerende analyse til indikator 1: Andel af patienter, hvor der er foretaget en kodning i overensstemmelse med Dansk Indeks for Akuthjælp, hastegrad A-C

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2023 - 30.06.2024		Tidligere år		
				Andel	95% CI	2022/23 Antal	2021/22 Andel	2021/22 Andel
<b>Danmark</b>		295.619 / 319.662	2018 (1)	92,5	(92,4-92,6)	305.358 / 328.763	92,9	96,1
<b>Hovedstaden</b>		72.593 / 88.211	912 (1)	82,3	(82,0-82,5)	75.245 / 87.487	86,0	91,3
<b>Sjælland</b>		56.583 / 57.826	0 (0)	97,9	(97,7-98,0)	62.232 / 62.428	99,7	99,3
<b>Syddanmark</b>		75.461 / 78.002	0 (0)	96,7	(96,6-96,9)	73.120 / 79.718	91,7	99,6
<b>Midtjylland</b>		55.187 / 57.422	1106 (2)	96,1	(95,9-96,3)	57.692 / 59.728	96,6	96,6
<b>Nordjylland</b>		35.795 / 38.201	0 (0)	93,7	(93,5-93,9)	37.069 / 39.402	94,1	95,1

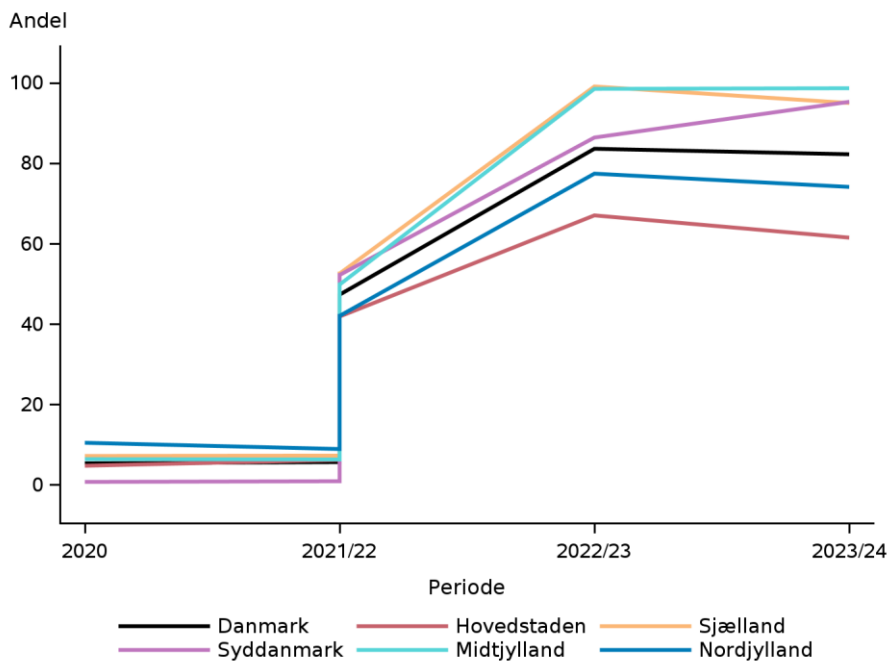
	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	118.459	Hastegrad er ikke A-C.
<b>Uoplyst:</b>	2.018	Manglende Dansk Indeks.

**Supplerende analyse til indikator 1: Andel af patienter, hvor der er foretaget en kodning i overensstemmelse med Dansk Indeks for Akuthjælp, hastegrad A-C, trendgraf**

Supplerende analyse til indikator 1: Andel af patienter, hvor der er foretaget en kodning i overensstemmelse med Dansk Indeks for Akuthjælp, hastegrad D-F

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23		2021/22
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
<b>Danmark</b>		91.381 / 111.126	2018 (2)	82,2	(82,0-82,5)	89.978 / 107.629	83,6	47,3
<b>Hovedstaden</b>		24.851 / 40.418	912 (2)	61,5	(61,0-62,0)	25.209 / 37.613	67,0	41,8
<b>Sjælland</b>		21.907 / 23.062	0 (0)	95,0	(94,7-95,3)	20.242 / 20.425	99,1	52,6
<b>Syddanmark</b>		17.416 / 18.278	0 (0)	95,3	(95,0-95,6)	16.337 / 18.910	86,4	52,2
<b>Midtjylland</b>		21.870 / 22.166	1106 (5)	98,7	(98,5-98,8)	20.730 / 21.044	98,5	49,8
<b>Nordjylland</b>		5.337 / 7.202	0 (0)	74,1	(73,1-75,1)	7.460 / 9.637	77,4	42,0

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	326.995	Hastegrad er ikke D-F.
<b>Uoplyst:</b>	2.018	Manglende Dansk Indeks.

**Supplerende analyse til indikator 1: Andel af patienter, hvor der er foretaget en kodning i overensstemmelse med Dansk Indeks for Akuthjælp, hastegrad D-F**

## Supplerende analyse til Indikator 2: Andelen af patienter afsluttet telefonisk.

### Prosabeskrivelse

Andel afsluttede patienter telefonisk (med gyldigt cpr-nummer).

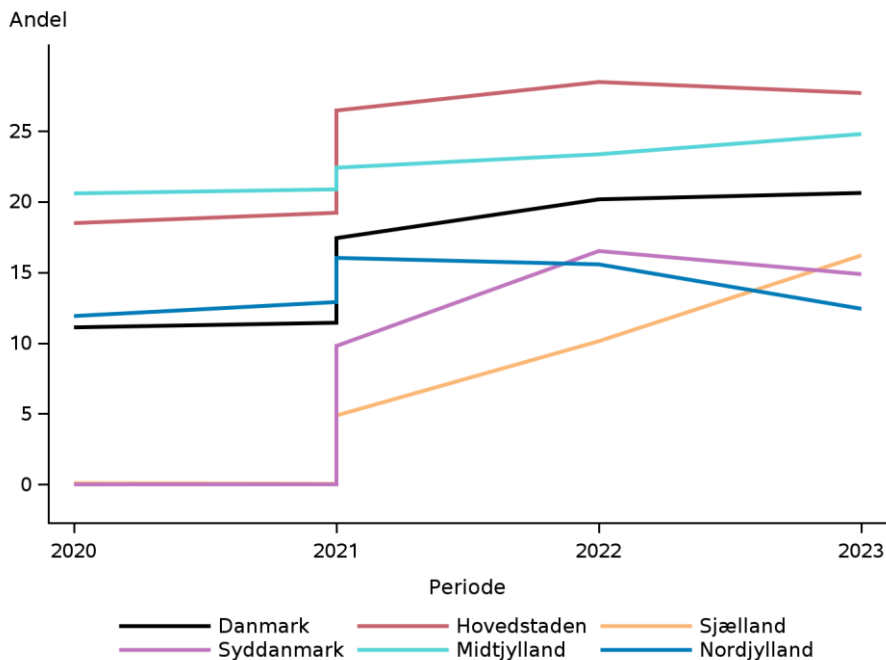
<b>Tæller</b>	Antal telefonisk afsluttede patienter med gyldigt cpr-nummer
<b>Nævner</b>	Antal patienter med gyldigt cpr-nummer
<b>Uoplyste</b>	Opkald, hvor CPR-nummer er ugyldigt, opkald hvor Dansk Indeks mangler
<b>Ekskluderede</b>	-
<b>Standard</b>	

### Supplerende analyse til Indikator 2: Andelen af patienter afsluttet telefonisk

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2023 - 30.06.2024		Tidligere år		
				Andel	95% CI	2022/23 Antal	2021/22 Andel	2021/22 Andel
<b>Danmark</b>		80.198 / 388.925	51214 (12)	20,6	(20,5-20,7)	79.015 / 391.772	20,2	17,4
<b>Hovedstaden</b>		33.063 / 119.406	17444 (13)	27,7	(27,4-27,9)	33.416 / 117.372	28,5	26,5
<b>Sjælland</b>		10.845 / 66.928	13982 (17)	16,2	(15,9-16,5)	6.810 / 67.186	10,1	4,9
<b>Syddanmark</b>		13.266 / 89.175	7107 (7)	14,9	(14,6-15,1)	14.987 / 90.754	16,5	9,8
<b>Midtjylland</b>		17.907 / 72.234	8460 (10)	24,8	(24,5-25,1)	17.005 / 72.800	23,4	22,4
<b>Nordjylland</b>		5.117 / 41.182	4221 (9)	12,4	(12,1-12,7)	6.797 / 43.660	15,6	16,0

	Antal	Årsag
<b>Uoplyst:</b>	51.214	Ugyldigt Cpr. nr.



**Supplerende analyse til Indikator 2: Andelen af patienter afsluttet telefonisk, trendgraf****Resultater af Supplerende analyse til indikatoranalysen**

Supplerende analyse til Indikator 2 viser, at 20,6 % af patienterne afsluttes telefonisk, dvs. med Dansk Indeks kode E eller F. I seneste årsrapport var andelen 20,2 %.

Den regionale variation er stor, med 12,4 % i Region Nordjylland til 27,7 % i Region Hovedstaden. Der er en stor andel af observationer med manglende cpr-nummer (12 % nationalt), hvilket betyder, der kan være variation, som ikke kan observeres i analyserne fordi data mangler.

### Supplerende analyse til Indikator 3: Andelen af patienter afsluttet på skadestedet

#### Prosabeskrivelse

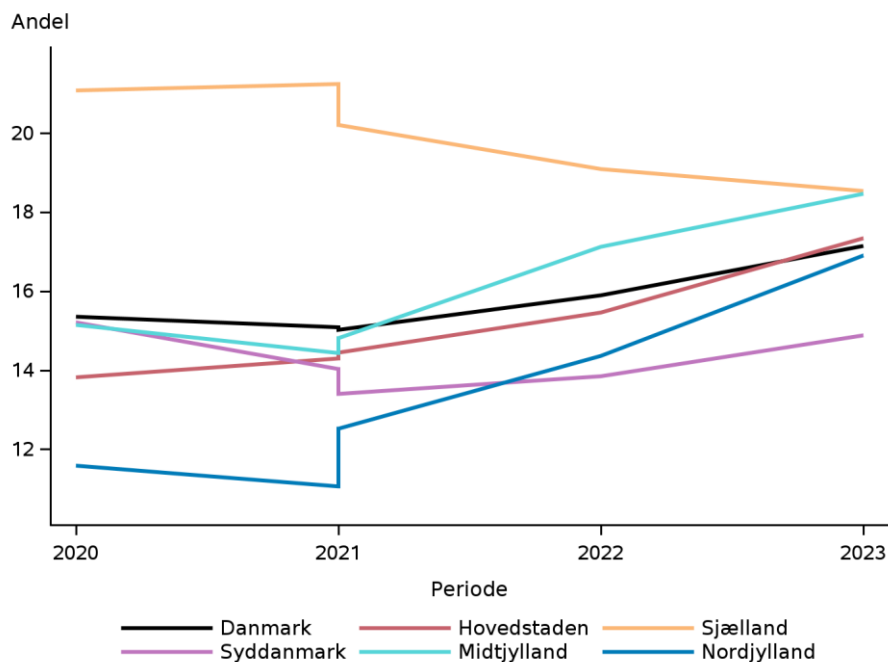
Andel patienter afsluttet på skadessted (med gyldigt cpr-nummer), uden indbringelse til hospitalet.

<b>Tæller</b>	Antal patienter afsluttet på skadessted (med gyldigt cpr-nummer)
<b>Nævner</b>	Antal patienter med gyldigt cpr-nummer
<b>Uoplyste</b>	Opkald, hvor CPR-nummer er ugyldigt, opkald hvor Dansk Indeks mangler
<b>Ekskluderede</b>	-
<b>Standard</b>	

### Supplerende analyse til Indikator 3: Andelen af patienter afsluttet på skadestedet

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2023 - 30.06.2024		Tidligere år		
				Andel	95% CI	2022/23 Antal	2021/22 Andel	2021/22 Andel
<b>Danmark</b>		66.671 / 388.925	51214 (12)	17,1	(17,0-17,3)	62.267 / 391.772	15,9	15,0
<b>Hovedstaden</b>		20.702 / 119.406	17444 (13)	17,3	(17,1-17,6)	18.143 / 117.372	15,5	14,4
<b>Sjælland</b>		12.403 / 66.928	13982 (17)	18,5	(18,2-18,8)	12.824 / 67.186	19,1	20,2
<b>Syddanmark</b>		13.270 / 89.175	7107 (7)	14,9	(14,6-15,1)	12.566 / 90.754	13,8	13,4
<b>Midtjylland</b>		13.336 / 72.234	8460 (10)	18,5	(18,2-18,7)	12.464 / 72.800	17,1	14,8
<b>Nordjylland</b>		6.960 / 41.182	4221 (9)	16,9	(16,5-17,3)	6.270 / 43.660	14,4	12,5

	Antal	Årsag
<b>Uoplyst:</b>	51.214	Ugyldigt Cpr. nr.

**Supplerende analyse til Indikator 3: Andelen af patienter afsluttet på skadestedet, trendgraf****Resultater af Supplerende analyse**

Supplerende analyse til Indikator 3 viser, at 17,1 % af patienterne blev afsluttet på skadestedet. Sidste år var andelen 15,9 %. Regionalt varierede andelen fra 14,9 % i Region Syddanmark til 18,5 % i Region Sjælland og Region Midtjylland. Der mangler cpr-numre i 12 % af observationerne, hvilket kan skjule relevant variation.

## Hastegrader; supplerende til indikator 6

Nedenstående tabel viser fordelingen af hastegrader for de patienter, hvor der er angivet cpr-nummer. Rækker med "Ingen data", er rækker med manglende angivelse af Dansk Indeks. Hastegraderne N, P og S er ikke gyldige værdier i Dansk Indeks, men de optræder ikke desto mindre i datasættet og er derfor præsenteret i tabellen nedenfor.

Tabellen præsenterer udelukkende hastegrader for observationer med gyldigt cpr-nummer.

Fordelingen af patienter for de forskellige hastegrader er nogenlunde ens i hele landet. Omtrent 40 % er hastegrad A og B, lige omkring 19 % er hastegrad E/F og den lille rest, er fordel mellem C og D.

Tablet 3: Fordeling af patienter for hver hastegrad

	01.07.2023 - 30.06.2024		01.07.2022 - 30.06.2023		01.07.2021 - 30.06.2022	
	AntalHastegrad		AntalHastegrad		AntalHastegrad	
	Antal	Andel i %	Antal	Andel i %	Antal	Andel i %
<b>Danmark</b>	388.925	100,00	391.772	100,00	390.160	100,00
<b>A</b>	146.847	37,76	154.561	39,45	165.433	42,40
<b>B</b>	148.210	38,11	148.671	37,95	149.789	38,39
<b>C</b>	7.916	2,04	7.400	1,89	5.897	1,51
<b>D</b>	3.539	0,91	2.928	0,75	1.452	0,37
<b>E</b>	67.245	17,29	63.589	16,23	45.808	11,74
<b>F</b>	8.007	2,06	6.219	1,59	12.031	3,08
<b>Ingen data</b>	170	0,04	160	0,04	807	0,21
<b>N/P/S</b>	6.969	1,79	8.243	2,10	8.942	2,29
<b>M</b>	0	0	0	0	#	0,00
<b>Q</b>	0	0	#	0,00	0	0
<b>O</b>	12	0,00	0	0	0	0
<b>L</b>	8	0,00	0	0	0	0
<b>W</b>	#	0,00	0	0	0	0
<b>Z</b>	#	0,00	0	0	0	0
<b>Hovedstaden</b>	119.406	100,00	117.372	100,00	126.270	100,00
<b>A</b>	37.672	31,55	38.399	32,72	45.866	36,32
<b>B</b>	43.350	36,30	41.544	35,40	45.092	35,71
<b>C</b>	1.684	1,41	1.799	1,53	1.473	1,17
<b>D</b>	2.617	2,19	2.427	2,07	1.059	0,84
<b>E</b>	19.780	16,57	19.594	16,69	11.999	9,50
<b>F</b>	7.222	6,05	5.251	4,47	11.070	8,77
<b>Ingen data</b>	113	0,09	118	0,10	771	0,61
<b>N/P/S</b>	6.956	5,83	8.240	7,02	8.940	7,08
<b>M</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Q</b>	0	0	0	0	0	0
<b>O</b>	12	0,01	0	0	0	0
<b>L</b>	0	0	0	0	0	0
<b>W</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Z</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Sjælland</b>	66.928	100,00	67.186	100,00	63.753	100,00
<b>A</b>	26.012	38,87	28.047	41,75	29.377	46,08
<b>B</b>	27.763	41,48	29.922	44,54	29.145	45,72
<b>C</b>	1.550	2,32	1.786	2,66	1.554	2,44

	01.07.2023 - 30.06.2024		01.07.2022 - 30.06.2023		01.07.2021 - 30.06.2022	
	AntalHastegrad		AntalHastegrad		AntalHastegrad	
	Antal	Andel i %	Antal	Andel i %	Antal	Andel i %
<b>D</b>	737	1,10	374	0,56	295	0,46
<b>E</b>	10.845	16,20	7.057	10,50	3.381	5,30
<b>F</b>	0	0	0	0	#	0,00
<b>Ingen data</b>	0	0	0	0	0	0
<b>N/P/S</b>	11	0,02	0	0	0	0
<b>M</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Q</b>	0	0	0	0	0	0
<b>O</b>	0	0	0	0	0	0
<b>L</b>	8	0,01	0	0	0	0
<b>W</b>	#	0,00	0	0	0	0
<b>Z</b>	#	0,00	0	0	0	0
<b>Syddanmark</b>	89.175	100,00	90.754	100,00	84.755	100,00
<b>A</b>	35.903	40,26	38.696	42,64	40.181	47,41
<b>B</b>	34.077	38,21	33.443	36,85	33.529	39,56
<b>C</b>	4.343	4,87	3.510	3,87	2.637	3,11
<b>D</b>	113	0,13	61	0,07	55	0,06
<b>E</b>	14.737	16,53	15.040	16,57	8.350	9,85
<b>F</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Ingen data</b>	0	0	0	0	0	0
<b>N/P/S</b>	#	0,00	3	0,00	#	0,00
<b>M</b>	0	0	0	0	#	0,00
<b>Q</b>	0	0	#	0,00	0	0
<b>O</b>	0	0	0	0	0	0
<b>L</b>	0	0	0	0	0	0
<b>W</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Z</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Midtjylland</b>	72.234	100,00	72.800	100,00	73.465	100,00
<b>A</b>	27.002	37,38	29.052	39,91	30.418	41,40
<b>B</b>	27.136	37,57	27.015	37,11	26.526	36,11
<b>C</b>	160	0,22	70	0,10	57	0,08
<b>D</b>	33	0,05	31	0,04	9	0,01
<b>E</b>	17.846	24,71	16.590	22,79	16.419	22,35
<b>F</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Ingen data</b>	57	0,08	42	0,06	36	0,05
<b>N/P/S</b>	0	0	0	0	0	0
<b>M</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Q</b>	0	0	0	0	0	0
<b>O</b>	0	0	0	0	0	0
<b>L</b>	0	0	0	0	0	0
<b>W</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Z</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Nordjylland</b>	41.182	100,00	43.660	100,00	41.917	100,00
<b>A</b>	20.258	49,19	20.367	46,65	19.591	46,74
<b>B</b>	15.884	38,57	16.747	38,36	15.497	36,97

	01.07.2023 - 30.06.2024		01.07.2022 - 30.06.2023		01.07.2021 - 30.06.2022	
	AntalHastegrad		AntalHastegrad		AntalHastegrad	
	Antal	Andel i %	Antal	Andel i %	Antal	Andel i %
<b>C</b>	179	0,43	235	0,54	176	0,42
<b>D</b>	39	0,09	35	0,08	34	0,08
<b>E</b>	4.037	9,80	5.308	12,16	5.659	13,50
<b>F</b>	785	1,91	968	2,22	960	2,29
<b>Ingen data</b>	0	0	0	0	0	0
<b>N/P/S</b>	0	0	0	0	0	0
<b>M</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Q</b>	0	0	0	0	0	0
<b>O</b>	0	0	0	0	0	0
<b>L</b>	0	0	0	0	0	0
<b>W</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Z</b>	0	0	0	0	0	0

	01.01.2021 - 30.06.2021		01.01.2020 - 31.12.2020	
	AntalHastegrad		AntalHastegrad	
	Antal	Andel i %	Antal	Andel i %
<b>Danmark</b>	151.602	100,00	300.934	100,00
<b>A</b>	70.288	46,36	144.237	47,93
<b>B</b>	61.691	40,69	119.780	39,80
<b>C</b>	2.049	1,35	3.332	1,11
<b>D</b>	193	0,13	350	0,12
<b>E</b>	9.255	6,10	16.755	5,57
<b>F</b>	5.650	3,73	10.579	3,52
<b>Ingen data</b>	536	0,35	1.338	0,44
<b>N/P/S</b>	1.940	1,28	4.563	1,52
<b>M</b>	0	0	0	0
<b>Q</b>	0	0	0	0
<b>O</b>	0	0	0	0
<b>L</b>	0	0	0	0
<b>W</b>	0	0	0	0
<b>Z</b>	0	0	0	0
<b>Hovedstaden</b>	46.907	100,00	94.729	100,00
<b>A</b>	19.404	41,37	40.036	42,26
<b>B</b>	18.179	38,76	36.509	38,54
<b>C</b>	335	0,71	800	0,84
<b>D</b>	126	0,27	255	0,27
<b>E</b>	1.171	2,50	1.652	1,74
<b>F</b>	5.228	11,15	9.772	10,32
<b>Ingen data</b>	524	1,12	1.145	1,21
<b>N/P/S</b>	1.940	4,14	4.560	4,81
<b>M</b>	0	0	0	0
<b>Q</b>	0	0	0	0
<b>O</b>	0	0	0	0
<b>L</b>	0	0	0	0

	01.01.2021 - 30.06.2021		01.01.2020 - 31.12.2020			
	AntalHastegrad		AntalHastegrad			
	Antal	Andel i %	Antal	Andel i %		
<b>Sjælland</b>	W	0	0	0	0	
	Z	0	0	0	0	
		25.938	100,00	51.339	100,00	
	A	12.277	47,33	25.015	48,73	
	B	12.950	49,93	25.108	48,91	
	C	508	1,96	923	1,80	
	D	46	0,18	57	0,11	
	E	157	0,61	236	0,46	
	F	0	0	0	0	
	Ingen data	0	0	0	0	
	N/P/S	0	0	0	0	
	M	0	0	0	0	
	Q	0	0	0	0	
	O	0	0	0	0	
	L	0	0	0	0	
	W	0	0	0	0	
	Z	0	0	0	0	
<b>Syddanmark</b>		32.347	100,00	63.483	100,00	
	A	17.011	52,59	35.346	55,68	
	B	14.187	43,86	26.620	41,93	
	C	1.100	3,40	1.436	2,26	
	D	16	0,05	28	0,04	
	E	33	0,10	50	0,08	
	F	0	0	0	0	
	Ingen data	0	0	0	0	
	N/P/S	0	0	3	0,00	
	M	0	0	0	0	
	Q	0	0	0	0	
	O	0	0	0	0	
	L	0	0	0	0	
	W	0	0	0	0	
	Z	0	0	0	0	
	<b>Midtjylland</b>		29.149	100,00	57.544	100,00
		A	12.634	43,34	25.735	44,72
B		10.417	35,74	19.952	34,67	
C		35	0,12	89	0,15	
D		3	0,01	6	0,01	
E		6.048	20,75	11.569	20,10	
F		0	0	0	0	
Ingen data		12	0,04	193	0,34	
N/P/S		0	0	0	0	
M		0	0	0	0	
Q		0	0	0	0	
O		0	0	0	0	

	01.01.2021 - 30.06.2021		01.01.2020 - 31.12.2020	
	AntalHastegrad		AntalHastegrad	
	Antal	Andel i %	Antal	Andel i %
<b>L</b>	0	0	0	0
<b>W</b>	0	0	0	0
<b>Z</b>	0	0	0	0
<b>Nordjylland</b>	17.261	100,00	33.839	100,00
<b>A</b>	8.962	51,92	18.105	53,50
<b>B</b>	5.958	34,52	11.591	34,25
<b>C</b>	71	0,41	84	0,25
<b>D</b>	#	0,01	4	0,01
<b>E</b>	1.846	10,69	3.248	9,60
<b>F</b>	422	2,44	807	2,38
<b>Ingen data</b>	0	0	0	0
<b>N/P/S</b>	0	0	0	0
<b>M</b>	0	0	0	0
<b>Q</b>	0	0	0	0
<b>O</b>	0	0	0	0
<b>L</b>	0	0	0	0
<b>W</b>	0	0	0	0
<b>Z</b>	0	0	0	0

Foruden fordelingen af opkald på hastegrader, er det relevant at kende fordelingen af registrering af cpr-numre stratificeret på hastegraden. Derfor viser nedenstående tabel registreringskompletheden for cpr-numre fordelt på hastegrad for alle patienter i opgørelsesperioden.

Tabellen viser, de registreringer, som mangler angivelse af cpr-nummer primært sorterer under hastegrad E/F. Taget i betragtning, journaler oprettes i forbindelse med at en præhospital enhed sendes på opgave, er dette måske ikke overraskende, men det udgør et problem i forhold til muligheden for at følge op, fx i forbindelse med genhenvendelse.

Tabel 4: Angivelse af cpr-nummer fordelt på hastegrader

		Cpr		Gyldig Cpr		Ugyldig Cpr	
		Antal	Antal	%	Antal	%	
<b>Danmark</b>		440.139	388.925	88,36	51.214	11,64	
<b>Danmark</b>	<b>A</b>	155.407	146.847	94,49	8.560	5,51	
	<b>B</b>	155.991	148.210	95,01	7.781	4,99	
	<b>C</b>	8.264	7.916	95,79	348	4,21	
	<b>D</b>	3.725	3.539	95,01	186	4,99	
	<b>E</b>	93.486	67.245	71,93	26.241	28,07	
	<b>F</b>	13.915	8.007	57,54	5.908	42,46	
	<b>Ingen data</b>	2.018	170	8,42	1.848	91,58	
	<b>L</b>	8	8	100,00	0	0,00	
	<b>N/P/S</b>	7.306	6.969	95,39	337	4,61	
	<b>O</b>	16	12	75,00	4	25,00	



	Cpr		Gyldig Cpr		Ugyldig Cpr	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal
<b>R</b>	#	0	0,00	#	100,00	
<b>W</b>	#	#	100,00	0	0,00	
<b>Z</b>	#	#	100,00	0	0,00	
<b>Hovedstaden</b>						
<b>A</b>	40.021	37.672	94,13	2.349	5,87	
<b>B</b>	46.424	43.350	93,38	3.074	6,62	
<b>C</b>	1.766	1.684	95,36	82	4,64	
<b>D</b>	2.753	2.617	95,06	136	4,94	
<b>E</b>	25.534	19.780	77,47	5.754	22,53	
<b>F</b>	12.131	7.222	59,53	4.909	40,47	
<b>Ingen data</b>	912	113	12,39	799	87,61	
<b>L</b>	0	0	0	0	0	
<b>N/P/S</b>	7.293	6.956	95,38	337	4,62	
<b>O</b>	16	12	75,00	4	25,00	
<b>R</b>	0	0	0	0	0	
<b>W</b>	0	0	0	0	0	
<b>Z</b>	0	0	0	0	0	
<b>Sjælland</b>						
<b>A</b>	27.291	26.012	95,31	1.279	4,69	
<b>B</b>	28.899	27.763	96,07	1.136	3,93	
<b>C</b>	1.636	1.550	94,74	86	5,26	
<b>D</b>	776	737	94,97	39	5,03	
<b>E</b>	22.281	10.845	48,67	11.436	51,33	
<b>F</b>	5	0	0,00	5	100,00	
<b>Ingen data</b>	0	0	0	0	0	
<b>L</b>	8	8	100,00	0	0,00	
<b>N/P/S</b>	11	11	100,00	0	0,00	
<b>O</b>	0	0	0	0	0	
<b>R</b>	#	0	0,00	#	100,00	
<b>W</b>	#	#	100,00	0	0,00	
<b>Z</b>	#	#	100,00	0	0,00	
<b>Syddanmark</b>						
<b>A</b>	37.813	35.903	94,95	1.910	5,05	
<b>B</b>	35.696	34.077	95,46	1.619	4,54	
<b>C</b>	4.493	4.343	96,66	150	3,34	
<b>D</b>	116	113	97,41	3	2,59	
<b>E</b>	18.162	14.737	81,14	3.425	18,86	
<b>F</b>	0	0	0	0	0	
<b>Ingen data</b>	0	0	0	0	0	
<b>L</b>	0	0	0	0	0	
<b>N/P/S</b>	#	#	100,00	0	0,00	
<b>O</b>	0	0	0	0	0	
<b>R</b>	0	0	0	0	0	
<b>W</b>	0	0	0	0	0	
<b>Z</b>	0	0	0	0	0	
<b>Midtjylland</b>						
<b>A</b>	29.010	27.002	93,08	2.008	6,92	
<b>B</b>	28.241	27.136	96,09	1.105	3,91	
<b>C</b>	171	160	93,57	11	6,43	

	Cpr		Gyldig Cpr		Ugyldig Cpr	
	Antal	Antal	%	Antal	%	#
<b>D</b>	34	33	97,06			2,94
<b>E</b>	22.132	17.846	80,63	4.286	19,37	
<b>F</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Ingen data</b>	1.106	57	5,15	1.049	94,85	
<b>L</b>	0	0	0	0	0	0
<b>N/P/S</b>	0	0	0	0	0	0
<b>O</b>	0	0	0	0	0	0
<b>R</b>	0	0	0	0	0	0
<b>W</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Z</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Nordjylland</b>						
<b>A</b>	21.272	20.258	95,23	1.014	4,77	
<b>B</b>	16.731	15.884	94,94	847	5,06	
<b>C</b>	198	179	90,40	19	9,60	
<b>D</b>	46	39	84,78	7	15,22	
<b>E</b>	5.377	4.037	75,08	1.340	24,92	
<b>F</b>	1.779	785	44,13	994	55,87	
<b>Ingen data</b>	0	0	0	0	0	0
<b>L</b>	0	0	0	0	0	0
<b>N/P/S</b>	0	0	0	0	0	0
<b>O</b>	0	0	0	0	0	0
<b>R</b>	0	0	0	0	0	0
<b>W</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Z</b>	0	0	0	0	0	0

## Opgørelse af centrale variable i databasen

01.07.2023 - 30.06.2024	Journaler/ Patienter Antal	Med kørsel Antal	Smertescore		Smertebehandlet		Glasgow Comascore		Blodsukker		Behandlet med glucose		EKG	
			Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<b>Danmark</b>	440.139	325.940	166.149	51,0	43.994	13,5	277.762	85,2	136.501	41,9	2.178	0,7	3.779	1,2
<b>Midtjylland</b>	80.694	57.436	25.904	45,1	9.458	16,5	49.754	86,6	26.429	46,0	435	0,8	757	1,3
<b>Hovedstaden</b>	136.850	92.221	45.303	49,1	8.944	9,7	72.761	78,9	35.172	38,1	536	0,6	785	0,9
<b>Nordjylland</b>	45.403	37.924	16.299	43,0	6.171	16,3	34.359	90,6	14.122	37,2	326	0,9	507	1,3
<b>Syddanmark</b>	96.282	79.782	45.342	56,8	11.572	14,5	69.615	87,3	41.283	51,7	556	0,7	1.043	1,3
<b>Sjælland</b>	80.910	58.577	33.301	56,8	7.849	13,4	51.273	87,5	19.495	33,3	325	0,6	687	1,2

# Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Præhospitalsdatabasens formål er at belyse kvaliteten og eventuel variation i kvaliteten af den præhospitale behandling i Danmark. Dette ved løbende monitorering af de vigtigste parametre for den præhospitale indsats, som er kort tidsforbrug inden en professionel indsats, en professionel indsats af høj faglig standard, og transporttid til relevant kvalificeret modtagelse.

I de fem regioners AMK-vagtcentraler (Akut Medicinsk Koordinering) vurderer en sundhedsfaglig visitator hastegraden (A, B, C, D, E/F) og hovedsymptomet/ulykken efter Dansk Indeks for Akuthjælp (et symptom-opbygget beslutningsstøttesystem, kaldes blot 'Dansk Indeks'<sup>2</sup>). Hastegraden noteres elektronisk og en teknisk kørselsdisponent udvælger og alarmerer elektronisk den/de konkrete indsatsenheder: ambulancer, akutbiler, akutlægebiler, akutlægehelikopter, nødbehandlere.

## Faktaboks 1: Dansk Indeks for Akuthjælp

**'Dansk Indeks' er et medicinsk beslutningsstøtteværktøj for det sundhedsfaglige personale i AMK-vagtcentralen (Akut Medicinsk Koordinering).**

**Beslutningsstøtteværktøjet bruges til vurdering af.**

- 1) **Hvorfor der ringes 112, dvs. hvilket symptom eller skade/ulykke ringes der om (Dansk Indeks kriterie)**
- 2) **Hvor alvorligt det er, dvs. "hastegrad", som ligger til grund for prioritering og disponering af de præhospitale indsatsenheder (ambulancer, akutlægebiler mm.) til akut syge og alvorligt tilskadekomne borgere.**

### Dansk Indeks kriterie

Der er i alt 37 Dansk Indeks kriterier – se tabel 2, side 46 – f.eks. bevidstløs, vejtrækningsbesvær, bryst smerter, trafikulykke. Hvert symptom har et nummer, med to cifre fra 01-37. Alvorligheden for hvert af de 37 kriterier beskrives med yderligere 2 cifre.

### Hastegrad

**A** muligt livs eller førlighedstruende tilstande – ambulance med udrykning,

**B** hurtigt til mindre alvorlige men hastende tilstande- ambulance

**C** ikke hastende - ambulance

**D** ikke behandlingskrævende liggende befording

**E/F** Ikke behov for ambulance eller liggende befording

Beslutningen om at anvende 'Dansk Indeks' er truffet af regionerne i fællesskab på initiativ fra de regionale præhospitale lægefaglige ledere. 'Dansk Indeks' er et anerkendt værktøj og anvendes i lignende udgaver i flere nordiske lande.

Det gør desuden dokumentationen af den sundhedsfaglige visitation, der foretages på AMK-vagtcentralen, enkel og hurtig, da man for hvert opkald skal notere Dansk Indeks kriterie og hastegrad, dvs. et bogstav og fire cifre.

Dataoverblikket på området er udfordret af de vilkår, der arbejdes under i den præhospitale sektor, hvor patientens identitet ikke altid er kendt. Dertil kommer, at data indsamles fra AMK-vagtcentralerne, der både modtager 112 og

<sup>2</sup><http://www.ph.rm.dk/siteassets/prahospitalet/prahospitale-omrader/amk-vagtcentral/dansk-indeks-1.8---landsudgaven.pdf>

mange andre opkald om ambulancer fra praktiserende læge og hospitaler mm. Udgangspunktet for indsatsen er den enkelte præhospitale hændelse, som kan være f.eks. én syg patient eller en ulykke med flere involverede. Data har til og med 2019 været indhentet direkte fra AMK-vagtcentralernes systemer til sundhedsfaglig visitation og disponering af ambulancekørsler og andre af præhospitale enheder, f.eks., akutbil, akutlægebil og akutlægehelikopter.

Nogle af 112-opkaldene afsluttes telefonisk med råd eller henvisning til egen læge/vagtlæge, hvorimod andre medfører, at der sendes en eller flere præhospitale enheder, typisk ambulancer. Til et 112-opkald kan der sendes en eller flere præhospitale enheder til en eller flere patienter. Det ikke er altid muligt at få information om patientens cpr-nummer i de akutte situationer. Selvom dette er et grundvilkår for området, opfordres der til at identifikationen af patienterne, der alene modtager telefonisk rådgivning, da det er den eneste mulighed, der er for at følge op på forløbet forbedres.

Præhospitalsdatabasens kvalitetsindikatorer blev i sin tid udvalgt med udgangspunkt i rapporten om nationale kvalitetsmål på det præhospitale område udarbejdet af Danske Regioners temagruppe på det præhospitale område<sup>3</sup>. Efter muligheden for at få patientdata, blev en dokumentalistrapport udarbejdet i 2018, som ligger til grund for nye indikatorer på patientniveau. Evidensrapporten er opdateret ultimo 2023, og kan findes her:

[Evidensrapport 2023](#)

#### Faktaboks 2: Ambulanceresponstid efter bekendtgørelse

##### **Bekendtgørelse 971 om planlægning af sundhedsberedskabet<sup>4</sup>**

§4 Stk. 4.: Ved responstid forstås den tid, der går, fra den tekniske disponent på regionens AMK-vagtcentral (Akut Medicinsk Koordinering) modtager opgaven fra den sundhedsfaglige visitator, og indtil ambulancen er fremme på et skadested, hos en akut syg patient eller hos en fødende.

§ 19. Stk. 2. Regionsrådet bestemmer beredskabets omfang i de enkelte geografiske områder på baggrund af det lokale behov, jf. § 13.

Stk. 3. Regionsrådet fastlægger responstider i hvert beredskabsområde. Disse responstider kan suppleres med differentierede responstider. De fastlagte responstider offentliggøres, og regionsrådet følger løbende de faktiske responstider

*De enkelte regioner definerer og beregner ambulanceresponstider forskelligt ud fra deres egne servicemål. De offentliggjorte værdier kan være opgjort som 90 % percentil eller gennemsnit eller medianværdier alt afhængig af, hvordan man lokalt har fastlagt servicemålene.*

##### **Bekendtgørelser 1264 om ambulancer og uddannelse af ambulancepersonale m.v.**

§ 3. En ambulance skal bemannes med mindst to personer, som har gennemgået uddannelsen til ambulancebehandler, jf. § 6, eller uddannelse, der i al væsentlighed svarer til uddannelsen til ambulancebehandler, jf. § 12.

Med overgangen fra 2019 til 2020 er data lagt om til at være baseret på patienter (journaler), frem for opkald. Det betyder, man ikke nødvendigvis direkte kan sammenligne, hvad der ligger før overgangen med det, der ligger efter.

<sup>3</sup> <http://www.rkkp.dk/siteassets/om-rkkp/de-kliniske-kvalitetsdatabaser/prahospitalsdatabasen/rapport-af-2013-11-27-om-forslag-til-nationale-kvalitetsmal-for-den-prahospitale-indsats-i-danmark.pdf>

<sup>4</sup> **BEK nr. 971 af 28/06/2016:** Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet, <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=181681>

I det aktuelle tilfælde skyldes det, at den målbare enhed er lavet om. Hvor hver enkelt observation i databasen hidtil har været "et 112-opkald" er hver enkelt observation nu "en patient". Da et opkald ikke er det samme som en patient, kan man altså ikke trække en direkte linje mellem tiden før og tiden efter omlægningen.

Denne ændring er afgørende for, hvilke indikatorer, det er muligt at rapportere på, hvorfor indikator 1, 2 og 3 udgår fra årsrapporterne fra 2020 og frem. Således er beregningsreglerne for indikatorerne justeret tilsvarende (baserede på patienter), og rapporter fra 2020 altså ikke direkte sammenlignes med de forrige fordi måleenheden så at sige er ændret fra at være opkald til at være patienter. Samtidig er dataflowet fra de fem regioner til RKKP ændret, hvilket er beskrevet uddybende i afsnittet om Datagrundlag.

Ændringen i datastrukturen er lavet med henblik på at gøre databasen relevant fra et patientsynspunkt, snarere end et organisatorisk. Således understøtter den struktur muligheden for at følge den enkelte patient over tid, og det er således lettere at monitorere på kvaliteten for patienter i stedet for kvaliteten per opkald eller per præhospitale enhed.

### Det præhospitale patientforløb

Præhospitalsdatabasen dækker hele det præhospitale patientforløb. Når borgerne ringer 112 modtages opkaldet først af Politiets Alarmcentral eller Hovedstadens Beredskab, hvorfra opkald vedrørende sygdom eller tilskadekomst viderestilles til en af de fem regioners AMK-vagtcentraler (Akut Medicinsk Koordinering). Når AMK-vagtcentralen modtager 112-opkaldet møder patienten første gang sundhedsvæsenet, nemlig den sundhedsfaglige visitator, der vurderer hvor alvorligt og hastende hændelsen er og visiterer hjælpen herud fra. Dette sker ved hjælp af Dansk Indeks for Akuthjælp (et beslutningsstøttesystem baseret på symptomer og ulykkesmekanismer, kaldes blot 'Dansk Indeks'5 – se Faktaboks 1: Dansk Indeks for Akuthjælp). Den sundhedsfaglige visitator visiterer til ambulance eller anden form for hjælp/ henvisning og vurderer om og i givet fald med hvilken hastegrad en ambulance skal fremsendes (Faktaboks 1: Dansk Indeks for Akuthjælp). En teknisk kørselsdisponent afsender den/de præhospitale indsatsenheder: ambulancer, akutbiler, akutlægebiler, akutlægehelikopter, eventuelle nødhjælperordninger osv. Efter afsendelse af de præhospitale enheder er der to udfald: Patienten blive færdigbehandlet på stedet eller kan blive transporteret videre til behandling på et hospital. Efter ankomst til hospitalet overdrages patienten til hospitalspersonale, hvorved også patientansvaret overdrages fra den præhospitale organisation til hospitalet.

Den præhospitale patientjournal omfatter ikke alle præhospitale patientforløb, da PPJ første oprettes, når et præhospitale beredskab designeres til en opgave. Der kan derfor mangle oplysninger om, de patienter, hvortil der ikke sendes en ambulance. Data for disse patienter, hvis behandling enten afsluttes i telefonen eller for hvem der henvises til anden hjælp må derfor indhentes fra de tre forskellige ambulancedisponeringssystemer, der anvendes i Danmark og efterfølgende kobles til patientforløbet

Resultaterne i den aktuelle årsrapport skal tolkes med stor varsomhed grundet de ovenfor nævnte forhold. Der er dog en klar forventning om, at det fortsatte arbejde med data vil bidrage til mere ensartede data på tværs af regionerne, og at PPJ vil bidrage til generel højere datakvalitet.

Det gælder således stadig at flere af Præhospitalsdatabasen indikatorer omhandler tidsintervaller for ambulancekørsler. Traditionelt er fokus på den såkaldte ambulanceresponstid (Se Faktaboks 2: Ambulanceresponstid efter bekendtgørelse), mens indikatoren ser på den samlede tid fra 112-opkaldet modtages i AMK-Vagtcentralen efter at være blevet videresendt fra 112-alarmcentralen og til den præhospitale enheds ankomst til patientens adresse (hvilket ikke nødvendigvis afspejler det tidspunkt, hvor ambulancepersonalet opnår kontakt med patienten). Derfor omhandler indikatorer 1 hele tidsintervallet fra AMK-vagtcentralerne modtager den elektroniske melding om et 112 opkald 112-alarmcentralen og indtil den professionelle hjælp er fremme på skadestedet. Dette tidsinterval er længere end den officielle ambulanceresponstid, således som den er defineret i

---

<sup>5</sup><http://www.ph.rm.dk/siteassets/prahospitalet/prahospitale-omrader/amk-vagtcentral/dansk-indeks-1.8---landsudgaven.pdf>

Bekendtgørelse 9716 (Faktaboks 2: Ambulanceresponstid efter bekendtgørelse) om planlægning af sundhedsberedskabet. Her beregnes tidsintervallet fra den tekniske kørselsdisponent modtager den elektroniske melding om en opgave til en ambulance, og indtil ambulancen er fremme på stedet. Men sundhedsvæsenet modtager ikke 112-opkaldene direkte, og derfor skal der altså, set fra patientens synsvinkel, tillægges den tid, der bruges på 112-opkaldene hos 112-alarmcentralen. Så længe det tidsforløb ikke kan fås oplyst, giver indikatoren i sig selv ikke megen mening, da den ikke belyser det reelle tidsforløb set fra patients side. Sundhedsfagligt er det naturligvis væsentligt at der er korte responstider ved tidskritiske tilstande (hjertestop, vejrtrækningsbesvær og svær tilskadekomst), men overordnet set er der ikke et stort sundhedsfagligt belæg for at kort responstid øger overlevelsen hos de præhospitale patienter, hvorfor der ikke er angivet standarder for tidsmålene. Langt de fleste ambulanceudrykninger går til akutte tilstande, som ikke på samme måde er afhængige af tidskritiske behandlingstiltag. Derfor er det besluttet at lade disse generelle tidsforløb for alle præhospitale patienter udgå som indikatorer fremover.

### Perspektiver

Målet med Præhospitalsdatabasen er at få fokus på patienterne, patientbehandlingen og det samlede præhospitale patientforløb, samt på længere sigt, ved kobling til andre databaser - hele det akutte patientforløb. I denne årsrapport er data indhentet både fra PPJ og fra de regionale disponeringssystemer. Fra denne årsrapport er data indhentet fra datasættet "PPJ-patientforløb", som nu er en del af den fællesregionale drift af PPJ.

---

<sup>6</sup> BEK nr. 971 af 28/06/2016: Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet, <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=181681>

## Årsrapporten kort fortalt

Præhospitalsdatabasen handler om det præhospitale område. Dvs. alt fra en borger ringer 112 og frem til en afslutning. Afslutningen kan så enten være at patienten er bragt til sygehuset, at man har aftalt at se tiden an, at der henvises til anden hjælp, eller at patienten er blevet færdigbehandlet på stedet.

Fordi det præhospitale område inkluderer alle, der ringer 112, kan patienterne også fejle alt muligt forskelligt, så det er ikke let at tale om en samlet, ensartet gruppe af patienter. Derfor bliver kvaliteten målt på forskellige indikatorer, hvor patienter er opdelt enten efter symptomer eller sygdom.

I alt har databasen 13 kvalitetsindikatorer og nogle ekstra analyser til at uddybe indikatorerne.

### Indikator 1: Dansk Indeks

Dansk Indeks er en måde at sortere 112-opkaldene på. Man skriver et bogstav og fire tal. Fx A0122. Bogstavet viser, hvor hurtigt det skal gå. Så hvis der står et A, skal ambulancen køre med udrykning. Hvis der står et E eller F, skal der slet ikke sendes en ambulance. De fire tal viser noget om, hvad man tror, patienten fejler. Det er vigtigt at alle opkald til 112 er kodet med rigtige koder, så det kan undersøges om alle dem med A kommer hurtigt frem og der er kodet med F måske ringer igen eller om patienten/borgeren ikke længere havde behov for hjælp.

Indikatoren måler altså, om alle 112-opkald er kodet med en gyldig kode. Det kan godt være, en kode er gyldig ifølge Dansk Indeks, men er forkert, så den ikke korrekt viser, hvad patienten formodes at fejle. Men den slags fejl kan ikke ses ud af data, så det opgøres udelukkende, om kørslen er kodet med en gyldig kode.

Udviklingsmålet (målsætningen) er 95 %. Det betyder, det er god kvalitet, hvis 95 % af alle opkald har en gyldig kode. Sidste år havde 88 % en gyldig kode. Der var 438.121 personer, der ringede 112 (en borger kan ringe to gange, og bliver så talt med igen).

Der er udarbejdet en supplerende analyse for at se, om der er forskel på, hvem der har gyldig kode og hvem der ikke har. Hvis man ser på alle dem med bogstaverne A, B og C (alle, som får besøg af en ambulance), så har de en gyldig kode i 93 % af alle tilfælde. Alle dem med bogstaverne D, E og F (alle dem, hvor der ikke er brug for en ambulance med udrykning (D), men måske behov for liggende transport og dem, personalet kun taler med i telefonen (E og F)), så har de en gyldig kode i 82 % af tilfældene. Så registreringen er generelt god, og er særligt blevet bedre for D-F.

### Indikator 2: Telefonpatienter, der ringer igen

I indikator 2 opgøres, om de borgere, der har ringet 112 og talt med vagtcentralen, men som ikke har fået besøg af personale, ringer igen inden der er gået 24 timer. Det er ikke god kvalitet hvis borgeren ringer igen om samme problem, fordi det kan være tegn på, at borgeren burde have været tilset af sundhedsfagligt personale efter første opkald.

Udviklingsmålet (vores målsætning) er 5 %, dvs. at god kvalitet er, at mindre end 5 % ringer 112 igen). Sidste år ringede 10 % af dem, der ikke var blevet tilset af sundhedsfagligt personale igen inden, der var gået 24 timer. Sidste år var der 80.198 personer, der ringede 112 og som ikke blev besøgt af sundhedsfagligt personale.

### Indikator 3: Besøgte patienter, der ringer igen

I indikator 3 opgøres, om de patienter der er blevet tilset af personale, men ikke er blevet indbragt på sygehuset, har ringet til 112 igen inden, der er gået 24 timer. Det er ikke god kvalitet af den præhospitale behandling, hvis patienterne/borgerne ringer igen, da det kan være tegn på, at de skulle have været med inde på sygehuset efter første besøg.



Udviklingsmålet (vores målsætning) er 2-8 %, dvs. at god kvalitet er at mere end 2 % og mindre end 8 % ender med at ringe igen. Sidste år ringede 2 % igen. I alt 66.671 patienter blev besøgt, men uden at komme med på sygehuset.

#### **Indikator 4: Tid til behandling af blodprop i hjernen**

Indikatoren er under udarbejdelse. Det er nyt for databasen, at der er indhentet data på hvor lang tid der går fra borgen ringer 112- og til patienten er på den rigtige afdeling til behandling blodprop i hjernen. Sidste år gik der 92 minutter for de 1.481 patienter i databasen.

Styregruppen har ikke besluttet, hvor lang tid det burde tage, så derfor er der ikke fastsat et udviklingsmål/målsætning.

#### **Indikator 5: Registrering af CPR-nummer**

Når en borger ringer 112, er det vigtigt, at der registreres CPR-nummer for at der kan holdes øje med, hvordan det går med patienternes forløb bagefter, og til beregning af de øvrige indikatorer. Derfor opgøres om der bliver registreret et gyldigt CPR-nummer. Der er tilfælde, hvor det ikke er muligt, fordi man ikke kan finde ud af det fra personen selv, eller fordi de ikke har et CPR-nummer (fx turister). Men for alle andre, er det vigtigt.

Udviklingsmålet/målsætningen er på 90 %, hvilket betyder, at god kvalitet vurderes til at være, der er registreret et gyldigt CPR-nummer for 90 % af alle, der ringer 112. Sidste år var det registreret for 88 %. Der var i alt 440.139 opkald.

En supplerende analyse viser registreringen af CPR-nummer for de opkald, der i Dansk Indeks er klassificeret som kategori D, E og F. Altså de opkald, hvor en borger ringer ind, men hvor der ikke sendes en ambulance.

#### **Indikator 6: Smertestillende medicin**

I indikator 6 opgøres, om de patienter, der siger, at de har smerter, får smertestillende medicin. I alt 41.289 patienter havde svære smerter. Men der er rigtig mange, som ikke har fået målt, om de havde smerter. Det vides ikke, om det er fordi det ikke var relevant, eller om det var fordi man har glemt det, eller om det har været mod patientens ønske at få smertestillende medicin. 66,0 % af patienterne som oplever smerter, har fået smertestillende medicin.

#### **Indikator 7: Blodsuktermåling for bevidstløse**

Bevidstløse patienter skal have målt deres blodsukker. Fordi både for lavt og for højt blodsukker kan være årsag til bevidstløshed, og for lavt blodsukker kan og skal behandles straks. Resultaterne viser, at der var 3.410 bevidstløse patienter, og at 84 % af dem havde fået målt blodsukker.

#### **Indikator 8: Patienter med meget lavt blodsukker**

Patienter, som har meget lavt blodsukker, skal have tilført noget sukker hurtigst muligt for at undgå, at de får skader på hjernen. I indikator 8 opgøres, om de der har behov, får tilført sukker. Der er fundet, at 276 patienter havde meget lavt blodsukker, og af dem fik 91 % tilført sukker i ambulancen.

#### **Indikator 9: Tid til ankomst ved muligt hjertestop**

Hurtig handling er meget vigtigt ved hjertestop. Derfor holder databasen øje med, hvor lang tid der går, fra 112-opkaldet modtages, og til den første hjælp er fremme ved patienten. Der var i alt 5.465 mulige hjertestop sidste år, og responstiden var 8 minutter.

**Indikator 10: Tid til ankomst af læge ved muligt hjertestop**

Hurtig handling er meget vigtigt ved hjertestop. Derfor holder databasen øje med, hvor lang tid der går, fra 112-opkaldet modtages, og til den første læge er fremme ved patienten. Der var i alt 3.375 mistænkte hjertestop sidste år, hvor der ankom en læge. Her var responstiden 15 minutter.

**Indikator 11: Tid til ankomst ved mulig alvorlig hovedskade**

Databasen holder øje med, hvor lang tid der går, hjælpen er fremme for patienter med mulig alvorlig hovedskade og som er bevidstløse. Her var der i alt 384 personer, der fik en ambulance, og den ankom i løbet af 9 minutter for halvdelen af patienterne.

**Indikator 12: Tid til ankomst af læge ved mulig alvorlig hovedskade**

Databasen holder også øje med, hvor lang tid der går, før der kommer hjælp i form af en læge ved personer, der måske har en alvorlig hovedskade. For indikator 12 undersøges hvor hurtigt, første læge var fremme for de 260 personer, der havde mulig alvorlig hovedskade, og som var bevidstløse. Der gik 23,5 minutter, fra opkaldet blev modtaget, og til halvdelen af personerne havde fået hjælp.

**Indikator 13: Dyspnø**

Indikatoren er ikke færdigudviklet, så der er ikke resultater.

**Datagrundlag**

Databasen er baseret på det, man kalder den præhospitale patientjournal (PPJ), som laves i ambulancen. Alle data indsamles i Region Nordjylland, som så sender et udsnit til RKKP. Udsnippet indeholder de oplysninger, vi har brug for til at kunne køre databasen. Som det fremgår, er registreringen langt bedre for de patienter, hvor der har været en ambulance, og til en vis grad bedst for dem, hvor det har hastet mest - i al fald, når der ses på registrering af Dansk Indeks. Det er ikke sikkert, at resten af registreringen følger samme mønster.

Der er ikke nogen viden om, hvor god kvaliteten af data er, og derfor er det godt med de indikatorer, hvor vi kender et andet perspektiv på, hvad sandheden er fra andre databaser. Det kan bruges til at sikre, at der er de korrekte data i Præhospitalsdatabasens. Tal fra andre databaser kan selvfølgelig have problemer med datakvaliteten på samme måde som i PHDB.

Hvis grundlaget for en database er usikkert, giver det problemer i forhold til måling af kvalitet med kvalitetsindikatorer. For vi ved ikke, hvorfor nogle dele af data mangler. Det kan være fordi man vælger kun at registrere de tilfælde, hvor det går godt. Eller de tilfælde, hvor det går dårligt. Eller det kan være helt tilfældigt. Når vi ikke ved det, kan vi ikke tage højde for det. Derfor er det vigtigt, at vi har alle data, og at ambulanceførerne løbende bliver undervist i god journalføring.

## Datagrundlag

Årsrapporten er baseret på analyser gennemført d. 1/10-2024 på datatræk fra den Præhospitale Patientjournal foretaget d. 1/10-2024.

Frem til 2020 har hver observation i datasættet været opkald, hvor det nu er lagt om til patienter (journaler). Idet en journal i PPJ-systemet etableres i forbindelse med at der sendes en præhospital enhed på opgave, kan en patient have flere forskellige journaler, fx hvis man har været involveret i en ulykke flere gange i en opgørelsesperiode. I dette tilfælde, vil patienten altså optræde flere gange i samme datasæt, men idet der er tale om forskellige 112-opkald, bliver en ny journal etableret, og patienten indgår igen. Indtil alle journaler indeholder cpr-nummer, er det umuligt at afgøre, hvor hyppig denne situation er aktuel.

Data til RKKP har hidtil været leveret fra de enkelte regioners AMK-vagtcentraler. Men fra 2020 har modtaget data fra PPJ patientforløbsdata, som er placeret som en del af PPJ-IT-driftsmiljøet i Region Nordjylland. Her samles altså data fra de fem regioner, og PPJ patientforløb håndterer informationer fra fem forskellige PPJ-systemer, til en ensartet struktur, i patientforløb fra 112-opkaldet til ambulancen forlader patienten.

Som nævnt består datasættet fra regionerne primært i PPJ-journaler etableret i forbindelse med at der sendes en ambulance. Men populationen til Præhospitalsdatabasen indeholder også patienter med hastegrad E/F, hvor der ikke sendes en ambulance eller anden præhospital enhed. Disse data leveres altså særskilt med relevante oplysninger til PPJ patientforløb.

Der anvendes tre forskellige systemer til den tekniske ambulance kørselsdisponering, men selv om nogle regioner anvender samme system, anvendes det på nogle punkter på forskellig måde. Det er derfor vanskeligt, at få nøjagtigt ens udtræk ift. såvel afgrænsning af kohorten, variable og indhold i disse. Der er således behov for betydelig databearbejdning, for at samle data fra hver region til et datasæt, som herefter kan bearbejdes samlet. Igennem dialog imellem de IT-kyndige teknikere og datamanagere i regionernes præhospitale enheder og RKKP, er det lykkedes at komme langt. Stor tak til det tvær-regionale datamanagement team, og ganske særligt til de datamanagere i Region Nordjylland, der tager sig af denne store opgave. Alligevel skal resultaterne i denne rapport tolkes med varsomhed. Data overføres automatiseret til RKKP via webserviceløsning.

Registreringen i PPJ sker løbende i forbindelse med behandlingsforløb eller umiddelbar efter. Valideringsprojekter har klarlagt at registreringen på mange punkter kan forbedres. PPJ er dog kun få år gammel og der må forventes en implementeringsfase, hvor ikke alle nødvendige variable er ensartet registreret på landsplan. Dertil kommer, at der er behov for at kunne koble til andre kvalitetsdatabaser, for at kunne beregne alle indikatorer.

## Styregruppens medlemmer

Navn	Titel	Organisation
Søren Mikkelsen	Formand, Overlæge, professor, ph.d.	Præhospitalet
Lars Borup	Formand, Paramediciner	Dansk Præhospital Selskab
Allan Thustrup Mortensen	Drifts og økonomicontroller	Præhospitalet
Anette Ørtoft	Patientrepræsentant	
Anne Kathrine Dalgaard	Kvalitetskoordinator	Præhospitalet, Fagligt Selskab for Sygeplejersker der arbejder med udvikling og forskning
Axel Petersen	Patientrepræsentant	
Carsten Stengaard	1. reservelæge, ph.d.	Aarhus Universitetshospital, Dansk Cardiologisk Selskab
Erika Frischknecht	Præhospital og akut medicin professor	Aalborg Universitetshospital
Flemming Bøgh Jensen		
Jacob Steinmetz	Professor, overlæge	Rigshospitalet
Lars Bredevang Andersen	Lægefaglig vicedirektør	Præhospitalet
Marc Ludwig	cheflæge, MD, MHBA, speciallæge i akutmedicin og intern medicin	Regionshospital Nordjylland, Dansk Selskab for Akutmedicin
Martin Rostgaard-Knudsen	Ledelsesrepræsentant, Lægefaglig direktør	Præhospitalet
Palle Juelsgaard	Ledelsesrepræsentant, Lægefaglig direktør	Præhospitalet
Svend Vittinghus	Chefkonsulent	Dansk Præhospital Selskab
Thomas Dissing	Overlæge, ph.d.	Aarhus Universitetshospital, Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin
Tine Gerth	Evidensspecialist, seniorforsker, cand. psyk., ph.d.	Præhospitalet
Troels Martin Hansen	Cheflæge	Præhospitalet, Den Landsdækkende Akutlægehelikopter
Henrik Nielsen	Datamanager, Biostatistiker	Afdeling 1, RKKP's Videncenter
Anne-Kirstine Dyrvig	Epidemiolog	Afdeling 1, RKKP's Videncenter
Julie Andersen	Repræsentant for den dataansvarlige myndighed/kontaktperson, Kvalitetskonsulent, cand.scient san.	Afdeling 1, RKKP's Videncenter

## Regionale kommentarer

### Region Hovedstaden

Region Hovedstaden er blevet opmærksom på, at ikke alle registreringer er gået igennem til RKKP og er i gang med at løse problemet.

### Region Sjælland

Region Sjælland har meldt tilbage, at der ingen kommentarer er til årsrapporten.

### Region Syddanmark

Region Syddanmark har meldt tilbage, at der ingen kommentarer er til årsrapporten.

### Region Midtjylland

Det fremgår af databasens beregningsregler, at nævneren for indikator 1 er "Antal patienter med 1-1-2-opkald". Region Midtjylland opfordrer til, at nævneren konkretiseres.

I nogle regioner har det været sådan, at praktiserende læger og inhospitale funktioner også ringede 1-1-2 for at rekvirere f.eks. en ambulance. Det er ikke praksis i Region Midtjylland. Hvis opkald fra praktiserende læger og inhospitale funktioner rekvirerer opgaver over 1-1-2-linjen, og indgår i datasættet sammen med opkald fra borgerne, vil det påvirke datagrundlaget for en række indikatorer i Præhospitalsdatabasen.

Når nævneren i indikator 1 sammenlignes på tværs af regioner, synes antallet af 1-1-2-opkald ikke altid at stå mål med befolkningsgrundet. F.eks. er Region Syddanmark registreret med ca. 17.000 flere 1-1-2-opkald end Region Midtjylland, selvom førstnævnte region har et mindre befolkningsgrundlag end sidstnævnte.

### Region Nordjylland

Region Nordjylland har meldt tilbage, at der ingen kommentarer er til årsrapporten.



regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram