

Akut Kirurgi Databasen

Årsrapport 2024

Opgørelsesperiode: 1. september 2023 – 31. august 2024

Version: Endelig version til offentliggørelse

Dato for offentliggørelse: 28.02.2025

Akut Kirurgi Databasen

© Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, 2025

Sundk's kontaktperson:

Birgitte Rühman; E-mail: BIRRUH@rkkp.dk

Udgiver:

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

Hedeager 3

8200 Aarhus N

www.sundk.dk

Versionsdato: 28.02.2025

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

Konklusioner og anbefalinger	1
Oversigt over alle indikatorer	2
Oversigt over de samlede indikatorresultater	3
Indikatorer for akutte højrisiko abdominalkirurgiske patienter på danske sygehuse	5
Indikator 1: Antibiotikabehandling indenfor 3 timer	5
Indikator 2: CT-skanning	9
Indikator 3: Præoperativ optimering eller direkte til operation	14
Indikator 4x: Operation indenfor 6 timer (360 minutter) (Perforation, iskæmi, postoperativ intraabdominal blødning)	19
Indikator 4y: Operation indenfor 24 timer (Ileusoperationer uden iskæmi eller perforation)	23
Indikator 5: Intermediær indlæggelse	28
Indikator 6: Tidlig mobilisering	33
Indikator 7: Ernæring	38
Indikator 8: Andel opererede med epidural	42
Indikator 9: Mortalitet indenfor 30 dage efter akut kirurgi. Alle opererede (med relevant diagnosekode og procedurekode)	47
Indikator 10: Mortalitet indenfor 90 dage efter akut kirurgi. Alle opererede (med relevant diagnosekode og procedurekode)	51
Udvikling i databasen	54
Supplerende analyser vedr. patientsammensætningen	55
Supplerende opgørelser	56
Supplerende opgørelse af ASA-score for opererede	73
Supplerende opgørelse af ASA-score for opererede, boxplot	76
Supplerende analyse af alder for opererede, boxplot	77
Supplerende analyse vedr. åben vs. minimal invasiv kirurgi	78
Supplerende graf med åben kirurgi over tid på regionalt niveau	81
Supplerende graf med minimal invasiv kirurgi over tid på regionalt niveau	82
Supplerende opgørelse til indikator 4x, 6-8 timer	82
Supplerende opgørelse til indikator 4x, 8-10 timer	84
Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	86
Datakilder	86
Diagnose- og inklusionskriterier	87
Datagrundlag	89
Dækningsgrad og datakomplethed	89
Akut Kirurgi Databasen: Årsrapporten kort fortalt	92

Oversigt over den videnskabelige aktivitet	95
Styregruppens medlemmer	98
Regionale kommentarer	99

Konklusioner og anbefalinger

Databasen fokuserer og danner indikatorer på den del af populationen, der har en inklusionsoperation og en inklusionsdiagnose.

Der er enighed om, at de enkelte indikatorer er udsagn om kvalitet i patientforløbene hos patienter der gennemgår akut højrisiko abdominalkirurgi. For proces indikatorernes vedkommende er der selvfølgelig en løbende diskussion af hvilket punkt i processen der skal måles.

Vi understøtter kvalitetsarbejdet med data inden for den Akutte abdomonalkirurgi. Efter afslutningen på LKT i akutkirurgi i 2022, med resultater der fortsat kan aflæses i databasen, støtter vi regionale og lokale initiativer bredt, og medvirker til at udvikle nye kvalitets initiativer på området.

I læsning og tolkning af indikatorer og rapport er det vigtigt at holde sig for øje, at der ikke er tale om en forskningspopulation, som mange af de projekter der er inden for området, skarpt har defineret. Der er derimod tale om en lidt bredere population til kvalitetsmonitorering. Sidste års deling af population i en perforation/iskæmi/blødnings del og en Ileus del har givet mening i forhold til mulighed for at vælge klogt.

Databasen tager udgangspunkt i behandlingskvaliteten i det enkelte patientforløb, bredt inden for den akutte kirurgi. Dette skal bl.a. understøtte en geografisk lighed i sundhed for alle patienter.

Når man som afdeling læser dette, skal man huske at datakilden er ens egen indtastning til Landspatientregisteret (LPR). Det er derfor vigtigt, at man ledelsesmæssigt prioriterer at validere egen afdelings indberetning, så der er overensstemmelse mellem indberetning til LPR og sande data.

Dette foregår lettest via ens eget Ledelses Informations System, hvor man kan hente CPR numre til validering. Erfaringen fra omlægning af andre databaser har vist, at det tager tid at komme helt på plads. De indkomne data er valide, men der vil fortløbende være et behov for at validere hospitalernes indberetning til LPR, så den er korrekt, da det er disse data der primært er kilden til forløbsdannelsen. Vi ser en proces som i andre databaser, hvor data bedres over tid, ifm. med større fokus, bedre kendskab til datadefinitionerne og IT-systemer der automatisk kan lave kodedrop til LPR.

Det blev på styregruppens årsmøde i 2018 besluttet at dette var det sidste år med monitorering af blødede ulcera, fordi der på nationalt niveau har været en tilfredsstillende høj kvalitet i behandlingen og lav mortalitet. Det betyder at det er et regionalt anliggende at lave audit på denne patientgruppe og benchmarke de enkelte afdelinger. Det anbefales at alle regioner er opmærksomme på dette.

Akut Kirurgi DataBasen (AKDB) afspejler i begrænset omfang kvaliteten i behandlingen af de akutte abdomonalkirurgiske patienter i Danmark.

Databasen er under omlægning og dette er fjerde år baseret på LPR. Derfor skal alle tal tages med forbehold, for de bagvedliggende lokale kodekulturer, kodningsinfrastrukturer, IT-systemer og variation mellem regionale forhold. Vi ser dog en ensretning og forbedring der kan øge sammenligneligheden på tværs.

Der er [datadefinitioner](#), som understøtter ensretning af kodning nationalt for både diagnoser og operationer og det ses at variation i indberetning mindskes over tid.

Indikatorerne er udvalgt på baggrund af tidligere studier, udviklingsmål justeres løbende sv.t. databasens population.

Overordnet set, er årets resultater udtryk for en positiv udvikling for alle procesindikatorer, selvom der for nogle fortsat er et stykke vej, før målsætningen er nået. Den flotte udvikling indenfor procesindikatorerne er afspejlet i mortaliteten, der fortsat holder sig under målet. Det må antages, at fokus de forrige år fra LKT har spillet positivt ind på udviklingen.

Oversigt over alle indikatorer

Indikator	Type	Format	Standard	ID
Indikator 1: Andelen af patienter, der er sat i antibiotisk behandling indenfor 3 time (180 minutter) efter ankomst til sygehus.	Proces	Andel	> 60 %	AKDB_23_002
Indikator 2: Andelen af CT-skannede patienter, der får lavet CT-skanning indenfor 120 minutter efter ankomst til sygehus	Proces	Andel	≥ 90 %	AKDB_21_002
Indikator 3: Præoperativ optimering eller direkte til operation	Proces	Andel	≥ 90 %	AKDB_04_001
Indikator 4: Andelen af patienter, der opereres indenfor seks timer (360 minutter) efter ankomst til sygehus for patienter, der er opereret indenfor 24 timer efter ankomst til sygehus.	Proces	Andel	≥ 80 %	AKDB_05_002
Indikator 5: Andelen af ældre (≥ 75 år) eller svært syge (ASA ≥ 3) patienter, der monitoreres ≥ 24 timer postoperativt på et intermediært afsnit eller et lignende afsnit.	Proces	Andel	≥ 80 %	AKDB_24_002
Indikator 6: Andelen af patienter, der mobiliseres indenfor 24 timer efter operation	Proces	Andel	≥ 90 %	AKDB_08_001
Indikator 7: Andelen af patienter, der genoptager ernæring indenfor 48 timer efter operation	Proces	Andel		AKDB_09_001
Indikator 8: Andelen af patienter, der har fået anlagt epidural i forbindelse med operationen	Proces	Andel	> 60 %	AKDB_11_002
Indikator 9: Andelen af patienter, der dør indenfor 30 dage fra operationsdato for alle opererede (med relevant diagnosekode og procedurekode)	Resultat	Andel	< 12 %	AKDB_13_002
Indikator 10: Andelen af patienter, der dør indenfor 90 dage fra operationsdato for alle opererede (med relevant diagnosekode og procedurekode)	Resultat	Andel	< 18 %	AKDB_15_004

Oversigt over de samlede indikatorresultater

			Indikatoropfyldelse		
		Uoplyst	01.09.2023 – 31.08.2024	2022/23	2021/22
Indikator	Standard	%	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Indikator 1: Andelen af patienter, der er sat i antibiotisk behandling indenfor 3 time (180 minutter) efter ankomst til sygehus.	> 60	0	34,4 (32,7–36,1)	30,5	26,8
Indikator 2: Andelen af CT-skannede patienter, der får lavet CT-skanning indenfor 120 minutter efter ankomst til sygehus	≥ 90	0	32,4 (30,7–34,1)	30,2	24,8
Indikator 3: Præoperativ optimering eller direkte til operation	≥ 90	0	11,1 (10,1–12,3)	7,0	3,8
Indikator 4: Andelen af patienter, der opereres indenfor seks timer (360 minutter) efter ankomst til sygehus for patienter, der er opereret indenfor 24 timer efter ankomst til sygehus.	≥ 80	0	30,0 (28,0–32,0)	26,4	22,1
Indikator 5: Andelen af ældre (>= 75 år) eller svært syge (ASA >= 3) patienter, der monitoreres >= 24 timer postoperativt på et intermediært afsnit eller et lignende afsnit.	≥ 80	5	22,9 (21,1–24,8)	20,4	15,9
Indikator 6: Andelen af patienter, der mobiliseres indenfor 24 timer efter operation	≥ 90	0	35,6 (33,9–37,3)	29,2	16,2
Indikator 7: Andelen af patienter, der genoptager ernæring indenfor 48 timer efter operation		0	26,2 (24,7–27,7)	19,5	11,6
Indikator 8: Andelen af patienter, der har fået anlagt epidural i forbindelse med operationen	> 60	0	52,2 (50,4–53,9)	53,0	48,9
Indikator 9: Andelen af patienter, der dør indenfor 30 dage fra operationsdato for alle opererede (med relevant diagnosekode og procedurekode)	< 12	0	11,8 (10,7–13,0)	11,4	12,7

Indikatoropfyldelse					
		Uoplyst	01.09.2023 – 31.08.2024	2022/23	2021/22
Indikator	Standard	%	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Indikator 10: Andelen af patienter, der dør indenfor 90 dage fra operationsdato for alle opererede (med relevant diagnosekode og procedurekode)	< 18	0	16,6 (15,4–18,0)	15,2	17,5

Indikatorer for akutte højrisiko abdominalkirurgiske patienter på danske sygehuse

Indikator 1: Antibiotikabehandling indenfor 3 timer

Prosabeskrivelse

Andelen af patienter, der er sat i antibiotisk behandling indenfor 3 timer (180 minutter) efter ankomst til sygehus.

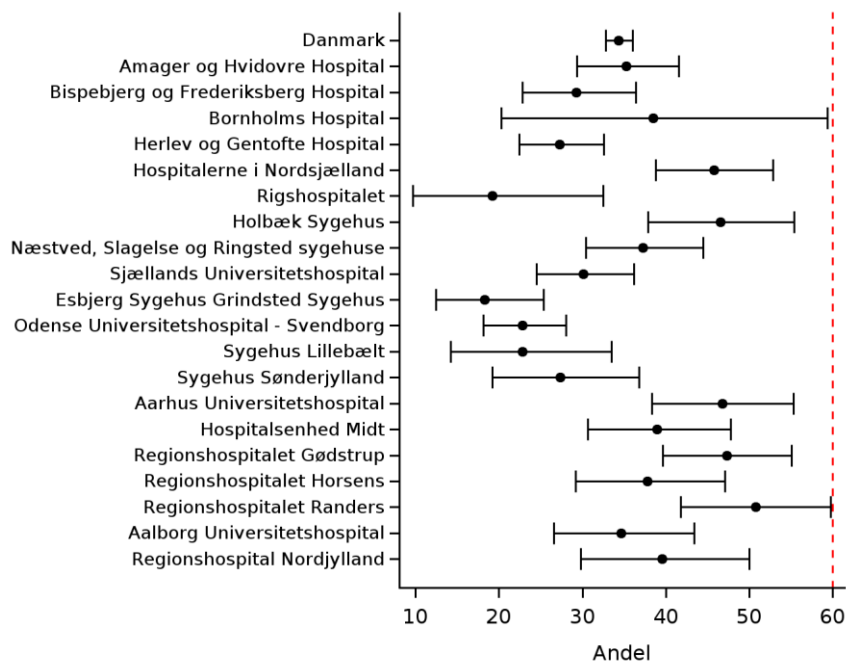
Tæller	Patienter der indgår i nævneren, og som har fået antibiotika indenfor tre timer efter ankomst til sygehus
Nævner	Patienter med angivet operationstidspunkt
Uoplyste	Patienter, hvor operationstidspunkt mangler, patienter, hvor tidspunkt for første behandling med antibiotika mangler (D_ADM)
Ekskluderede	Patienter uden gyldigt CPR-nummer, patienter under 18 år på operationstidspunktet
Standard	> 60 %

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	> 60%	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2 3	2021/2 2
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	1.065 / 3.099	0 (0)	34,4	(32,7–36,1)	30,5	26,8
Hovedstaden	Nej	335 / 1.012	0 (0)	33,1	(30,2–36,1)	31,7	27,2
Sjælland	Nej	205 / 565	0 (0)	36,3	(32,3–40,4)	32,4	32,9
Syddanmark	Nej	138 / 614	0 (0)	22,5	(19,2–26,0)	13,6	10,5
Midtjylland	Nej	304 / 682	0 (0)	44,6	(40,8–48,4)	40,0	34,3
Nordjylland	Nej	83 / 226	0 (0)	36,7	(30,4–43,4)	29,4	25,4
Hovedstaden	Nej	335 / 1.012	0 (0)	33,1	(30,2–36,1)	31,7	27,2
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	86 / 244	0 (0)	35,2	(29,3–41,6)	27,0	25,2
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	53 / 181	0 (0)	29,3	(22,8–36,5)	38,0	33,5
Bornholms Hospital	Nej	10 / 26	0 (0)	38,5	(20,2–59,4)	63,3	31,8
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	84 / 308	0 (0)	27,3	(22,4–32,6)	26,9	21,3
Hospitalet i Nordsjælland	Nej	92 / 201	0 (0)	45,8	(38,7–52,9)	37,1	29,9
Rigshospitalet	Nej	10 / 52	0 (0)	19,2	(9,6–32,5)	15,8	29,1
Sjælland	Nej	205 / 565	0 (0)	36,3	(32,3–40,4)	32,4	32,9
Holbæk Sygehus	Nej	61 / 131	0 (0)	46,6	(37,8–55,5)	38,7	32,0

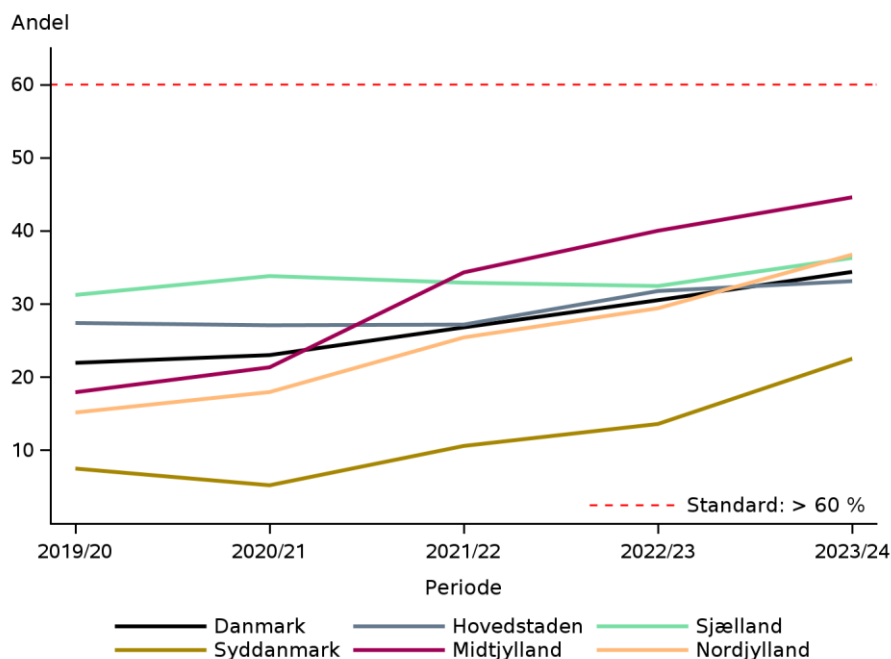
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	> 60% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2	2021/2
				Andel	95% CI	3 Andel	2 Andel
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Nej	70 / 188	0 (0)	37,2	(30,3–44,6)	27,7	27,6
Sjællands Universitetshospital	Nej	74 / 246	0 (0)	30,1	(24,4–36,2)	33,2	37,3
Syddanmark	Nej	138 / 614	0 (0)	22,5	(19,2–26,0)	13,6	10,5
Esbjerg Sygehus	Nej	27 / 148	0 (0)	18,2	(12,4–25,4)	18,0	13,0
Grindsted Sygehus							
Odense Universitetshospital – Svendborg	Nej	64 / 281	0 (0)	22,8	(18,0–28,1)	7,9	6,1
Sygehus Lillebælt	Nej	18 / 79	0 (0)	22,8	(14,1–33,6)	14,4	10,2
Sygehus Sønderjylland	Nej	29 / 106	0 (0)	27,4	(19,1–36,9)	17,6	16,3
Midtjylland	Nej	304 / 682	0 (0)	44,6	(40,8–48,4)	40,0	34,3
Aarhus Universitetshospital	Nej	65 / 139	0 (0)	46,8	(38,3–55,4)	47,5	34,5
Hospitalsenhed Midt	Nej	51 / 131	0 (0)	38,9	(30,5–47,8)	41,7	32,2
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	79 / 167	0 (0)	47,3	(39,5–55,2)	39,1	36,3
Regionshospitalet Horsens	Nej	45 / 119	0 (0)	37,8	(29,1–47,2)	32,7	31,2
Regionshospitalet Randers	Nej	64 / 126	0 (0)	50,8	(41,7–59,8)	36,3	36,4
Nordjylland	Nej	83 / 226	0 (0)	36,7	(30,4–43,4)	29,4	25,4
Aalborg Universitetshospital	Nej	45 / 130	0 (0)	34,6	(26,5–43,5)	30,8	25,2
Aalborg Universitetshospital, Thisted							0,0
Regionshospitalet Nordjylland	Nej	38 / 96	0 (0)	39,6	(29,7–50,1)	26,7	26,0

	Antal	Årsag
Eksklusion:	75	Ugyldigt CPRnummer.
	198	Patienten er under 18 år.
	6.232	Patienten er ikke opereret.
	73	Præoperativ antibiotikaprofylakse er ikke givet.
	492	Operationen er ikke den første operation i hospitalsopholdet.

Indikator 1: Antibiotikabehandling. Forest plot på afdelingsniveau



Indikator 1: Antibiotikabehandling. Trendgraf over resultater på regionalt niveau



Indikatorbeskrivelse for indikator 1

Indikator 1 beskriver andelen af patienter, der kommer i antibiotisk behandling indenfor tre timer efter ankomst til sygehus. Indikatoren afhænger af data i Sygehusmedicinregisteret, hvorfra AKDB henter informationer om antibiotika.

Resultater af indikatoranalysen for indikator 1

I alt 1.065 patienter modtog antibiotika indenfor 3 timer ud af de 3.099 med angivet operationstidspunkt. Andelen var således på 34,4 % (95 % CI: 32,7 – 36,1), hvilket er langt fra udviklingsmålet på > 60 %.

I seneste årsrapport blev rapporteret at 900 ud af 2.950 patienter fik antibiotika indenfor en time, svarende til 30,5 %.

Regionalt varierede andelen af patienter, der fik antibiotika indenfor tre timer efter ankomst til sygehus fra 22,5 % i Region Syddanmark til 44,6 % i Region Midtjylland. Alle regioner har større andel med antibiotika indenfor tre timer i år sammenlignet med sidste år.

Ingen af de indberettende enheder opfyldte udviklingsmålet på > 90 % i perioden.

Punktestimatet for andelen og det tilhørende konfidensinterval er vist i figuren "Indikator 1: Antibiotikabehandling. Forest plot på afdelingsniveau". Udviklingen over tid er vist på regionalt niveau i figuren "Indikator 1: Antibiotikabehandling. Trendgraf over resultater på regionalt niveau".

Supplerende analyse til indikator 1 viser, at 3.379 patienter i alt modtog antibiotika. Den mediane tid fra ankomst til antibiotika var 4,4 timer (IQR: 2,3-10,8).

Diskussion og implikationer af årets resultater for indikator 1

I AHA og ELPQUICK studierne, der begge har forbedret mortalitet, er tidlig antibiotikabehandling et af de tiltag, der har været med til at sænke mortaliteten på akut abdominal kirurgi.

Tiltagende infektion øger det fysiologiske stress og at bremse udviklingen tidligt, er at ønske.

Det anbefales at man iværksætter antibiotika hurtigst muligt på patienter mistænkt for ileus, perforeret hulorgan eller iskæmi, uanset om der er feber eller påvirkede infektionstal.

Det er logistisk svært at nå at indgive antibiotika inden for en time grundet det arbejde, der er i forbindelse med modtagelse af en patient. Fx vil en CT-skanning altid blive prioriteret før indgift af antibiotika. Det væsentlige er, om patienterne får antibiotika inden operation.

Det blev derfor forrige år vedtaget, at tid for indgift fremadrettet skulle ændres til 3 timer i stedet for 1 time, som det har været tidligere.

På nationalt plan er der sket store forbedringer af andelen af patienter, der har fået i antibiotisk behandling indenfor 3 timer efter ankomst. Trods 34,4 % stadig er langt fra målet på 90 % har indsatser rundt omkring i landet vist at det er muligt at forbedre kvaliteten.

Region Syd har lavet en stor indsats og har flyttet sig med to cifre % sats og Randers er på vej i mål. Det viser at det er realistisk og muligt at flytte kvaliteten på området. Nationalt er der fortsat fokus på overholdelse af denne indikator.

Vurdering af indikator 1

Tæller og nævner bibeholdes. Udviklingsmålet ændres til 60 % idet lokale audits har fundet, at mange patienter ikke er septiske. Tidsgrænsen fastholdes på 3 timer efter ankomst ud fra argumentet, at det er en afvejning for at undgå forsinkelse af CT-skanning.

Indikator 2: CT-skanning

Prosabeskrivelse

Andelen af CT-skannede patienter, der får lavet CT-skanning indenfor to timer (120 minutter) efter ankomst til sygehus

Tæller	Patienter der indgår i nævneren, og som har fået foretaget CT-skanning indenfor 2 timer (120 minutter) efter ankomst til sygehus
Nævner	Patienter med angivet tidspunkt for operation og som har fået foretaget CT-skanning
Uoplyste	Patienter, hvor tidspunkt for ankomst til sygehus mangler, patienter, hvor oplysning om CT-skanning mangler, patienter, hvor tidspunkt for første CT-skanning mangler
Ekskluderede	Patienter uden gyldigt CPR-nummer, patienter under 18 år på operationstidspunktet
Udviklingsmål	≥ 90 %

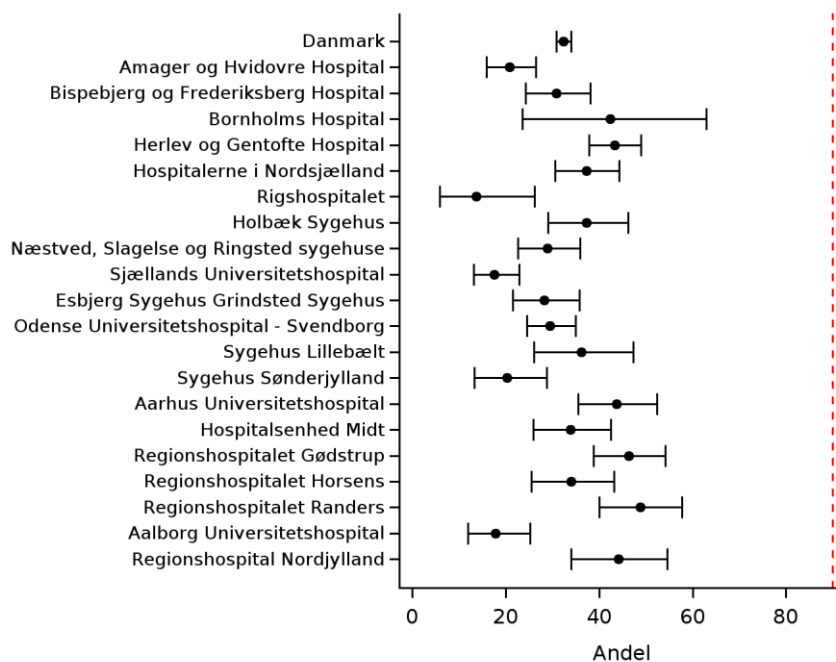
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2	2021/2
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	995 / 3.073	0 (0)	32,4	(30,7–34,1)	30,2	24,8
Hovedstaden	Nej	326 / 989	0 (0)	33,0	(30,0–36,0)	30,2	23,4
Sjælland	Nej	141 / 545	0 (0)	25,9	(22,2–29,8)	24,9	27,0
Syddanmark	Nej	181 / 636	0 (0)	28,5	(25,0–32,1)	28,9	21,3
Midtjylland	Nej	282 / 675	0 (0)	41,8	(38,0–45,6)	38,9	31,0
Nordjylland	Nej	65 / 228	0 (0)	28,5	(22,7–34,8)	20,3	16,3

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2	2021/2
				Andel	95% CI	3 Andel	2 Andel
Hovedstaden	Nej	326 / 989	0 (0)	33,0	(30,0–36,0)	30,2	23,4
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	49 / 236	0 (0)	20,8	(15,8–26,5)	13,1	16,3
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	54 / 175	0 (0)	30,9	(24,1–38,3)	31,3	23,0
Bornholms Hospital	Nej	11 / 26	0 (0)	42,3	(23,4–63,1)	63,0	50,0
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	132 / 305	0 (0)	43,3	(37,6–49,0)	42,7	35,6
Hospitalerne i Nordsjælland	Nej	73 / 196	0 (0)	37,2	(30,5–44,4)	29,8	18,3
Rigshospitalet	Nej	7 / 51	0 (0)	13,7	(5,7–26,3)	21,1	13,0
Sjælland	Nej	141 / 545	0 (0)	25,9	(22,2–29,8)	24,9	27,0
Holbæk Sygehus	Nej	47 / 126	0 (0)	37,3	(28,9–46,4)	29,7	26,0
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Nej	52 / 180	0 (0)	28,9	(22,4–36,1)	20,3	26,7
Sjællands Universitetshospital	Nej	42 / 239	0 (0)	17,6	(13,0–23,0)	26,1	27,7
Syddanmark	Nej	181 / 636	0 (0)	28,5	(25,0–32,1)	28,9	21,3
Esbjerg Sygehus	Nej	44 / 156	0 (0)	28,2	(21,3–36,0)	21,4	18,9
Grindsted Sygehus							
Odense Universitetshospital – Svendborg	Nej	85 / 288	0 (0)	29,5	(24,3–35,1)	27,1	23,5
Sygehus Lillebælt	Nej	30 / 83	0 (0)	36,1	(25,9–47,4)	36,1	18,6
Sygehus Sønderjylland	Nej	22 / 109	0 (0)	20,2	(13,1–28,9)	34,2	22,8
Midtjylland	Nej	282 / 675	0 (0)	41,8	(38,0–45,6)	38,9	31,0
Aarhus Universitetshospital	Nej	60 / 137	0 (0)	43,8	(35,3–52,5)	46,1	34,5
Hospitalsenhed Midt	Nej	44 / 130	0 (0)	33,8	(25,8–42,7)	42,2	26,6
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	77 / 166	0 (0)	46,4	(38,6–54,3)	34,8	32,0

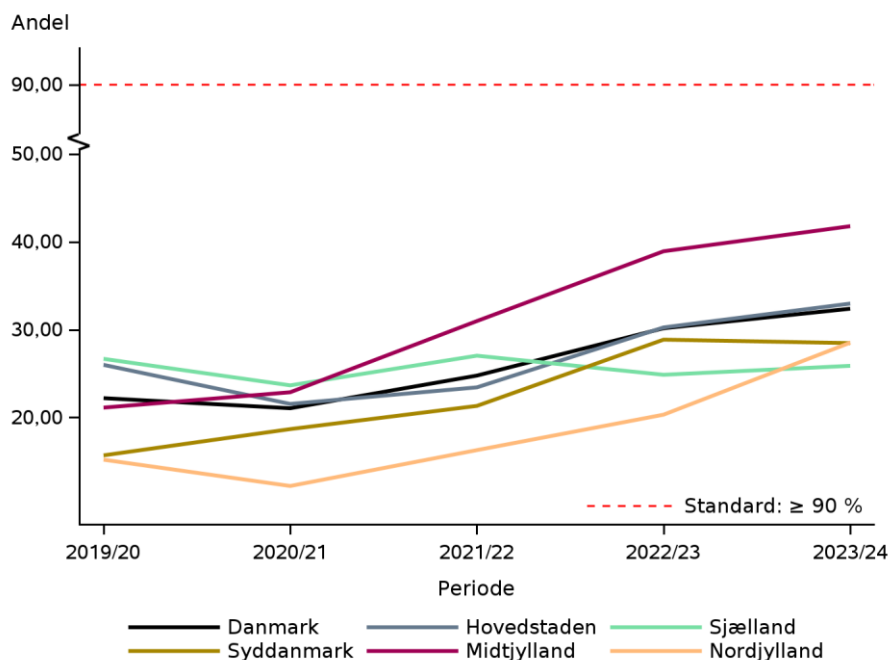
	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2 3	2021/2 2
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Regionshospitalet Horsens	Nej	39 / 115	0 (0)	33,9	(25,3–43,3)	31,3	33,3
Regionshospitalet Randers	Nej	62 / 127	0 (0)	48,8	(39,9–57,8)	37,8	27,5
Nordjylland	Nej	65 / 228	0 (0)	28,5	(22,7–34,8)	20,3	16,3
Aalborg Universitetshospital	Nej	24 / 135	0 (0)	17,8	(11,7–25,3)	19,2	17,4
Aalborg Universitetshospital, Thisted							0,0
Regionshospitalet Nordjylland	Nej	41 / 93	0 (0)	44,1	(33,8–54,8)	22,5	14,5

	Antal		Årsag
Eksklusion:	75	Ugyldigt CPRnummer.	
	198	Patienten er under 18 år.	
	6.232	Patienten er ikke opereret.	
	99	Patienten er ikke CT-scannet.	
	492	Operationen er ikke den første operation i hospitalsopholdet.	

Indikator 2: CT-skanning. Forest plot på afdelingsniveau



Indikator 2: CT-skanning. Trendgraf over resultater på regionalt niveau



Indikatorbeskrivelse for indikator 2

Indikator 2 beskriver andelen af patienter, der får en CT-skanning og som blev skannede indenfor 2 timer efter ankomst til sygehus.

Resultater af indikatoranalysen for indikator 2

I alt 3.073 patienter blev skannede, og heraf blev 995 skannede indenfor to timer, svarende til en andel på 32,4 % (95 % CI 30,7-34,1) nationalt. Udviklingsmålet på ≥ 90 % var således ikke opnået.

Regionalt varierede resultaterne fra 25,9 % i Region Sjælland til 41,8 % i Region Midtjylland.

Udviklingsmålet på ≥ 90 % er således langt fra opnået.

Punktestimatet for andelen og det tilhørende konfidensinterval er vist i figuren "*Indikator 2: CT-skanning. Forest plot på afdelingsniveau*". Udviklingen over tid er illustreret i figuren "*Indikator 2: CT-skanning. Trendgraf over resultater på regionalt niveau*".

Diskussion og implikationer af årets resultater for indikator 2

I 3 prospektive kohorte studier og et retrospektivt beskriver at CT-abdomen med kontrast hjælper til den korrekte diagnose hurtigere og er et godt værktøj for kirurgen til at planlægge patientens videre forløb. Det er en ressource der medfører en større sikkerhed i bestemmelse af hvilke patienter der har behov for operation, hvem der kan behandles konservativt, eller hvem der kan udskrives og underbygger således vælg klogt indsatser.

Det er beskrevet at patienter der får foretaget CT med kontrast ved indlæggelse har en kortere indlæggelsestid.

I forhold til tidspunktet for CT-scanning med kontrast er der ikke fundet forskning der direkte understøtter et specifikt tidsrum hvori der bør foretages CT. Det er i et amerikansk studie vist at ventetid på CT udgør ca. 30% af ventetid for patienter henvist til en akutmodtagelse.

American College of radiology anbefaler CT abdomen med kontrast for akutte, ikke lokaliserede, abdominalsmerter og for patienter mistænkt for ileus. Dansk Radiologisk Selskab er blevet spurgt om holdning.

Kortere tid til CT-scanning er vist effektiv i "care bundles" og har formentligt en andel i at nedsætte mortaliteten i disse protokollerede forløb.

Det anbefales at alle patienter med mistanke om tarm iskæmi, perforeret hulorgan eller ileus gennemgår CT scanning med kontrast så hurtigt som muligt i deres indlæggelsesforløb. Dette for at opnå større sikkerhed i diagnose og for at kunne planlægge evt. operation så hurtigt som muligt. Såfremt patienterne har akut behov for operation og ventetid på CT vil være en forværende faktor anbefales det at patienten ikke CT scannes men derimod opereres i stedet.

Vi anbefaler at CT udføres så tidligt som muligt og at denne scanning prioriteres højt af radiologisk afdeling for at undgå ventetider hos denne patientgruppe med høj mortalitet.

CT-scanning bør startes indenfor 2 timer da vi ønsker at disse patienter opereres indenfor 6 timer efter indlæggelse. Resultatet nationalt viser at 30,1 % af patienterne er scannet inden for 2 timer. Det er en pæn stigning ift.

foregående år og formentlige har LKT for Akutkirurgi bidraget til denne stigning nationalt, selvom det ikke lever op til udviklingsmålet, er der tale om betydelig fremgang i kvalitet over de sidste tre år

Det anbefales at alle hospitaler fortsat arbejder systematisk imod at 90% er scannet inden for 2 timer og bygger videre på de gode erfaringer og processer fra LKT Akutkirurgi. Det ses at for eksempel Randers hvor der er lavet en indsats har forbedret kvaliteten med over 20% på et enkelt år. Vi anbefaler at der videns udveksles for at alle danske patienter kan drage nytte af sådanne indsatser.

Regionerne og hospitalerne bør sikre CT kapacitet til den akutte patients udredning. Der er behov for en diskussion af prioritering af radiologisk kapacitet, men dette er uden for databasens arbejdsområde og det er en opfordring til andre fora tager diskussionen op.

Styregruppen beslutter, at man i forbindelse med kommende evidensrapport vil have fokus på denne indikator.

Vurdering af indikator 2

Indikator bibeholdes; Udviklings målet er at mindst 90 % skannes indenfor 120 minutter, hvilket er i overensstemmelse med LKT for Akutkirurgi. Udviklingsmålet beholdes.

Indikator 3: Præoperativ optimering eller direkte til operation

SKS-koden NAAZ42 Præoperativ optimering er oprettet pr. 1/10-2022 og kan således indberettes fra dette tidspunkt.

Prosabeskrivelse

Andelen af patienter, der får præoperativ optimering eller som går direkte til operation, svarende til indenfor 240 minutter efter ankomst til sygehus.

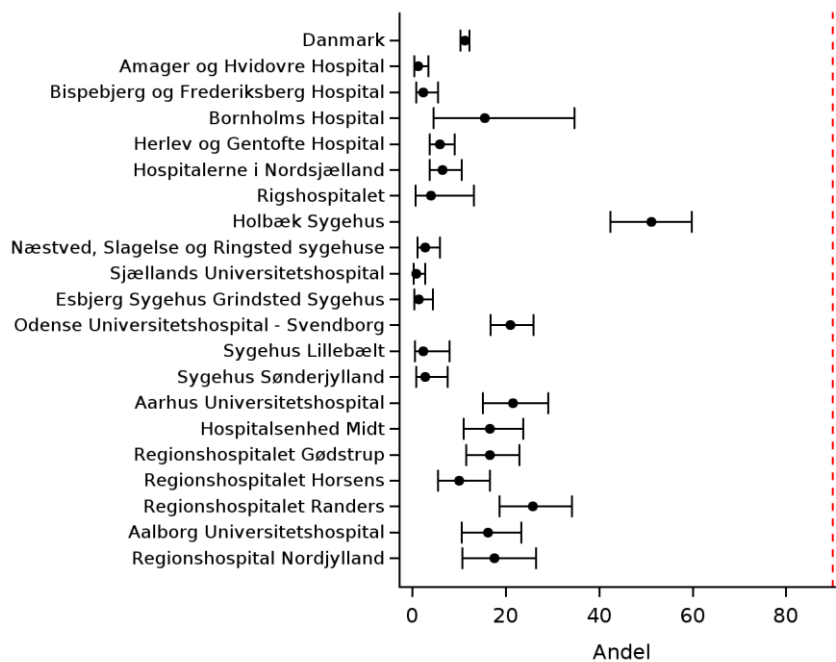
Tæller	Forløb, der indgår i nævneren, og hvor patienten i forbindelse med første operation under hospitalsophold har fået angivet at de har modtaget præoperativ optimering, eller hvor operationen foregår indenfor 240 minutter (4 timer) efter ankomst til sygehuset.
Nævner	Forløb med angivet tidspunkt for patientens ankomst til sygehus og hvor der findes oplysninger om operation og tidspunkt for første operation
Uoplyste	Patienter, hvor tidspunkt for ankomst til sygehus mangler, patienter, hvor oplysning om operation mangler, patienter, hvor tidspunkt for operation mangler
Ekskluderede	Patienter uden gyldigt CPR-nummer, patienter under 18 år på operationstidspunktet
Udviklingsmål	≥ 90 %

	Standard		Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)		01.09.2023 – 31.08.2024 Andel 95% CI		2022/2 3 Andel	2021/2 2 Andel
Danmark	Nej	353 / 3.172	0 (0)		11,1 (10,1–12,3)		7,0	3,8
Hovedstaden	Nej	44 / 1.016	0 (0)		4,3 (3,2–5,8)		4,9	4,3
Sjælland	Nej	74 / 569	0 (0)		13,0 (10,4–16,0)		5,3	1,9
Syddanmark	Nej	70 / 657	0 (0)		10,7 (8,4–13,3)		3,4	3,1
Midtjylland	Nej	126 / 697	0 (0)		18,1 (15,3–21,1)		15,6	5,4
Nordjylland	Nej	39 / 233	0 (0)		16,7 (12,2–22,2)		5,1	2,3
Hovedstaden	Nej	44 / 1.016	0 (0)		4,3 (3,2–5,8)		4,9	4,3
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	3 / 246	0 (0)		1,2 (0,3–3,5)		0,4	2,3
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	4 / 181	0 (0)		2,2 (0,6–5,6)		5,6	3,3
Bornholms Hospital	Nej	4 / 26	0 (0)		15,4 (4,4–34,9)		30,0	8,7
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	18 / 308	0 (0)		5,8 (3,5–9,1)		6,2	7,4
Hospitalet i Nordsjælland	Nej	13 / 203	0 (0)		6,4 (3,5–10,7)		4,7	4,0
Rigshospitalet	Nej	#/#	0 (0)		3,8 (0,5–13,2)		3,4	3,6
Sjælland	Nej	74 / 569	0 (0)		13,0 (10,4–16,0)		5,3	1,9
Holbæk Sygehus	Nej	67 / 131	0 (0)		51,1 (42,3–60,0)		12,4	1,0
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Nej	5 / 190	0 (0)		2,6 (0,9–6,0)		3,6	4,3

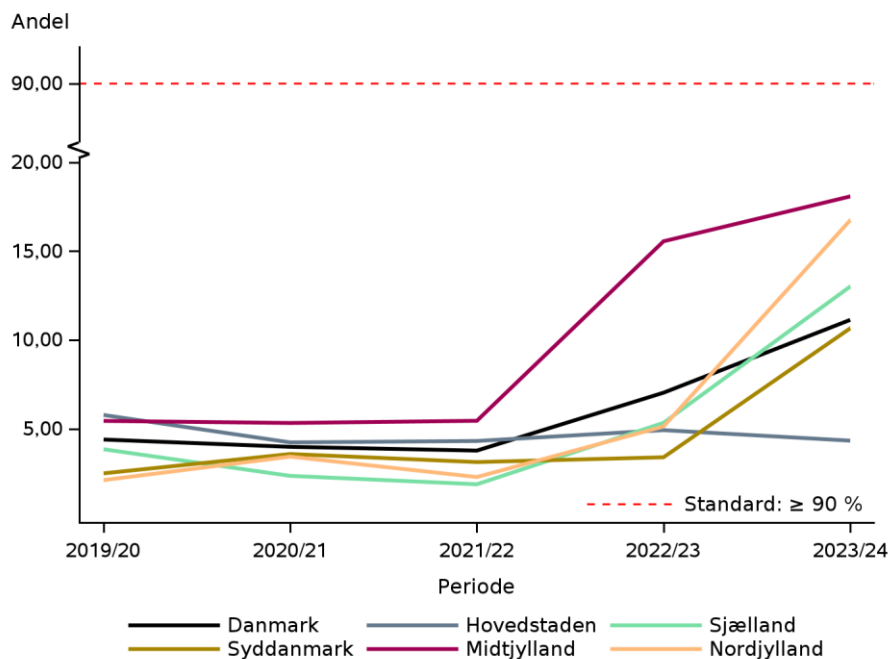
	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2	2021/2
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Sjællands Universitetshospital	Nej	#/#	0 (0)	0,8	(0,1–2,9)	2,8	0,4
Syddanmark	Nej	70 / 657	0 (0)	10,7	(8,4–13,3)	3,4	3,1
Esbjerg Sygehus	Nej	#/#	0 (0)	1,3	(0,2–4,5)	0,8	0,8
Grindsted Sygehus							
Odense Universitetshospital – Svendborg	Nej	63 / 300	0 (0)	21,0	(16,5–26,1)	3,5	1,7
Sygehus Lillebælt	Nej	#/#	0 (0)	2,3	(0,3–8,1)	1,0	4,4
Sygehus Sønderjylland	Nej	3 / 112	0 (0)	2,7	(0,6–7,6)	7,9	7,6
Midtjylland	Nej	126 / 697	0 (0)	18,1	(15,3–21,1)	15,6	5,4
Aarhus Universitetshospital	Nej	30 / 140	0 (0)	21,4	(14,9–29,2)	27,7	4,1
Hospitalsenhed Midt	Nej	23 / 139	0 (0)	16,5	(10,8–23,8)	15,7	7,7
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	28 / 169	0 (0)	16,6	(11,3–23,0)	3,1	3,9
Regionshospitalet Horsens	Nej	12 / 121	0 (0)	9,9	(5,2–16,7)	8,9	1,8
Regionshospitalet Randers	Nej	33 / 128	0 (0)	25,8	(18,5–34,3)	23,2	10,5
Nordjylland	Nej	39 / 233	0 (0)	16,7	(12,2–22,2)	5,1	2,3
Aalborg Universitetshospital	Nej	22 / 136	0 (0)	16,2	(10,4–23,5)	3,4	2,9
Aalborg Universitetshospital, Thisted							0,0
Regionshospitalet Nordjylland	Nej	17 / 97	0 (0)	17,5	(10,6–26,6)	8,3	1,3

	Antal	Årsag
Eksklusion:	75	Ugyldigt CPRnummer.
	198	Patienten er under 18 år.
	6.232	Patienten er ikke opereret.
	492	Operationen er ikke den første operation i hospitalsopholdet.

Indikator 3: Præoperativ optimering. Forest plot på afdelingsniveau



Indikator 3: Præoperativ optimering. Trendgraf over resultater på regionalt niveau



Indikatorbeskrivelse for indikator 3

Indikator 3 beskriver andelen af patienter, der modtager præoperativ optimering eller går direkte til operation. Indikatoren er endeligt defineret således at den kan måles og afrapporteres som kvalitetsindikator idet der pr. 1/10-2022 blev oprettet en kode til angivelse af at der er udført præoperativ optimering via LPR.

Resultater af indikatoranalysen for indikator 3

Indikatoren er opgjort for anden gang i indeværende årsrapport. I og med, indberetningen er ny, skal resultaterne tolkes med varsomhed.

I alt 3.172 patienter indgik i nævneren, og heraf fik 353 enten præoperativ optimering, eller gik direkte til operation. Dette svarende til en andel på 11,1 % (95 % CI 10,1-12,3) nationalt. Udviklingsmålet på ≥ 90 % er således langt fra opfyldt.

Regionalt varierede resultaterne fra 4,3 % i Region Hovedstaden til 18,1 % i Region Midtjylland.

Ingen af de indberettende enheder opfyldte udviklingsmålet.

Udviklingen over tid er meget positiv siden indberetning blev muligt fra 1/10-2022.

Punktestimatet for andelen og det tilhørende konfidensinterval er vist i figuren "*Indikator 3: Præoperativ optimering. Foret plot på afdelingsniveau*". Udviklingen over tid er illustreret i figuren "*Indikator 3: Præoperativ optimering. Trendgraf over resultater på regionalt niveau*".

Diskussion og implikationer af årets resultater for indikator 3

Et mindre retrospektivt studie fra 1999 viser at elektive patienter der præ-operativt bliver optimeret på intensiv med normalisering af hæmodynamiske problemstillinger klarer sig bedre post-operativt end dem der ikke bliver normaliseret.

I det mortalitets-sænkende AHA-studie, blev patienterne optimeret på IMA / ITA / eller på operationsgangen forud for operation umiddelbart efter det var besluttet at patienten skulle opereres.

Det anbefales at patienter diagnosticeret med operationskrævende ileus eller perforeret hulorgan modtager anæstesiologisk præ-operativ optimering på IMA / ITA eller operationsgangen for at sikre den optimale behandling og observation. Hvis det er muligt at køre direkte til operation, skal dette prioriteres.

Indikator 4 er en pragmatisk indikator, der monitorerer ønsket om en behandlingsmæssig proaktiv tilgang til den akutte abdominal kirurgiske patient, der for en stor dels vedkommende er septiske samt væske og elektrolyt derangede. Indikatoren understøtter, at ventetid på operation udnyttes til normalisering af hæmodynamiske parametre samt korrektion af deficit, så en forværring i patientens tilstand opdages og behandles hurtigt og aggressivt. Indikatoren er opfyldt når patienten observeres på en intensiv, intermedier eller opvågningsplads i ventetiden på operation eller når patienten har operationsstart inden for 4 timer fra indlæggelse, hvilket pragmatisk opfattes som direkte til operation fra modtagelse.

Holbæk Hospital viser at der med en indsats der blandt andet adresserer det kulturelle aspekt kan flyttes meget. En national vidensdeling hvor hospitalerne opsøger "best performer" for inspiration tilskyndes.

Vurdering af indikator 3

For at kunne trække data skal afdelingerne kode patienterne, der præoptimeres med SKS-koden NAAZ42, der har teksten "Anæstesiologisk præoperativ optimering". For en god ordens skyld fremhæves det at SKS-koden NAAZ4 "Anæstesiologisk tilsyn" ikke kan bruges til dette.

Det er ikke muligt at udlede af den aktuelle visning, om de patienter, der opfylder indikator 3, gør det på baggrund af, at koden er benyttet, eller om de har haft operationsstart indenfor 4 timer. Med den lave målopfyldelse må det antages, at brugen af koden endnu ikke er særlig udbredt. Men Holbæk har vist at har man fokus på opgaven kan målopfyldelsen flyttes markant.

Vi anbefaler at man skifter til SOR koder for at afgøre, om patienten har opholdt sig på en intensiv/intermediær eller opvågningsplads inden operation. Dette kræver at hvert hospital melder ind hvilke SOR koder, der dækker sådanne pladser. Hvis et hospital tilbyder samme tætte observation på en anden plads/afdeling end førnævnte og en SOR kode ikke kan bruges til at adskille denne plads fra en almindelig sengeplads, kan man fortsat anvende NAAZ42, når patienten er blevet præoptimeret. NAAZ42 kan fortsat kun anvendes, hvis præoptimeringen foretages af en anæstesiolog.

Indikator 4x: Operation indenfor 6 timer (360 minutter) (Perforation, iskæmi, postoperativ intraabdominal blødning)

Prosabeskrivelse

Andelen af patienter, der opereres indenfor seks timer efter ankomst til sygehus for patienter, der er opereret for perforation, iskæmi eller postoperativ intraabdominal blødning, samt hvor patienten er opereret indenfor 48 timer efter ankomst til sygehuset

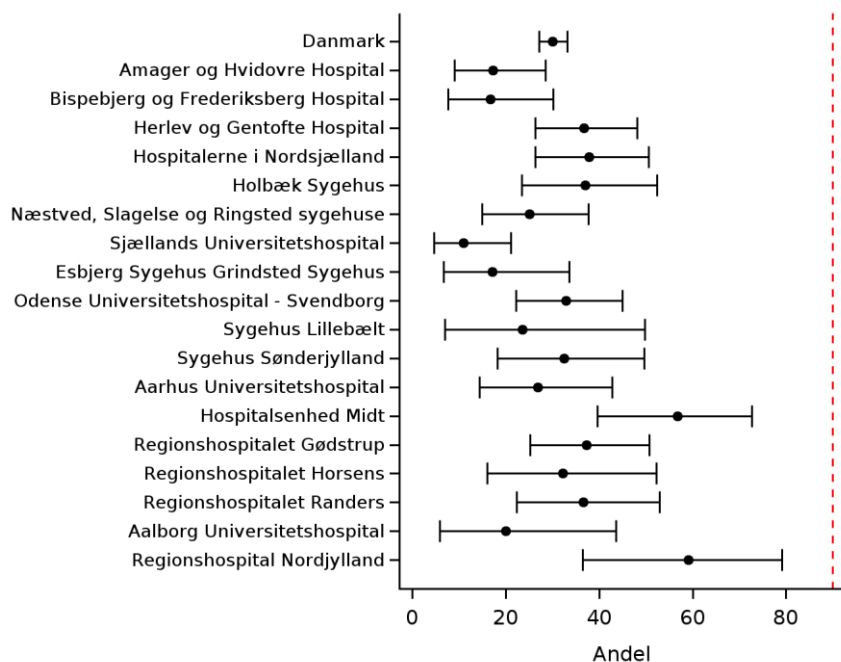
Tæller	Forløb der indgår i nævneren, og hvor patienten i forbindelse med første operation under hospitalsophold er opereret indenfor seks timer (360 minutter) efter ankomst til sygehus
Nævner	Forløb med angivet tidspunkt for patientens ankomst til sygehus, hvor der findes tidspunkt for første operation, og hvor operationen er for perforation, iskæmi eller postoperativ intraabdominal blødning, samt hvor patienten er opereret indenfor 48 timer efter ankomst til sygehuset
Uoplyste	Patienter, hvor tidspunkt for ankomst til sygehus mangler, patienter, hvor oplysning om operation mangler, patienter, hvor tidspunkt for operation mangler
Ekskluderede	Patienter uden gyldigt CPR-nummer, patienter under 18 år på operationstidspunktet
Udviklingsmål	≥ 90 %

	Standard		Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%	Tæller/ opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2	2021/2
					Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	256 / 852	0 (0)		30,0	(27,0–33,2)	27,4	24,2
Hovedstaden	Nej	77 / 275	0 (0)		28,0	(22,8–33,7)	25,8	28,0
Sjælland	Nej	39 / 170	0 (0)		22,9	(16,9–30,0)	25,5	16,7
Syddanmark	Nej	45 / 159	0 (0)		28,3	(21,5–36,0)	22,9	21,3
Midtjylland	Nej	78 / 206	0 (0)		37,9	(31,2–44,9)	34,7	28,5
Nordjylland	Nej	17 / 42	0 (0)		40,5	(25,6–56,7)	28,4	14,3
Hovedstaden	Nej	77 / 275	0 (0)		28,0	(22,8–33,7)	25,8	28,0
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	11 / 64	0 (0)		17,2	(8,9–28,7)	14,1	29,5
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	8 / 48	0 (0)		16,7	(7,5–30,2)	25,7	26,5
Bornholms Hospital	Nej	## / #	0 (0)		33,3	(4,3–77,7)	60,0	66,7
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	29 / 79	0 (0)		36,7	(26,1–48,3)	29,2	28,2
Hospitalet i Nordsjælland	Nej	25 / 66	0 (0)		37,9	(26,2–50,7)	32,4	24,2
Rigshospitalet	Nej	## / #	0 (0)		16,7	(2,1–48,4)	16,7	25,0
Sjælland	Nej	39 / 170	0 (0)		22,9	(16,9–30,0)	25,5	16,7
Holbæk Sygehus	Nej	17 / 46	0 (0)		37,0	(23,2–52,5)	36,1	19,0
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Nej	15 / 60	0 (0)		25,0	(14,7–37,9)	19,6	11,8

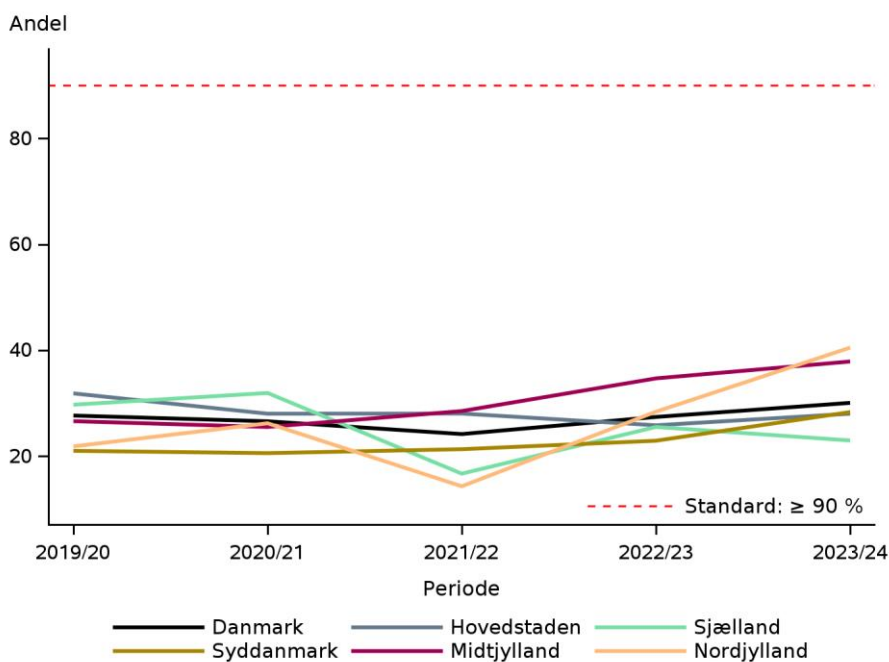
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2	2021/2
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Sjællands Universitetshospital	Nej	7 / 64	0 (0)	10,9	(4,5–21,2)	24,2	19,7
Syddanmark	Nej	45 / 159	0 (0)	28,3	(21,5–36,0)	22,9	21,3
Esbjerg Sygehus	Nej	6 / 35	0 (0)	17,1	(6,6–33,6)	17,9	23,3
Grindsted Sygehus							
Odense Universitetshospital – Svendborg	Nej	23 / 70	0 (0)	32,9	(22,1–45,1)	14,3	11,3
Sygehus Lillebælt	Nej	4 / 17	0 (0)	23,5	(6,8–49,9)	9,1	22,5
Sygehus Sønderjylland	Nej	12 / 37	0 (0)	32,4	(18,0–49,8)	47,6	43,5
Midtjylland	Nej	78 / 206	0 (0)	37,9	(31,2–44,9)	34,7	28,5
Aarhus Universitetshospital	Nej	11 / 41	0 (0)	26,8	(14,2–42,9)	25,7	21,9
Hospitalsenhed Midt	Nej	21 / 37	0 (0)	56,8	(39,5–72,9)	43,9	44,1
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	22 / 59	0 (0)	37,3	(25,0–50,9)	24,1	26,7
Regionshospitalet Horsens	Nej	9 / 28	0 (0)	32,1	(15,9–52,4)	28,0	16,7
Regionshospitalet Randers	Nej	15 / 41	0 (0)	36,6	(22,1–53,1)	50,0	32,4
Nordjylland	Nej	17 / 42	0 (0)	40,5	(25,6–56,7)	28,4	14,3
Aalborg Universitetshospital	Nej	4 / 20	0 (0)	20,0	(5,7–43,7)	20,4	13,8
Regionshospitalet Nordjylland	Nej	13 / 22	0 (0)	59,1	(36,4–79,3)	44,0	15,0

	Antal	Årsag
Eksklusion:	75	Ugyldigt CPRnummer.
	198	Patienten er under 18 år.
	6.232	Patienten er ikke opereret.
	492	Operationen er ikke den første operation i hospitalsopholdet.
	2.087	Patienten har ikke fået en diagnose for Perforation, iskæmi eller blødning
	233	Patienten er opereret efter 48 timer efter ankomst til sygehus.

Indikator 4x: Operation indenfor 6 timer, perforation, iskæmi, postoperativ intraabdominal blødning. Forest plot på afdelingsniveau



Indikator 4x: Operation indenfor 6 timer, perforation, iskæmi, postoperativ intraabdominal blødning. Trendgraf over resultater på regionalt niveau



Indikatorbeskrivelse for indikator 4x

Indikator 4x beskriver andelen af patienter, der bliver opereret indenfor 6 timer efter ankomst til sygehus ud af de patienter, der opereres indenfor højst 24 timer, og hvor diagnosen er, perforation, iskæmi eller postoperativ intraabdominal blødning.

Resultater af indikatoranalysen for indikator 4x

Der var i alt 852 patienter, der blev opereret indenfor 24 timer efter ankomst til sygehus, og hvor diagnosen er, perforation, iskæmi eller postoperativ intraabdominal blødning. Heraf blev 256 opereret indenfor 6 timer, svarende til en andel på 30,0 % (95 % CI: 27,0-33,2). Således var udviklingsmålet på ≥ 90 % ikke opnået på nationalt niveau.

Regionalt varierede andelen fra 22,9 % i Region Sjælland til 40,5 % i Region Nordjylland.

Bemærk, at antallet af patienter på de enkelte sygehuse er ganske lavt, hvorfor selv små udsving i antal kan medføre en væsentlig forskel i andelen i %.

Ingen af de indberettende enheder opfyldte udviklingsmålet i perioden.

Punktestimatet for andelen og det tilhørende konfidensinterval er vist i figuren ”Indikator 4x: Forest plot indenfor 6 timer, perforation, iskæmi, blødning. Resultater på afdelingsniveau”. Udviklingen over tid er illustreret i figuren ”Indikator 4x: Operation indenfor 6 timer, perforation, iskæmi, blødning. Trendgraf over resultater på regionalt niveau”.

Diskussion og implikationer af årets resultater for indikator 4x

Evidensen bag ventetid og øget mortalitet og/eller komplikationer er ikke entydig, for perforations- iskæmi og postoperativ intraabdominal blødning er der evidens for hurtig behandling. For ileus deler populationen sig i 2 afhænging af om ileus medfører iskæmi af tarm eller ej.

For perforeret ulcus er overlevelsen dalende for hver time der går. Vi anbefaler at patienter med iskæmi eller perforeret hulorgan prioriteres højt og opereres indenfor 6 timer efter indlæggelsestidspunktet. PUPL studiet i slut nullet viste hvor vigtig en hurtig indsats er og Fokus bør være at prioritere denne population højere.

Ved perforeret ulcus falder sandsynlighed for overlevelse med 2,4 % for hver time forsinkelse. Fundet ved en retrospektiv gennemgang af 2.668 patienter opereret for perforeret ulcus på danske patienter.

Ventetid på operationsstue giver øget mortalitet, og længere indlæggelsestid.

Længere ventetid mellem indlæggelse og operation medførte længere behandling med antibiotika, længere ophold på intensiv og længere indlæggelsestid i det hele taget.

Årets resultat med 30 % er endnu en forbedring ift. tidligere, men stadig langt fra udviklingsmålet på 80%. Der er et nationalt behov for, at der allokeres ledelsesressourcer, at kapacitetsproblemer adresseres og at der sættes fokus på tilgængelige operationsstuer for den akutte kirurgi.

Opmærksomhed omkring korrekt registrering af operationskode koblet med diagnosekode. Dette er forskelligt afhængigt af hvilket journalsystem man har.

Region Nordjylland har vist en flot forbedring løbende over de sidste par år og vi må anbefale erfarings udveksling for at vi kan lære af det gode eksempel.

Vurdering af indikator 4x

Indikatoren og udviklingsmålet bevares.

Indikator 4y: Operation indenfor 24 timer (Ileusoperationer uden iskæmi eller perforation)

Bemærk, denne indikator er en supplerende indikator, som vurderes af Styregruppen for databasen forud for indførelse.

Prosabeskrivelse

Andelen af patienter, der opereres indenfor 24 timer efter ankomst til sygehus for patienter, der er opereret for diagnoser, der er ileusoperationer uden iskæmi eller perforation

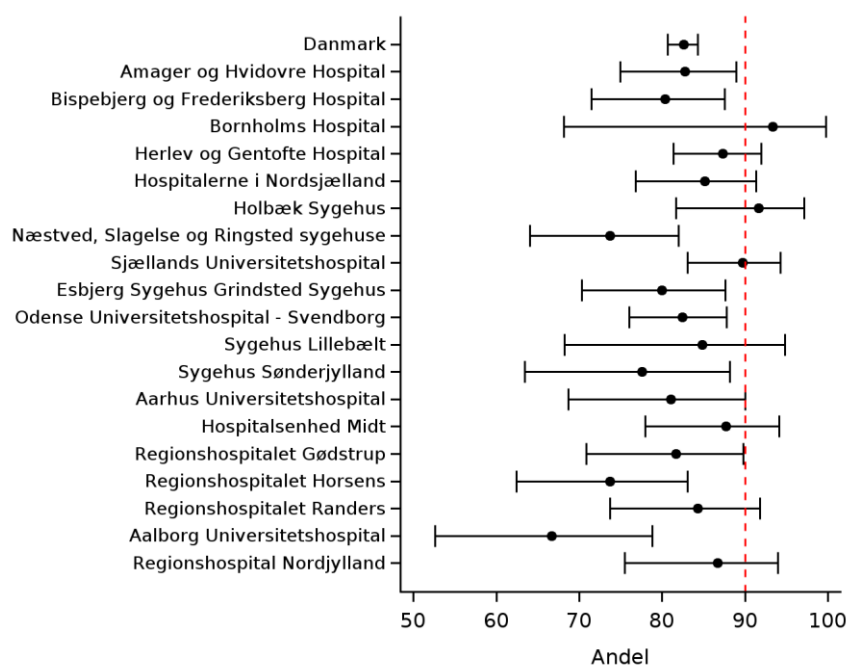
Tæller	Forløb der indgår i nævneren, og hvor patienten i forbindelse med første operation under hospitalsophold er opereret indenfor 24 timer efter ankomst til sygehus
Nævner	Forløb med angivet tidspunkt for patientens ankomst til sygehus, hvor der findes tidspunkt for første operation, og hvor operationen er ileusoperationer uden iskæmi eller perforation, samt hvor patienten er opereret indenfor 48 timer efter ankomst til sygehuset
Uoplyste	Patienter, hvor tidspunkt for ankomst til sygehus mangler, patienter, hvor oplysning om operation mangler, patienter, hvor tidspunkt for operation mangler
Ekskluderede	Patienter uden gyldigt CPR-nummer, patienter under 18 år på operationstidspunktet
Udviklingsmål	≥ 90 %

	Standard		Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%				01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2	2021/2
	opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)		Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	1.321 / 1.600	0 (0)		82,6	(80,6–84,4)	80,8	78,0
Hovedstaden	Nej	429 / 510	0 (0)		84,1	(80,7–87,2)	83,7	82,0
Sjælland	Nej	241 / 285	0 (0)		84,6	(79,8–88,6)	76,2	79,9
Syddanmark	Nej	279 / 343	0 (0)		81,3	(76,8–85,3)	77,9	74,8
Midtjylland	Nej	284 / 348	0 (0)		81,6	(77,1–85,5)	83,3	74,5
Nordjylland	Nej	88 / 114	0 (0)		77,2	(68,4–84,5)	76,7	73,0
Hovedstaden	Nej	429 / 510	0 (0)		84,1	(80,7–87,2)	83,7	82,0
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	101 / 122	0 (0)		82,8	(74,9–89,0)	69,4	80,5
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	82 / 102	0 (0)		80,4	(71,4–87,6)	88,1	79,9
Bornholms Hospital	Ja	14 / 15	0 (0)		93,3	(68,1–99,8)	94,4	92,3
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	145 / 166	0 (0)		87,3	(81,3–92,0)	87,5	83,3
Hospitalet i Nordsjælland	Nej	86 / 101	0 (0)		85,1	(76,7–91,4)	84,8	86,0
Rigshospitalet	Nej	#/#	0 (0)		25,0	(0,6–80,6)	83,3	60,0
Sjælland	Nej	241 / 285	0 (0)		84,6	(79,8–88,6)	76,2	79,9
Holbæk Sygehus	Ja	55 / 60	0 (0)		91,7	(81,6–97,2)	79,7	86,2

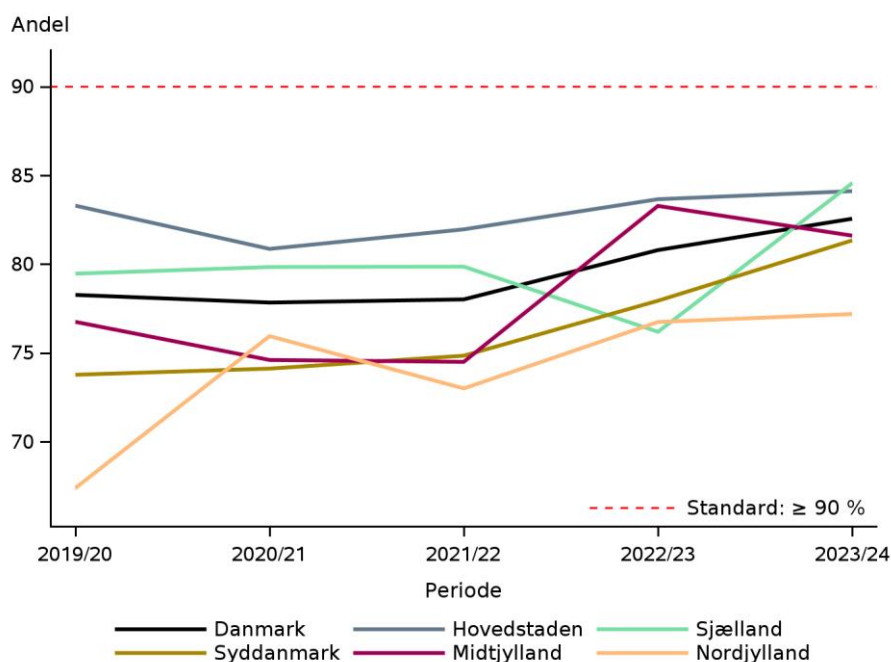
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024		2022/23	2021/22
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Nej	73 / 99	0 (0)	73,7	(63,9–82,1)	70,7	80,8
Sjællands Universitetshospital	Nej	113 / 126	0 (0)	89,7	(83,0–94,4)	79,8	76,5
Syddanmark	Nej	279 / 343	0 (0)	81,3	(76,8–85,3)	77,9	74,8
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	Nej	72 / 90	0 (0)	80,0	(70,2–87,7)	77,1	74,4
Odense Universitetshospital – Svendborg	Nej	141 / 171	0 (0)	82,5	(75,9–87,8)	77,9	75,4
Sygehus Lillebælt	Nej	28 / 33	0 (0)	84,8	(68,1–94,9)	77,3	79,1
Sygehus Sønderjylland	Nej	38 / 49	0 (0)	77,6	(63,4–88,2)	79,6	68,6
Midtjylland	Nej	284 / 348	0 (0)	81,6	(77,1–85,5)	83,3	74,5
Aarhus Universitetshospital	Nej	47 / 58	0 (0)	81,0	(68,6–90,1)	83,3	74,1
Hospitalsenhed Midt	Nej	64 / 73	0 (0)	87,7	(77,9–94,2)	86,7	78,4
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	58 / 71	0 (0)	81,7	(70,7–89,9)	77,6	64,6
Regionshospitalet Horsens	Nej	56 / 76	0 (0)	73,7	(62,3–83,1)	76,6	78,6
Regionshospitalet Randers	Nej	59 / 70	0 (0)	84,3	(73,6–91,9)	90,3	80,4
Nordjylland	Nej	88 / 114	0 (0)	77,2	(68,4–84,5)	76,7	73,0
Aalborg Universitetshospital	Nej	36 / 54	0 (0)	66,7	(52,5–78,9)	74,7	68,5
Aalborg Universitetshospital, Thisted							100,0
Regionshospitalet Nordjylland	Nej	52 / 60	0 (0)	86,7	(75,4–94,1)	80,0	77,8

	Antal	Årsag
Eksklusion:	75	Ugyldigt CPRnummer.
	198	Patienten er under 18 år.
	6.232	Patienten er ikke opereret.
	492	Operationen er ikke den første operation i hospitalsopholdet.
	1.085	Patienten er opereret for en diagnose for Perfoation, iskæmi eller blødning efter 48 timer fra ankomst.
	487	Patienten er opereret efter 48 timer efter ankomst til sygehus.

Indikator til indikator 4y: Operation indenfor 24 timer, hvor diagnosen er ileusoperationer uden iskæmi eller perforation. Resultater på afdelingsniveau



Indikator til indikator 4y: Operation indenfor 24 timer, hvor diagnosen er ileusoperationer uden iskæmi eller perforation. Trendgraf over resultater på regionalt niveau



Indikatorbeskrivelse for indikator 4y

Indikator 4y beskriver andelen af patienter, der bliver opereret indenfor 24 timer efter ankomst til sygehus ud af de patienter, der opereres indenfor højst 48 timer, og hvor diagnosen er ileusoperationer uden iskæmi eller perforation.

Resultater af indikatoranalysen for indikator 4y

Der var i alt 1.600 patienter, der blev opereret indenfor 24 timer efter ankomst til sygehus, og hvor diagnosen er ileusoperationer uden iskæmi eller perforation. Heraf blev 1.321 opereret indenfor 24 timer, svarende til en andel på 82,6 % (95 % CI: 80,6-84,4). Således var udviklingsmålet på $\geq 90\%$ ikke opfyldt på nationalt niveau.

Regionalt varierede andelen fra 77,2 % i Region Nordjylland til 84,6 % i Region Sjælland.

Bemærk at antallet af patienter på de enkelte sygehuse er ganske lavt, hvorfor selv små udsving i antal kan medføre en væsentlig forskel i andelen i %.

Ingen af de indberettende enheder opfyldte udviklingsmålet i perioden.

Punktestimatet for andelen og det tilhørende konfidensinterval er vist i figuren "Indikator 4y: Operation indenfor 6 timer, hvor diagnosen er ileusoperationer uden iskæmi eller perforation. Forest plot på afdelingsniveau". Udviklingen over tid er illustreret i figuren "Indikator 4y: Operation indenfor 6 timer, hvor diagnosen er ileusoperationer uden iskæmi eller perforation. Trendgraf over resultater på regionalt niveau".

Diskussion og implikationer af årets resultater for indikator 4y

Årets resultater for indikator 4y viser, at 82,6 % af patienterne blev opereret indenfor 24 timer efter ankomst til sygehus, hvilket er meget tæt på udviklingsmålet på ≥ 90 %. Dette indikerer, at der er plads til forbedring i behandlingshastigheden for patienter med ileusoperationer uden iskæmi eller perforation. Den regionale variation fra 77,2 % i Region Nordjylland til 84,6 % i Region Sjælland peger på, at der kan være forskelle i praksis og ressourcer mellem regionerne, som påvirker resultaterne.

Det lave antal patienter på de enkelte sygehuse betyder, at selv små udsving kan have en betydelig indvirkning på andelen i procent. Ingen af de indberettende enheder opfyldte udviklingsmålet, hvilket understreger behovet for en samlet indsats for at forbedre behandlingshastigheden.

Ligesom indikator 4y viser det britiske NASBO-projektet variation i klinisk praksis og ressourcer mellem forskellige hospitaler, hvilket påvirker patientresultaterne¹. Dette understreger behovet for standardisering og deling af bedste praksis.

Overordnet er konklusionen at behandlingen af danske patienter med Ileus kvalitets mæssigt er på rette vej, men at området vedblivende skal have fokus i lokale Audits for at holde stndanden og nå udviklingsmålet

Vurdering af indikator 4y

Indikatoren og udviklingsmålet bevarer.

Indikator 5: Intermediær indlæggelse

Prosabeskrivelse

Andelen af ældre (≥ 75 år) eller svært syge (ASA ≥ 3) patienter, der monitoreres ≥ 24 timer postoperativt på et intermediært afsnit eller et lignende afsnit.

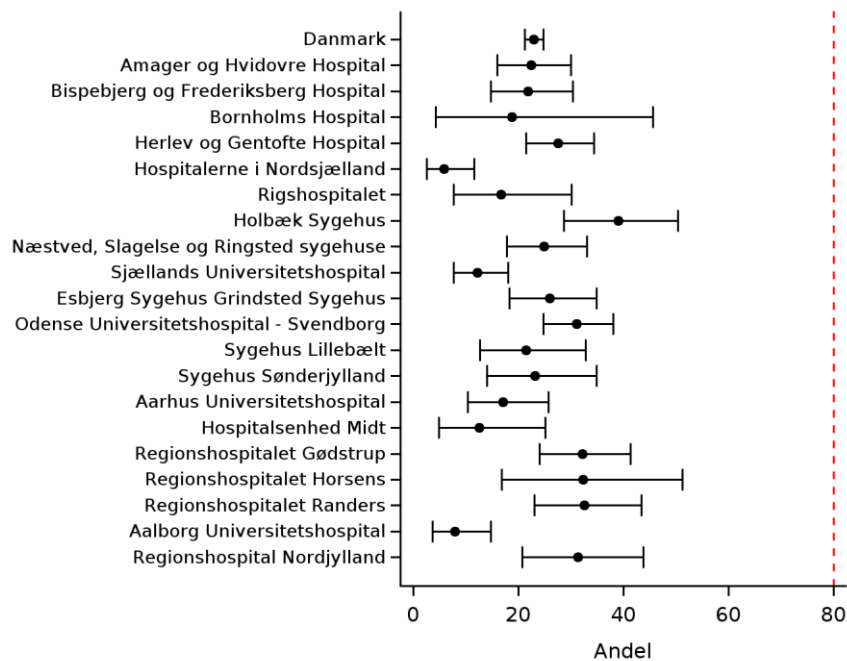
Tæller	Forløb der indgår i nævneren, og hvor patienten i forbindelse med første operation under hospitalsophold har været indlagt ≥ 24 timer postoperativt på intermediært el. lign. afsnit
Nævner	Forløb med angivet operationstidspunkt, og hvor der for første operation er angivet ASA-score ≥ 3 , eller alder ≥ 75 år
Uoplyste	Patienter, hvor operationstidspunkt mangler, eller hvor ASA score mangler
Ekskluderede	Patienter uden gyldigt CPR-nummer, patienter under 18 år på operationstidspunktet, ASA = 7, patienter, der ikke er opererede
Udviklingsmål	≥ 80 %

	Standard		Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	$\geq 80\%$				01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2	2021/2
	opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)		Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	459 / 2.003	98 (5)		22,9	(21,1–24,8)	20,4	15,9
Hovedstaden	Nej	127 / 631	10 (2)		20,1	(17,1–23,5)	18,1	11,9
Sjælland	Nej	84 / 376	4 (1)		22,3	(18,2–26,9)	23,0	15,4
Syddanmark	Nej	120 / 444	12 (3)		27,0	(22,9–31,4)	21,5	19,6
Midtjylland	Nej	99 / 383	66 (15)		25,8	(21,5–30,5)	25,2	24,4
Nordjylland	Nej	29 / 169	6 (3)		17,2	(11,8–23,7)	11,7	9,2
Hovedstaden	Nej	127 / 631	10 (2)		20,1	(17,1–23,5)	18,1	11,9
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	32 / 143	3 (2)		22,4	(15,8–30,1)	32,6	9,9
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	25 / 115	1 (1)		21,7	(14,6–30,4)	20,3	12,1
Bornholms Hospital	Nej	3 / 16	1 (6)		18,8	(4,0–45,6)	0,0	25,0
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	52 / 189	2 (1)		27,5	(21,3–34,5)	12,6	5,8
Hospitalet i Nordsjælland	Nej	7 / 120	3 (2)		5,8	(2,4–11,6)	13,0	14,7
Rigshospitalet	Nej	8 / 48	0 (0)		16,7	(7,5–30,2)	14,5	28,0
Sjælland	Nej	84 / 376	4 (1)		22,3	(18,2–26,9)	23,0	15,4
Holbæk Sygehus	Nej	32 / 82	0 (0)		39,0	(28,4–50,4)	25,6	29,3
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Nej	32 / 129	1 (1)		24,8	(17,6–33,2)	27,3	15,9
Sjællands Universitetshospital	Nej	20 / 165	3 (2)		12,1	(7,6–18,1)	16,8	8,9
Syddanmark	Nej	120 / 444	12 (3)		27,0	(22,9–31,4)	21,5	19,6

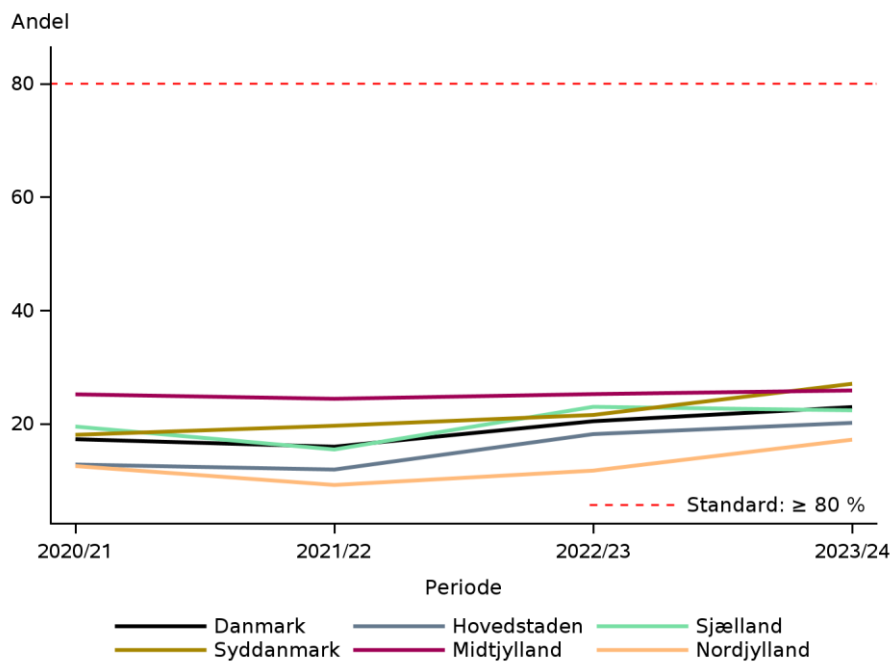
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 80% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2	2021/2
				Andel	95% CI	3 Andel	2 Andel
Esbjerg Sygehus	Nej	29 / 112	2 (2)	25,9	(18,1–35,0)	19,5	22,0
Grindsted Sygehus							
Odense	Nej	60 / 193	5 (3)	31,1	(24,6–38,1)	29,3	15,1
Universitetshospital – Svendborg							
Sygehus Lillebælt	Nej	15 / 70	0 (0)	21,4	(12,5–32,9)	10,4	13,7
Sygehus Sønderjylland	Nej	16 / 69	5 (7)	23,2	(13,9–34,9)	21,4	27,2
Midtjylland	Nej	99 / 383	66 (15)	25,8	(21,5–30,5)	25,2	24,4
Aarhus	Nej	17 / 100	0 (0)	17,0	(10,2–25,8)	13,4	13,9
Universitetshospital							
Hospitalsenhed Midt	Nej	6 / 48	30 (38)	12,5	(4,7–25,2)	30,8	33,3
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	38 / 118	1 (1)	32,2	(23,9–41,4)	15,9	17,4
Regionshospitalet Horsens	Nej	10 / 31	35 (53)	32,3	(16,7–51,4)	27,8	22,9
Regionshospitalet Randers	Nej	28 / 86	0 (0)	32,6	(22,8–43,5)	48,8	46,1
Nordjylland	Nej	29 / 169	6 (3)	17,2	(11,8–23,7)	11,7	9,2
Aalborg	Nej	8 / 102	1 (1)	7,8	(3,4–14,9)	7,3	6,6
Universitetshospital							
Regionshospital Nordjylland	Nej	21 / 67	5 (7)	31,3	(20,6–43,8)	19,4	12,7

	Antal	Årsag
Eksklusion:	75	Ugyldigt CPRnummer.
	197	Patienten er under 18 år.
	6.238	Patienten er ikke opereret.
	7	ASA score er ukendt.
	493	Operationen er ikke den første operation i hospitalsopholdet.
	1.077	Patienten er enten yngre end 75 år eller ASA score < 3
Uoplyst:	98	Manglende registrering af ASA score.

Indikator 5: Intermediær indlæggelse. Forest plot på afdelingsniveau



Indikator 5: Intermediær indlæggelse. Trendgraf over resultater på regionalt niveau



Indikatorbeskrivelse for indikator 5

Indikator 5 beskriver andelen af patienter, der får vurderet postoperativ risiko høj ($ASA \geq 3$) eller har høj alder (alder ≥ 75 år), og som monitoreres ≥ 24 timer postoperativt på et intermediært eller lignende afsnit. Bemærk, at ASA-scoren er indhentet fra Dansk Anæstesi Database, hvor man ikke har en tidsangivelse for scoren. Der er således alene matchet på CPR-nummer.

Resultater af indikatoranalysen for indikator 5

Der er registreret postoperativ høj mortalitetsrisiko for 2.003 patienter i perioden. Andelen med høj mortalitetsrisiko, og som efterfølgende blev indlagt på et intermediært eller lignende afsnit, er 22,9 % (95 % CI: 21,1-24,8), svarende til 459 patienter. Det er værd at bemærke, at 5 % af observationerne mangler informationer, primært i Region Midtjylland.

Regionalt varierede andelen fra 17,2 % i Region Nordjylland til 27,0 % i Region Syddanmark. Andelen af patienter, der mangler information varierer en del fra 1 % i Region Sjælland til 15 % i Region Midtjylland.

Udviklingen over tid viser en generelt stigende andel, som postoperativt indlægges intermediært.

Punktestimatet for andelen og det tilhørende konfidensinterval er vist i figuren "*Indikator 5: Intermediær indlæggelse. Forest plot på afdelingsniveau*". Udviklingen over tid er illustreret i figuren "*Indikator 5: Intermediær indlæggelse. Trendgraf over resultater på regionalt niveau*".

Diskussion og implikationer af årets resultater for indikator 5

Patienter opereret for intraabdominal blødning, ileus, perforeret hulorgan eller nekrotisk tarm tilhører en gruppe af højrisiko kirurgiske patienter, der ofte har gavn af intensiveret behandling og monitorering.

Et større retrospektivt studie viser, at den undergruppe af højrisiko kirurgiske patienter, der har den højeste mortalitet, er de, der efter operation er kommet på kirurgisk afdeling, og efterfølgende haft behov for at blive overflyttet til intensiv.

I et mindre engelsk studie af patienter til elektiv kolorektalkirurgi inddelte man patienterne i tre grupper efter deres beregnede postoperative risiko for komplikationer. Gruppen med mellemrisiko fik enten et standard opvågningsforløb eller en forlænget observationsperiode på en HDU (High Dependency) eller ICU (Intensiv) plads. Der var færre komplikationer og færre uplanlagte intensive indlæggelser i mellemrisikogruppen, der havde sit postoperative forløb på en HDU/ICU-plads.

Der findes flere forskellige modeller, der kan forudsige, hvilke patienter, der har behov for intensiveret behandling. Præ-operative scoringer som f.eks. ASA score og Charlson Comorbidity index tager udgangspunkt i risikofaktorer, der var til stede ved indlæggelse. Man har også vist at APACHE scoring, som er tilegnet intensivpatienter, kan benyttes præ-operativt til at forudsige mortalitets-risiko for akutte mave-tarm kirurgiske patienter.

Post-operativt kan man benytte P-POSSUM, som tager udgangspunkt i bl.a. præ-operative og inter-operative observationer. Surgical Apgar Score tager kun udgangspunkt i inter-operative observationer.

Vi har vurderet at P-POSSUM og APACHE er for omfattende til praktisk brug. I forhold til surgical apgar score mener vi, at denne ekskluderer risikopatienter, der ikke er fysiologisk stressede peroperativt.

Derfor anbefales det, at patienter, der er ældre end ≥ 75 år eller $ASA \geq 3$ bør observeres de første 24 timer efter operation på et intensiv, intermediær- eller opvågningsafsnit.

Der er behov for en yderlig videnskabelig kvalificering på området for at kunne "vælge fagligt klogt" fremadrettet. Der bør være fokus på indikatoren i kommende evidensrapport mht. at afdække best practice og mulige instrumenter til at identificere de patienter, der har størst gavn af postoperativ observation.

Vurdering af indikator 5

Tallene for 2023-24 dækker udelukkende indberetninger, hvor der er anvendt NABB (intensiv terapi), NABE (intensiv observation) eller NABC (intermediær observation) koder. Patienter, der er blevet observeret i en opvågningsafdeling, hvor disse koder almindeligvis ikke anvendes, vil derfor ikke være talt med. Dette års resultat må derfor formodes at underrapporterer i forhold til, hvad der i virkeligheden er praksis.

Der er behov for en kulturel indsats nationalt for at give en korrekt rapportering af praksis

AKDB foreslår, at der fremadrettet anvendes SOR koder til at afgøre, om en højrisikopatient har haft ophold de første 24 timer postoperativt på en afdeling med et behandlingsniveau niveau højere end en almindelig sengeafdeling. Sygehusene bedes indberette hvilke SOR-koder, der dækker intensiv/intermediær/opvågningsafdelinger, der modtager patienter til forlænget observation. NABB, NABE og NABC-koder kan fortsat anvendes.

Udviklingsmålet sættes fra næste år til 80 %.

Indikator 6: Tidlig mobilisering

ProsaBeskrivelse

Andelen af patienter, der mobiliseres indenfor 24 timer efter operation

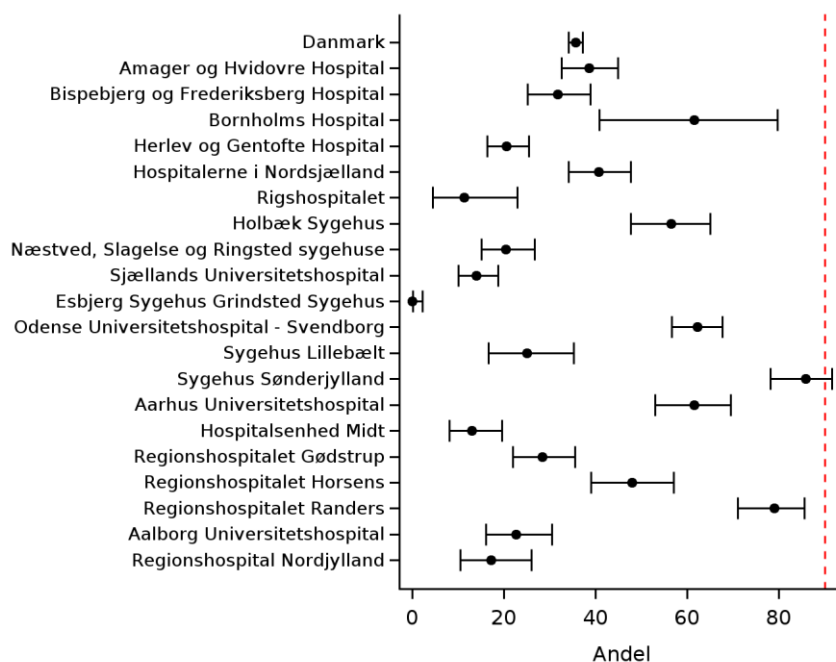
Tæller	Patienter der indgår i nævneren, og som er mobiliseret indenfor 24 timer efter operation
Nævner	Patienter med angivet tidspunkt for operation
Uoplyste	Patienter, hvor operationstidspunkt mangler, patienter, hvor oplysning om mobilisering mangler, patienter, hvor tidspunkt for mobilisering mangler
Ekskluderede	Patienter uden gyldigt CPR-nummer, patienter under 18 år på operationstidspunktet, patienter, der ikke er opererede
Udviklingsmål	≥ 90 %

	Standard		Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%		antal		01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2	2021/2
	opfyldt	Tæller/ nævner	(%)		Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	1.133 / 3.185	0 (0)		35,6	(33,9–37,3)	29,2	16,2
Hovedstaden	Nej	319 / 1.014	0 (0)		31,5	(28,6–34,4)	27,4	18,2
Sjælland	Nej	148 / 574	0 (0)		25,8	(22,3–29,6)	32,3	18,7
Syddanmark	Nej	305 / 658	0 (0)		46,4	(42,5–50,2)	24,9	8,9
Midtjylland	Nej	313 / 703	0 (0)		44,5	(40,8–48,3)	43,6	22,9
Nordjylland	Nej	48 / 236	0 (0)		20,3	(15,4–26,0)	4,0	0,0
Hovedstaden	Nej	319 / 1.014	0 (0)		31,5	(28,6–34,4)	27,4	18,2
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	94 / 244	0 (0)		38,5	(32,4–44,9)	34,1	16,6
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	57 / 180	0 (0)		31,7	(24,9–39,0)	31,5	25,9
Bornholms Hospital	Nej	16 / 26	0 (0)		61,5	(40,6–79,8)	46,7	13,0
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	63 / 307	0 (0)		20,5	(16,1–25,5)	18,9	16,0
Hospitalet i Nordsjælland	Nej	83 / 204	0 (0)		40,7	(33,9–47,8)	28,6	17,3
Rigshospitalet	Nej	6 / 53	0 (0)		11,3	(4,3–23,0)	12,1	14,3
Sjælland	Nej	148 / 574	0 (0)		25,8	(22,3–29,6)	32,3	18,7
Holbæk Sygehus	Nej	74 / 131	0 (0)		56,5	(47,6–65,1)	61,5	27,7
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Nej	39 / 191	0 (0)		20,4	(14,9–26,8)	29,9	16,8
Sjællands Universitetshospit al	Nej	35 / 252	0 (0)		13,9	(9,9–18,8)	17,6	16,3

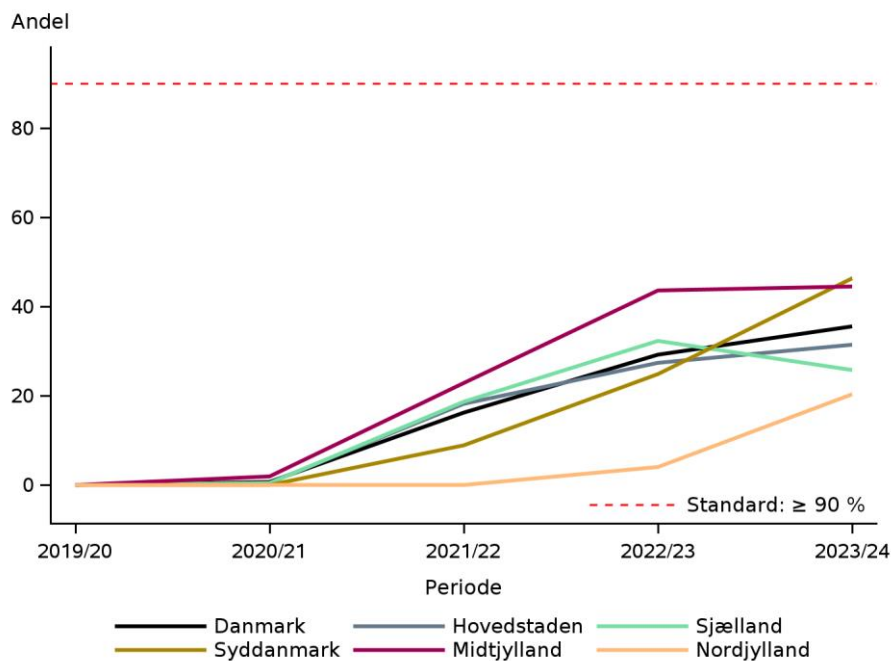
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2	2021/2
				Andel	95% CI	3 Andel	2 Andel
Syddanmark	Nej	305 / 658	0 (0)	46,4	(42,5–50,2)	24,9	8,9
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	Nej	0 / 158	0 (0)	0,0	(0,0–2,3)	0,0	0,0
Odense Universitetshospit al – Svendborg	Nej	186 / 299	0 (0)	62,2	(56,4–67,7)	6,1	0,0
Sygehus Lillebælt	Nej	22 / 88	0 (0)	25,0	(16,4–35,4)	31,1	4,4
Sygehus Sønderjylland	Nej	97 / 113	0 (0)	85,8	(78,0–91,7)	79,5	46,2
Midtjylland	Nej	313 / 703	0 (0)	44,5	(40,8–48,3)	43,6	22,9
Aarhus Universitetshospit al	Nej	86 / 140	0 (0)	61,4	(52,8–69,5)	61,7	50,0
Hospitalsenhed Midt	Nej	18 / 139	0 (0)	12,9	(7,9–19,7)	23,3	1,5
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	49 / 173	0 (0)	28,3	(21,7–35,7)	20,8	4,4
Regionshospitalet Horsens	Nej	59 / 123	0 (0)	48,0	(38,9–57,2)	56,6	24,5
Regionshospitalet Randers	Nej	101 / 128	0 (0)	78,9	(70,8–85,6)	68,0	40,0
Nordjylland	Nej	48 / 236	0 (0)	20,3	(15,4–26,0)	4,0	0,0
Aalborg Universitetshospit al	Nej	31 / 137	0 (0)	22,6	(15,9–30,6)	5,6	0,0
Aalborg Universitetshospit al, Thisted							0,0
Regionshospital Nordjylland	Nej	17 / 99	0 (0)	17,2	(10,3–26,1)	1,1	0,0

	Antal	Årsag
Eksklusion:	75	Ugyldigt CPRnummer.
	197	Patienten er under 18 år.
	6.238	Patienten er ikke opereret.
	493	Operationen er ikke den første operation i hospitalsopholdet.

Indikator 6: Tidlig mobilisering. Forest plot på afdelingsniveau



Indikator 6: Tidlig mobilisering. Trendgraf over resultater på regionalt niveau



Indikatorbeskrivelse for indikator 6

Indikator 6 beskriver andelen af patienter, der mobiliseres indenfor 24 timer efter operation. Svarende til at patienten har forladt sengen. Mobilisering registreres i LPR ved at angive koderne ZZP0030A (tidlig mobilisering påbegyndt) og ZZP0030C (vurderet ingen indikation for tidlig mobilisering).

Resultater af indikatoranalysen for indikator 6

I alt 1.133 af de 3.185 opererede patienter i opgørelsesperioden blev mobiliserede indenfor 24 timer efter operation, svarende til at 35,6 % nationalt blev mobiliserede indenfor 24 timer efter operation (95 % CI: 33,9-37,3).

Regionalt varierede andelen fra 20,3 % i Region Nordjylland til 46,4 % i Region Midtjylland.

Udviklingen over tid viser, at registreringen af indikatoren generelt er forbedret over de seneste to årsrapportperioder.

Ingen af de indberettende enheder opfyldte udviklingsmålet på ≥ 90 %.

Punktestimatet for andelen og det tilhørende konfidensinterval er vist i figuren "*Indikator 6: Mobilisering. Forest plot på afdelingsniveau*". Udviklingen over tid er illustreret i figuren "*Indikator 6: Mobilisering. Trendgraf over resultater på regionalt niveau*".

Diskussion og implikationer af årets resultater for indikator 6

Indikatoren er defineret på samme måde som i databasen for hoftenære frakturer, det er således en indikator der på tværs af hospitalerne er genkendelig.

Inaktivitet eller immobilisering efter kirurgi eller under indlæggelse kan være skadeligt for den enkelte patient, da det påvirker det kardio-pulmonale system i en negativ retning.

Med udgangspunkt i "Enhanced Recovery After Surgery" (ERAS), skal mobilisering ske på det første postoperative døgn. Den overordnede effekt af ERAS er analyseret i systematiske reviews og meta-analyser og beskriver hurtigere mave-tarm funktion, kortere indlæggelsestid og færre komplikationer. ERAS er dog en multimodal indsats med flere interventioner end blot mobilisering. Det er vist at koncepterne for ERAS som normalvis finder anvendelse hos elektive patienter, er gavnlige og overførbare til akutte patienter medførende kortere indlæggelsestid og færre komplikationer.

Flere kohorteundersøgelser har desuden vist en sammenhæng mellem forsinket mobilisering ift. større forekomst af postoperative lungekomplikationer og lav oxygenering efter abdominalkirurgi.

To studier har ligeledes fundet at patienter der ikke er selvstændigt mobiliseret indenfor de første 7 dage post-operativt har højere odds for at få lungekomplikationer, samt at der ses en sammenhæng mellem inaktivitet og udvikling af lungekomplikationer hos patienter der gennemgår akut højrisiko abdominalkirurgi.

Akutte mave-tarm kirurgiske patienter opereret for ileus og perforeret hulorgan er generelt dårligt mobiliserede post-operativt, hvilket øger risikoen for komplikationer generelt.

På baggrund af ERAS-forløbene og viden om at forsinket mobilisering eller immobilisering kan medføre postoperative komplikationer anbefales det, at patienter opereret akut for ileus og perforeret hulorgan mobiliseres i samme form som ERAS-patienter med tidlig mobilisering allerede det første postoperative døgn.

Vi anerkender at dette er ekstrapoleret data fra ERAS-studier der inkluderer tiltag ud over mobilisering.

Mobilisering er defineret ved mobilisering fra liggende stilling til enten siddende eller stående stilling, hvor patienten har forladt sengen.

Der er stor intra-regional variation, det tyder på at man på hvert hospital skal se hvor man ligger og arbejde med det.

Det store spring i indikator opfyldelse til 35,6% skyldes formentlig det tætte samarbejde med LKT Akutkirurgi, der har understøttet forståelse og processer omkring indikatoren, samt at regionerne har haft fokus på automatisk kodedrop til LPR ifm. første mobilisering. Der er dog fortsat behov for fokus og forbedringer indenfor området ift. rettidig registrering af første mobilisering og validering af data. Dette kan med fordel udføres ved hjælp af lokal audit.

Vurdering af indikator 6

Indikator og udviklingsmål skal bestå. Det har været gavnligt at LKT har bakket op om registreringen, så registreringen nu i højere grad er en standard blandt fysioterapeuter og i sygeplejen.

Styregruppen anbefaler, koden for ”ingen indikation for tidlig mobilisering” anvendes i relevante tilfælde.

Indikator 7: Ernæring

Prosa-beskrivelse

Andelen af patienter, hvor der er taget stilling til ernæring indenfor 48 timer efter operation

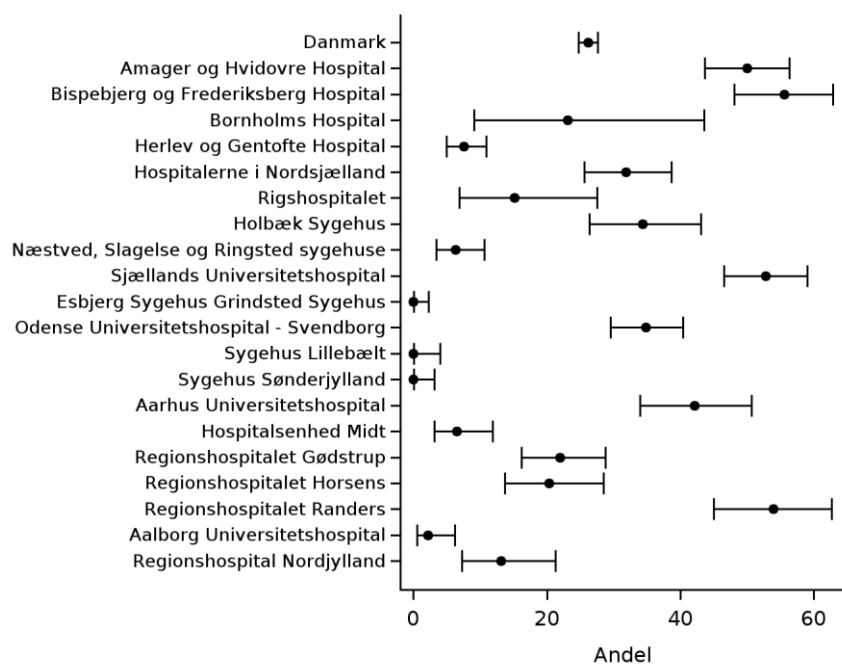
Tæller	Patienter der indgår i nævneren, og hvor der er taget stilling til ernæring indenfor 48 timer
Nævner	Patienter med angivet tidspunkt for operation
Uoplyste	Patienter, hvor operationstidspunkt mangler, patienter, hvor oplysning om ernæring mangler, patienter, hvor tidspunkt for ernæring mangler
Ekskluderede	Patienter uden gyldigt CPR-nummer, patienter under 18 år på operationstidspunktet, patienter, der ikke er opererede
Udviklingsmål	Ikke fastsat

	Uoplyst			Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2 3	2021/2 2
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		834 / 3.185	0 (0)	26,2	(24,7–27,7)	19,5	11,6
Hovedstaden		324 / 1.014	0 (0)	32,0	(29,1–34,9)	32,4	20,2
Sjælland		190 / 574	0 (0)	33,1	(29,3–37,1)	28,9	20,0
Syddanmark		104 / 658	0 (0)	15,8	(13,1–18,8)	0,2	0,0
Midtjylland		200 / 703	0 (0)	28,4	(25,1–31,9)	13,8	5,1
Nordjylland		16 / 236	0 (0)	6,8	(3,9–10,8)	6,2	0,5
Hovedstaden		324 / 1.014	0 (0)	32,0	(29,1–34,9)	32,4	20,2
Amager og Hvidovre Hospital		122 / 244	0 (0)	50,0	(43,6–56,4)	49,0	22,1
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital		100 / 180	0 (0)	55,6	(48,0–62,9)	53,9	32,1
Bornholms Hospital		6 / 26	0 (0)	23,1	(9,0–43,6)	23,3	17,4
Herlev og Gentofte Hospital		23 / 307	0 (0)	7,5	(4,8–11,0)	11,1	14,5
Hospitalet i Nordsjælland		65 / 204	0 (0)	31,9	(25,5–38,7)	28,6	18,2
Rigshospitalet		8 / 53	0 (0)	15,1	(6,7–27,6)	5,2	1,8
Sjælland		190 / 574	0 (0)	33,1	(29,3–37,1)	28,9	20,0
Holbæk Sygehus		45 / 131	0 (0)	34,4	(26,3–43,1)	32,8	17,8
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse		12 / 191	0 (0)	6,3	(3,3–10,7)	9,3	5,4
Sjællands Universitetshospital		133 / 252	0 (0)	52,8	(46,4–59,1)	44,8	31,8
Syddanmark		104 / 658	0 (0)	15,8	(13,1–18,8)	0,2	0,0
Esbjerg Sygehus		0 / 158	0 (0)	0,0	(0,0–2,3)	0,0	0,0
Grindsted Sygehus							

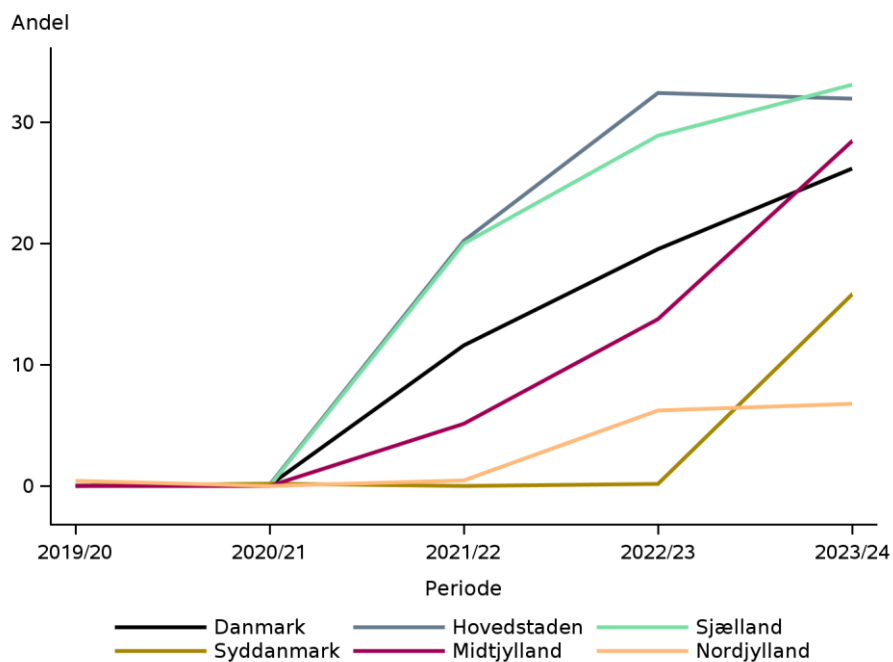
	Uoplyst			Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2	2021/2
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Odense Universitetshospital – Svendborg		104 / 299	0 (0)	34,8	(29,4–40,5)	0,4	0,0
Sygehus Lillebælt		0 / 88	0 (0)	0,0	(0,0–4,1)	0,0	0,0
Sygehus Sønderjylland		0 / 113	0 (0)	0,0	(0,0–3,2)	0,0	0,0
Midtjylland		200 / 703	0 (0)	28,4	(25,1–31,9)	13,8	5,1
Aarhus Universitetshospital		59 / 140	0 (0)	42,1	(33,9–50,8)	0,0	0,0
Hospitalsenhed Midt		9 / 139	0 (0)	6,5	(3,0–11,9)	17,6	0,0
Regionshospitalet Gødstrup		38 / 173	0 (0)	22,0	(16,0–28,9)	1,9	1,1
Regionshospitalet Horsens		25 / 123	0 (0)	20,3	(13,6–28,5)	0,0	0,0
Regionshospitalet Randers		69 / 128	0 (0)	53,9	(44,9–62,8)	50,4	28,7
Nordjylland		16 / 236	0 (0)	6,8	(3,9–10,8)	6,2	0,5
Aalborg Universitetshospital		3 / 137	0 (0)	2,2	(0,5–6,3)	0,0	0,0
Aalborg Universitetshospital, Thisted							0,0
Regionshospital Nordjylland		13 / 99	0 (0)	13,1	(7,2–21,4)	17,9	1,3

	Antal	Årsag
Eksklusion:	75	Ugyldigt CPRnummer.
	197	Patienten er under 18 år.
	6.238	Patienten er ikke opereret.
	493	Operationen er ikke den første operation i hospitalsopholdet.

Indikator 7: Ernæring. Forest plot på afdelingsniveau



Indikator 7: Ernæring. Trendgraf over resultater på regionalt niveau



Indikatorbeskrivelse for indikator 7

Indikator 7 beskriver andelen af patienter, hvor der er taget stilling til ernæring indenfor 48 timer efter operation.

Resultater af indikatoranalysen for indikator 7

I alt 834 af de 3.185 opererede patienter i opgørelsesperioden fik taget stilling til ernæring indenfor 48 timer efter operation, svarende til 26,2 % nationalt (95 % CI: 24,7-27,7).

Regionalt varierede andelen fra 6,8 % i Region Nordjylland til 33,1 % i Region Hovedstaden.

Udviklingen over tid viser, registreringen for indikatoren er forbedret over de seneste tre årsrapportperioder.

Punktestimatet for andelen og det tilhørende konfidensinterval er vist i figuren "*Indikator 7: Ernæring. Forest plot på afdelingsniveau*". Udviklingen over tid er illustreret i figuren "*Indikator 7: Ernæring. Trendgraf over resultater på regionalt niveau*".

Diskussion og implikationer af årets resultater for indikator 7

Et cochrane review på 17 RCT'er med i alt 1.437 patienter viste at enteral ernæring indenfor de første 24 timer efter elektiv kirurgi muligvis nedsætter indlæggelsestid .

En meta-analyse på 15 RCT'er på i alt 1240 patienter viste at tidlig ernæring, både oral + enteral, nedsætter risikoen for post-operative komplikationer efter elektiv kirurgi.

En anden meta-analyse på 7 RCT'er med i alt 587 patienter viste at tidlig oral ernæring nedsætter komplikationer og indlæggelsestiden i forhold til traditionel ernæring.

Det anbefales at patienter så hurtigt som muligt genoptager oral ernæring. Det vigtige er at patienterne har et sufficient indtag.

Som anført er der sket forbedring af registreringen over tid, men der er stadig meget store forskelle.

Til styregruppen er der kommet flere spørgsmål om registrering.

Indikatoren er diskuteret i styrergruppen, Den store fremgang og det meget positive fokus der er kommet på ernæring gør at den bibeholdes. Samtidigt er der flere studier undervejs med fokus på tidlig ernæring der gør at indikatoren får bedre grundlag

Der er enighed om at det er indtaget ernæring hos patienten, der er målet.

Vurdering af indikator 7

Indikator og udviklingsmål skal bestå. Det har været gavnligt at LKT har bakket op om registreringen, men der er plads til forbedring.

Styregruppen har modtaget ønske om en kode der hedder "Ernæring genoptaget". En arbejdsgruppe undersøger mulighederne.

Der er enighed om at det er indtaget ernæring hos patienten, der er målet.

Indikator 8: Andel opererede med epidural

ProsaBeskrivelse

Andelen af patienter, der har fået anlagt epidural i forbindelse med operationen

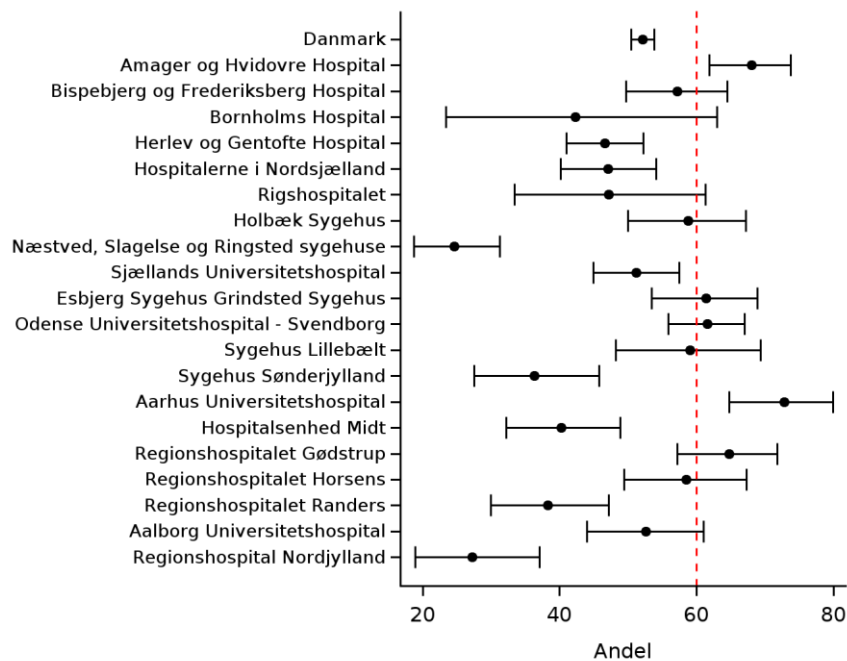
Tæller	Patienter der indgår i nævneren, og hvor der er angivet anlæggelse af epidural
Nævner	Patienter, der er opererede
Uoplyste	Patienter, hvor operationstids mangler
Ekskluderede	Patienter uden gyldigt CPR-nummer, patienter under 18 år på operationstidspunktet
Udviklingsmål	> 60 %

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	> 60% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2	2021/2
				Andel	95% CI	3 Andel	2 Andel
Danmark	Nej	1.661 / 3.185	0 (0)	52,2	(50,4–53,9)	53,0	48,9
Hovedstaden	Nej	544 / 1.014	0 (0)	53,6	(50,5–56,8)	58,7	58,9
Sjælland	Nej	253 / 574	0 (0)	44,1	(40,0–48,2)	44,9	44,9
Syddanmark	Nej	374 / 658	0 (0)	56,8	(53,0–60,7)	56,7	37,6
Midtjylland	Nej	391 / 703	0 (0)	55,6	(51,9–59,3)	53,4	52,8
Nordjylland	Nej	99 / 236	0 (0)	41,9	(35,6–48,5)	36,3	28,4
Hovedstaden	Nej	544 / 1.014	0 (0)	53,6	(50,5–56,8)	58,7	58,9
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	166 / 244	0 (0)	68,0	(61,8–73,8)	71,4	74,4
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	103 / 180	0 (0)	57,2	(49,6–64,6)	65,9	61,3
Bornholms Hospital	Nej	11 / 26	0 (0)	42,3	(23,4–63,1)	40,0	52,2
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	143 / 307	0 (0)	46,6	(40,9–52,3)	47,6	52,0
Hospitalet i Nordsjælland	Nej	96 / 204	0 (0)	47,1	(40,1–54,2)	55,9	46,2
Rigshospitalet	Nej	25 / 53	0 (0)	47,2	(33,3–61,4)	53,4	51,8
Sjælland	Nej	253 / 574	0 (0)	44,1	(40,0–48,2)	44,9	44,9
Holbæk Sygehus	Nej	77 / 131	0 (0)	58,8	(49,8–67,3)	52,5	37,6
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Nej	47 / 191	0 (0)	24,6	(18,7–31,3)	27,8	30,4
Sjællands Universitetshospit al	Nej	129 / 252	0 (0)	51,2	(44,8–57,5)	56,2	58,8
Syddanmark	Nej	374 / 658	0 (0)	56,8	(53,0–60,7)	56,7	37,6

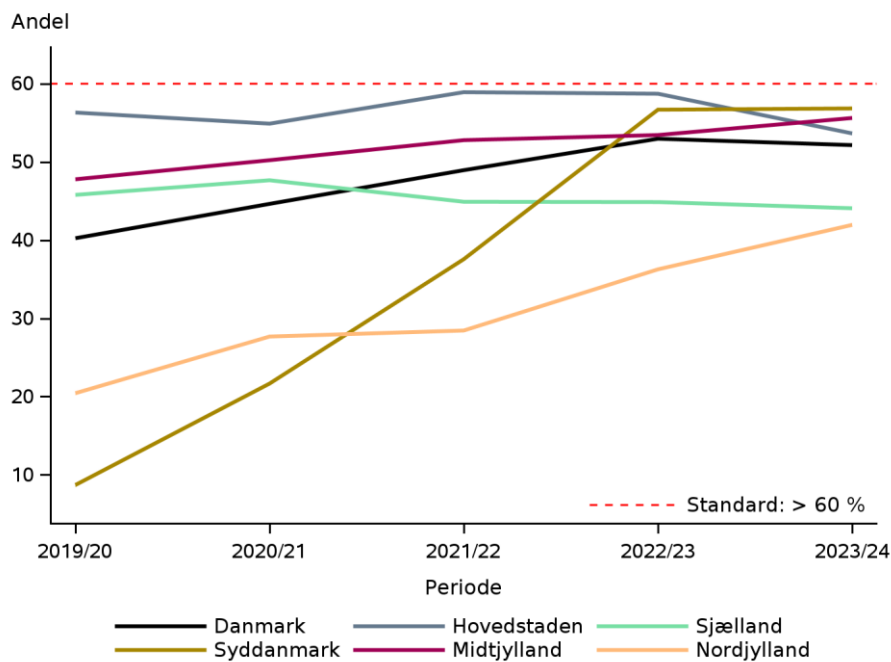
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	> 60% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2	2021/2
				Andel	95% CI	3 Andel	2 Andel
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	Ja	97 / 158	0 (0)	61,4	(53,3–69,0)	64,4	43,7
Odense Universitetshospit al – Svendborg	Ja	184 / 299	0 (0)	61,5	(55,8–67,1)	60,7	29,2
Sygehus Lillebælt	Nej	52 / 88	0 (0)	59,1	(48,1–69,5)	59,2	43,1
Sygehus Sønderjylland	Nej	41 / 113	0 (0)	36,3	(27,4–45,9)	39,4	42,3
Midtjylland	Nej	391 / 703	0 (0)	55,6	(51,9–59,3)	53,4	52,8
Aarhus Universitetshospit al	Ja	102 / 140	0 (0)	72,9	(64,7–80,0)	70,9	63,7
Hospitalsenhed Midt	Nej	56 / 139	0 (0)	40,3	(32,1–48,9)	32,1	30,8
Regionshospitalet Gødstrup	Ja	112 / 173	0 (0)	64,7	(57,1–71,8)	63,5	59,7
Regionshospitalet Horsens	Nej	72 / 123	0 (0)	58,5	(49,3–67,3)	62,6	58,2
Regionshospitalet Randers	Nej	49 / 128	0 (0)	38,3	(29,8–47,3)	40,8	47,8
Nordjylland	Nej	99 / 236	0 (0)	41,9	(35,6–48,5)	36,3	28,4
Aalborg Universitetshospit al	Nej	72 / 137	0 (0)	52,6	(43,9–61,1)	39,9	25,4
Aalborg Universitetshospit al, Thisted							0,0
Regionshospital Nordjylland	Nej	27 / 99	0 (0)	27,3	(18,8–37,1)	29,5	34,2

	Antal		Årsag
Eksklusion:	75	Ugyldigt CPRnummer.	
	197	Patienten er under 18 år.	
	6.238	Patienten er ikke opereret.	
	493	Operationen er ikke den første operation i hospitalsopholdet.	

Indikator 8: Andel opererede med epidural. Forest plot på afdelingsniveau



Indikator 8: Andel opererede med epidural. Trendgraf over resultater på regionalt niveau



Indikatorbeskrivelse for indikator 8

Indikator 8 beskriver andelen af patienter, der får anlagt epidural i forbindelse med operationen. Data om epidural stammer fra Dansk Anæstesi Database, og inkluderer følgende typer af epidural: Cervical, thoracal, lumbal, sarkral, spinal. Samtidigt er der krav om, at tidspunktet for anæstesi skal ligge indenfor tidspunktet for den procedure, hvor selve operationen er angivet i LPR.

Resultater af indikatoranalysen for indikator 8

Ud af de 3.185 opererede i perioden, blev 1.661 bedøvede med epidural. Det svarer til en andel på 52,2 % (95 % CI: 50,4-53,9). Udviklingsmålet er > 60 %, og endnu ikke opfyldt.

Regionalt varierede andelen fra 41,9 % i Region Nordjylland til 56,8 % i Region Syddanmark.

I alt fem af de 20 indberettende enheder opfyldte udviklingsmålet i perioden.

Udviklingen over tid viser, der er overordnet fremgang i den aktuelle periode sammenlignet med tidligere.

Punktestimatet for andelen og det tilhørende konfidensinterval er vist i figuren "*Indikator 8: Andel opererede med epidural. Forest plot på afdelingsniveau*". Udviklingen over tid er illustreret i figuren "*Indikator 8: Andel opererede med epidural. Trendgraf over resultater på regionalt niveau*".

Diskussion og implikationer af årets resultater for indikator 8

Standard brug af epidural til abdominal høj risikopatienter var en del af AHA studiet som overordnet set nedbragte mortaliteten.

Epidural reducerer ileus og respiratoriske komplikationer efter laparotomi, og anbefales til patienter med høj risiko for forlænget ileus, hvilket også er tilfælde ved akut laparoskopi.

En metaanalyse med 58 RCT studier inkluderende i alt 5.904 patienter har vist at epidural beskytter mod post-operative pneumonier.

I et systematisk review på 6 RCT studier finder man at epidural nedbringer tiden til post-operative mave-tarm funktion og postoperative smerter.

I et RCT på 60 patienter fandt man at patienter med epidural havde et bedre anti-inflammatorisk respons end patienter uden.

Et narrativt review beskriver at epidural har gavnlig effekt på post-operativ ileus.

Det anbefales at patienter der skal opereres åbent for ileus eller perforeret hulorgan får anlagt en epidural præ-operativt eller tidligst muligt post-operativt ved svært kredsløbskollaps. Dette for at øge reducere inflammatorisk reaktion, respiratoriske komplikationer, facilitere mobilisering, afkorte/forhindre ileus og nedbringe opioidforbrug. Det er også anbefalet at laparoskopisk opererede patienter med peritonit eller ileus får en Epidural, da det forkorter rekonvalescens tiden.

Der er stor forskel mellem sygehusene i forhold til at tilbyde smertebehandling med epiduralkateter. Selv når man anvender denne rapport supplerende analyse vedr. åben vs. minimal invasiv kirurgi til at gruppere sygehusene efter andelen af patienter, der opereres åbent, er der ikke nogen tydelig sammenhæng med brugen af epidural smertebehandling.

-40% opereret åbent (2 sygehuse); andel epidural: Sjælland 51,2% - Holbæk 58,8%

41-50% opereret åbent (6 sygehuse) ; andel epidural: Næstved/Slagelse 24,6% - Amager/Hvidovre 68%

51-60% opereret åbent (4 sygehuse) ; andel epidural: Herlev 46,6% - Aarhus 72,9%

61-70% opereret åbent (4 sygehuse) ; andel epidural: Ålborg 52,5% - Gødstrup 64,7%

71+% opereret åbent (3 sygehuse) ; andel epidural: Bornholm 42,3 % - Lillebælt 59,1%

Som patient i Danmark er der altså stor forskel på, om man får tilbudt epidural smertebehandling i forbindelse med operation for akut abdomen.

Denne behandlingsforskel er tydeligst mellem Amager/Hvidovre sygehus, der har anlagt 166 epiduralkatetre, i forbindelse med operation af 282 patienter, hvoraf 121 indgreb blev foretaget åbent og Næstved/Slagelse/Ringsted sygehus, der har anlagt 47 epiduralkatetre i forbindelse med 204 operationer, hvoraf 85 blev foretaget åbent.

Udviklingsmålet er sat ned til 60% for at imødekomme, at en betydelig del af patienterne kommer til operation uden relevant pausering i antikoagulerende behandling, og at epidural smertebehandling ikke altid er indiceret til laparoskopisk opererede patienter.

Indikatoren bør tydeligt kunne vise anvendelsesgraden af epidural kateter til åbne indgreb, hvor der er god evidens for en morbiditets reducerende effekt. Under antagelse af, at andelen af patienter i blodfortyndende behandling er nogenlunde den samme i hele landet, vil en sammenligning af brugen af epidural smertebehandling på tværs af landet være mere meningsfuld, hvis der laves en supplerende analyse, hvor andelen af åbne operationer med anvendelse af epiduralkateter vises. Det foreslås, at en sådan analyse inkluderes i fremtidige årsopgørelser. Kommende evidensrapport bør fokusere på, hvilke patienter, der skal have epidural.

Vurdering af indikator 8

Indikator bibeholdes og udviklingsmålet er fortsat 60%. Indikatoren blev i 2022 ændret fra 90% til 60% idet mange patienter er komorbide og får AK behandling, hvilket kan kontraindicere epidural anlæggelse i operationsdøgnet. I Danmark anvendes der almindeligvis epidural når patienten opereres ved eksplorativ laparotomi, hvorimod der ofte ikke anlægges epidural til laparoskopiske indgreb. Det er derfor muligt, at der er færre patienter i gruppen af laparoskopisk opererede, der får anlagt epidural, selvom det fortsat kan være indiceret til patienter med peritonit eller ileustilstand.

Det foreslås, at der laves en supplerende visning af data fordelt efter den åben vs laparoskopisk operation.

Indikator 9: Mortalitet indenfor 30 dage efter akut kirurgi. Alle opererede (med relevant diagnosekode og procedurekode)

Vedrørende alle mortalitetsindikatorer, bør det bemærkes, at enheden er forløb. Dvs. hvis en patient er opereret på to selvstændige hospitalsindlæggelser indenfor få dage, kan en patient optræde i mortalitetsindikatorer > 1 gang. Dette er dog sjældent forekommende, jf. analyse i årsrapport 2022.

Prosabeskrivelse

Andelen af patienter, der dør indenfor 30 dage fra operationsdato for alle opererede (med relevant diagnosekode og procedurekode)

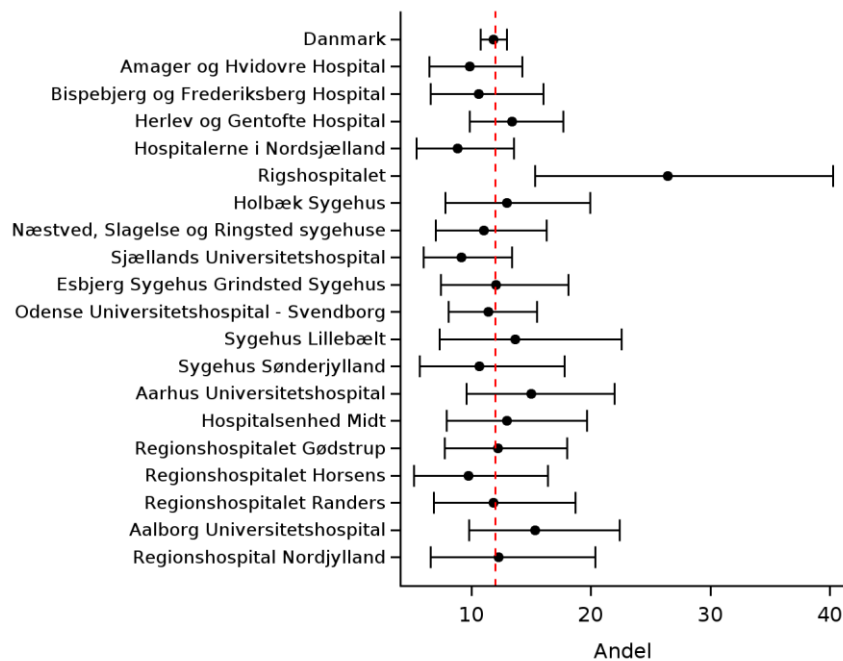
Tæller	Operationer der indgår i nævneren, og hvor patienten er død indenfor opfølgningsperioden
Nævner	Operationer, hvor patienter har operationstidspunkt og relevant diagnosekode og procedurekode
Uoplyste	Patienter uden angivet operationstidspunkt
Ekskluderede	Patienter uden gyldigt CPR-nummer, patienter under 18 år på operationstidspunktet, patienter med inaktivt (patienter uden bopæl, annullerede eller slettede personnumre, ændrede personnumre) CPR-nummer
Udviklingsmål	< 12 %

	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år	
	< 12% opfyldt	Tæller/ nævner		01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2	2021/2
			(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Ja	376 / 3.179	0 (0)	11,8	(10,7–13,0)	11,4	12,7
Hovedstaden	Ja	118 / 1.012	0 (0)	11,7	(9,7–13,8)	10,5	11,3
Sjælland	Ja	61 / 573	0 (0)	10,6	(8,2–13,5)	13,9	14,5
Syddanmark	Ja	77 / 658	0 (0)	11,7	(9,3–14,4)	11,3	11,5
Midtjylland	Nej	87 / 701	0 (0)	12,4	(10,1–15,1)	10,1	13,7
Nordjylland	Nej	33 / 235	0 (0)	14,0	(9,9–19,2)	13,9	15,1
Hovedstaden	Ja	118 / 1.012	0 (0)	11,7	(9,7–13,8)	10,5	11,3
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	24 / 244	0 (0)	9,8	(6,4–14,3)	10,3	8,8
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Ja	19 / 179	0 (0)	10,6	(6,5–16,1)	6,5	5,2
Bornholms Hospital	Ja	#/#	0 (0)	7,7	(0,9–25,1)	6,7	13,0
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	41 / 306	0 (0)	13,4	(9,8–17,7)	9,8	12,6
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	18 / 204	0 (0)	8,8	(5,3–13,6)	14,1	13,3
Rigshospitalet	Nej	14 / 53	0 (0)	26,4	(15,3–40,3)	20,7	32,1
Sjælland	Ja	61 / 573	0 (0)	10,6	(8,2–13,5)	13,9	14,5
Holbæk Sygehus	Nej	17 / 131	0 (0)	13,0	(7,7–20,0)	18,0	19,8
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Ja	21 / 191	0 (0)	11,0	(6,9–16,3)	13,4	13,6

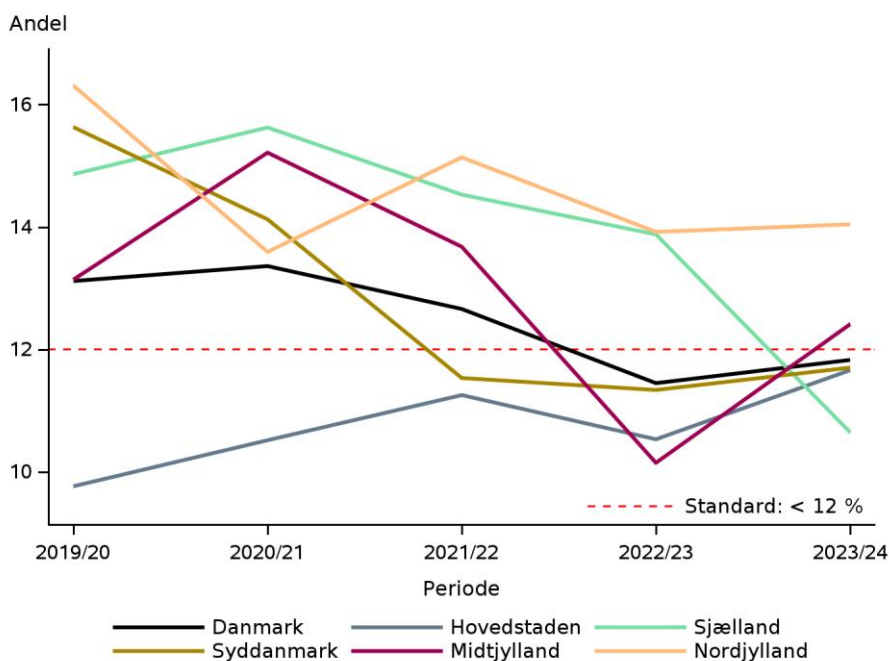
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	< 12% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2	2021/2
				Andel	95% CI	3 Andel	2 Andel
Sjællands Universitetshospital	Ja	23 / 251	0 (0)	9,2	(5,9–13,4)	11,9	13,1
Syddanmark	Ja	77 / 658	0 (0)	11,7	(9,3–14,4)	11,3	11,5
Esbjerg Sygehus	Nej	19 / 158	0 (0)	12,0	(7,4–18,1)	9,8	10,3
Grindsted Sygehus							
Odense Universitetshospital – Svendborg	Ja	34 / 299	0 (0)	11,4	(8,0–15,5)	14,4	12,5
Sygehus Lillebælt	Nej	12 / 88	0 (0)	13,6	(7,2–22,6)	4,9	6,6
Sygehus Sønderjylland	Ja	12 / 113	0 (0)	10,6	(5,6–17,8)	12,6	17,3
Midtjylland	Nej	87 / 701	0 (0)	12,4	(10,1–15,1)	10,1	13,7
Aarhus Universitetshospital	Nej	21 / 140	0 (0)	15,0	(9,5–22,0)	8,6	11,6
Hospitalsenhed Midt	Nej	18 / 139	0 (0)	12,9	(7,9–19,7)	8,2	11,5
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	21 / 172	0 (0)	12,2	(7,7–18,1)	8,2	14,0
Regionshospitalet Horsens	Ja	12 / 123	0 (0)	9,8	(5,1–16,4)	18,2	15,5
Regionshospitalet Randers	Ja	15 / 127	0 (0)	11,8	(6,8–18,7)	10,4	16,5
Nordjylland	Nej	33 / 235	0 (0)	14,0	(9,9–19,2)	13,9	15,1
Aalborg Universitetshospital	Nej	21 / 137	0 (0)	15,3	(9,7–22,5)	12,9	18,8
Aalborg Universitetshospital, Thisted							0,0
Regionshospitalet Nordjylland	Nej	12 / 98	0 (0)	12,2	(6,5–20,4)	15,8	8,9

	Antal	Årsag
Eksklusion:	75	Ugyldigt CPRnummer.
	197	Patienten er under 18 år.
	6.238	Patienten er ikke opereret.
	6	Patienten er registreret i CPR-registeret som 'Inaktiv, uden bopæl i dansk/grønlandsk folkeregister men tildelt personnummer af skattehensyn (kommunekoderne 0010, 0011, 0012 og 0019)'
	493	Operationen er ikke den første operation i hospitalsopholdet.

Indikator 9: Mortalitet indenfor 30 dage for opererede. Forest plot på afdelingsniveau



Indikator 9: Mortalitet indenfor 30 dage for opererede. Trendgraf over resultater på regionalt niveau



Indikatorbeskrivelse for indikator 9

Indikator 9 beskriver andelen af patienter, der dør indenfor 30 dage fra tidspunkt for operation for alle med relevant operation og diagnose.

Bemærk at ændringen i nævneren i forhold til andre indikatorer baseret på opererede, skyldes at der kan mangle opfølgning, fx på personer med CPR-nummer som hører til udenfor Danmark.

Resultater af indikatoranalysen for indikator 9

Der indgik 3.179 forløb i indikatoranalysen i perioden. Heraf døde 376 personer, svarende til 11,8 % (95 % CI: 10,7-13,0) indenfor 30 dage fra ankomst til sygehus. Således var udviklingsmålet på < 12 % opfyldt på nationalt niveau.

Regionalt varierede andelen fra 10,6 % i Region Sjælland til 14,0 % i Region Nordjylland. Tre af de fem regioner opfyldte udviklingsmålet i perioden.

I alt 10 af de 20 indberettende enheder opfyldte udviklingsmålet i perioden. Bemærk, at der i mange tilfælde er tale om ganske få forløb, hvorfor resultatet er sensitivt overfor selv små ændringer.

Udviklingen over tid bærer præg af det lave antal patienter, som giver anledning til at der let kommer udsving i grafen.

Punktestimatet for andelen og det tilhørende konfidensinterval er vist i figuren "*Indikator 9: Mortalitet indenfor 30 dage. Forest plot på afdelingsniveau*". Udviklingen over tid er illustreret i figuren "*Indikator 9: Mortalitet indenfor 30 dage. Trendgraf over resultater på regionalt niveau*".

Diskussion og implikationer af årets resultater for indikator 9

Det at mortaliteten nationalt er for 3. år i træk under indikator grænsen på 12%, tyder på at de seneste års indsatser allerede har slået igennem i populationen der opereres.

Der ses forbedringer parallelt med kvalitetsindsatsen i LKT akut kirurgi over de sidste par år, det må siges at være en national succes.

Forrige år blev det undersøgt om hospitaler med større cancer populationer havde signifikant dårligere overlevelse, men dette er ikke blevet fundet, derfor prioriteres det ikke at skille populationen.

Alle hospitaler i Danmark har en dødelighed inden for samme sikkerhedsinterval.

Hvis man følger de 3 bedste Hospitaler i Danmark, (Horsens, Nordsjælland og Køge), bør dødeligheden kunne reduceres til under 10%, Det bør være et mål for alle at opsøge "best practice" hospitaler så kvaliteten forbedres nationalt.

Styregruppen opfordrer alle hospitaler til at lave audit på de patienter, hvor Charlson er lav, og som alligevel dør indenfor 30 dage (Supplerende indikator 9a og 9b). Hospitaler, der laver en sådan audit tilskyndes til at sende resultatet til styregruppen mhp inddragelse i næste årsrapport.

Vurdering af indikator 9

Indikatoren bør vurderes i lyset af populations sammensætning ift ASA, alder og Charlson morbidity scorer.

Udviklingsmål holdes på 12% på baggrund af succes med at sænke dødeligheden.

Indikator 10: Mortalitet indenfor 90 dage efter akut kirurgi. Alle opererede (med relevant diagnosekode og procedurekode)

Prosabeskrivelse

Andelen af patienter, der dør indenfor 90 dage fra operationsdato for alle opererede (med relevant diagnosekode og procedurekode)

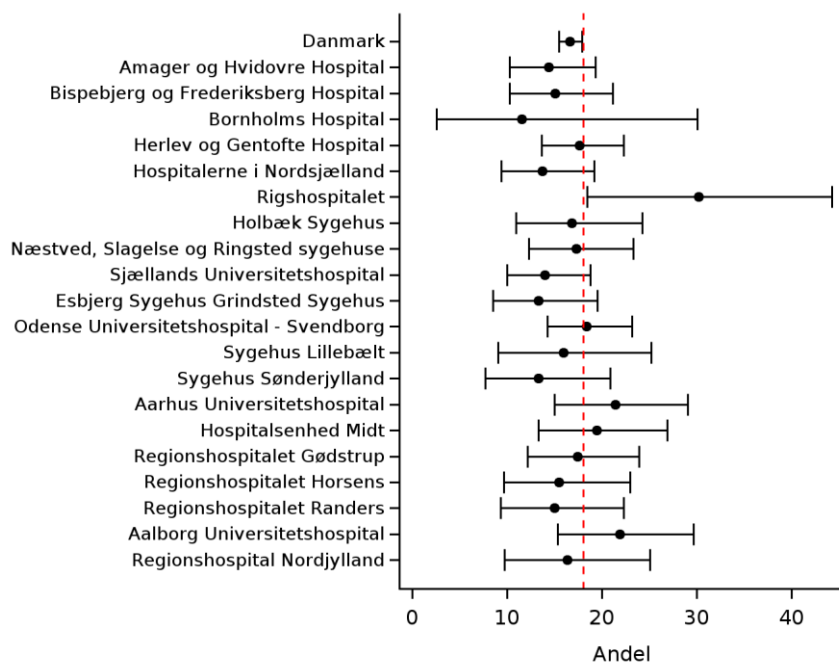
Tæller	Operationer der indgår i nævneren, og som er døde indenfor opfølgingsperioden
Nævner	Operationer, hvor patienter har operationstidspunkt og relevant diagnosekode og procedurekode
Uoplyste	Patienter uden angivet operationstidspunkt
Ekskluderede	Patienter uden gyldigt CPR-nummer, patienter under 18 år på operationstidspunktet, patienter med inaktivt (patienter uden bopæl, annullerede eller slettede personnumre, ændrede personnumre) CPR-nummer
Udviklingsmål	< 18 %

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	< 18% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2 3	2021/2 2
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Ja	529 / 3.179	0 (0)	16,6	(15,4–18,0)	15,2	17,5
Hovedstaden	Ja	163 / 1.012	0 (0)	16,1	(13,9–18,5)	14,8	16,1
Sjælland	Ja	90 / 573	0 (0)	15,7	(12,8–18,9)	16,3	19,8
Syddanmark	Ja	105 / 658	0 (0)	16,0	(13,2–19,0)	15,7	16,8
Midtjylland	Ja	125 / 701	0 (0)	17,8	(15,1–20,9)	13,1	18,1
Nordjylland	Nej	46 / 235	0 (0)	19,6	(14,7–25,2)	18,3	19,3
Hovedstaden	Ja	163 / 1.012	0 (0)	16,1	(13,9–18,5)	14,8	16,1
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	35 / 244	0 (0)	14,3	(10,2–19,4)	13,0	14,6
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Ja	27 / 179	0 (0)	15,1	(10,2–21,2)	10,3	7,5
Bornholms Hospital	Ja	3 / 26	0 (0)	11,5	(2,4–30,2)	10,0	13,0
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	54 / 306	0 (0)	17,6	(13,5–22,4)	14,4	17,5
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	28 / 204	0 (0)	13,7	(9,3–19,2)	19,2	16,4
Rigshospitalet	Nej	16 / 53	0 (0)	30,2	(18,3–44,3)	29,3	50,0
Sjælland	Ja	90 / 573	0 (0)	15,7	(12,8–18,9)	16,3	19,8
Holbæk Sygehus	Ja	22 / 131	0 (0)	16,8	(10,8–24,3)	19,7	27,7
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Ja	33 / 191	0 (0)	17,3	(12,2–23,4)	16,5	19,0
Sjællands Universitetshospital	Ja	35 / 251	0 (0)	13,9	(9,9–18,9)	14,3	17,1
Syddanmark	Ja	105 / 658	0 (0)	16,0	(13,2–19,0)	15,7	16,8

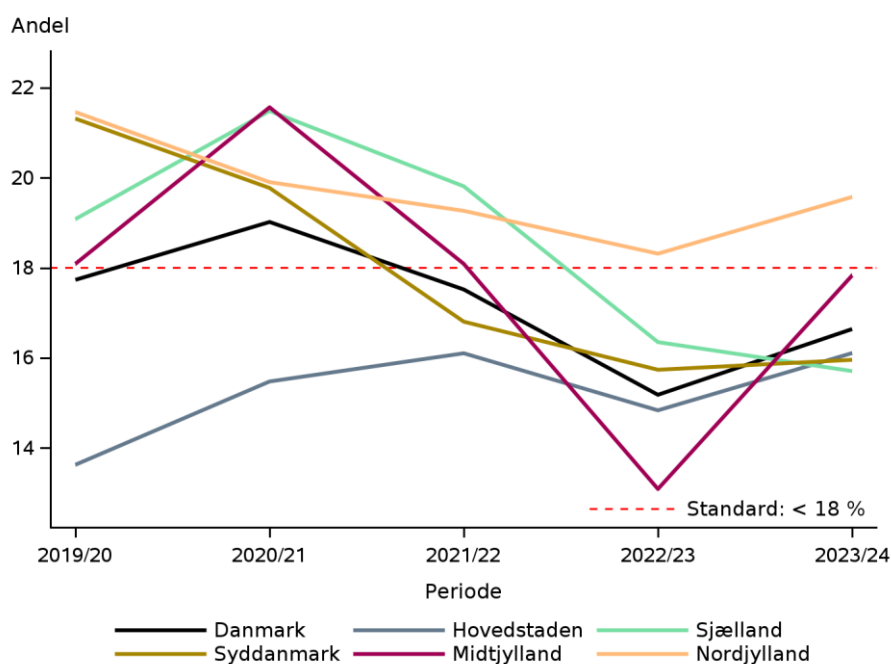
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	< 18% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2	2021/2
				Andel	95% CI	3 Andel	2 Andel
Esbjerg Sygehus	Ja	21 / 158	0 (0)	13,3	(8,4–19,6)	12,9	15,1
Grindsted Sygehus							
Odense	Nej	55 / 299	0 (0)	18,4	(14,2–23,3)	19,7	18,8
Universitetshospital – Svendborg							
Sygehus Lillebælt	Ja	14 / 88	0 (0)	15,9	(9,0–25,2)	6,8	7,3
Sygehus Sønderjylland	Ja	15 / 113	0 (0)	13,3	(7,6–20,9)	18,9	26,9
Midtjylland	Ja	125 / 701	0 (0)	17,8	(15,1–20,9)	13,1	18,1
Aarhus	Nej	30 / 140	0 (0)	21,4	(14,9–29,2)	12,9	15,8
Universitetshospital							
Hospitalsenhed Midt	Nej	27 / 139	0 (0)	19,4	(13,2–27,0)	9,5	13,1
Regionshospitalet	Ja	30 / 172	0 (0)	17,4	(12,1–24,0)	12,7	19,6
Gødstrup							
Regionshospitalet	Ja	19 / 123	0 (0)	15,4	(9,6–23,1)	20,2	20,9
Horsens							
Regionshospitalet	Ja	19 / 127	0 (0)	15,0	(9,3–22,4)	12,8	21,7
Randers							
Nordjylland	Nej	46 / 235	0 (0)	19,6	(14,7–25,2)	18,3	19,3
Aalborg	Nej	30 / 137	0 (0)	21,9	(15,3–29,8)	16,3	24,6
Universitetshospital							
Aalborg							0,0
Universitetshospital, Thisted							
Regionshospital	Ja	16 / 98	0 (0)	16,3	(9,6–25,2)	22,1	10,1
Nordjylland							

	Antal	Årsag
Eksklusion:	75	Ugyldigt CPRnummer.
	197	Patienten er under 18 år.
	6.238	Patienten er ikke opereret.
	6	Patienten er registreret i CPR-registeret som 'Inaktiv, uden bopæl i dansk/grønlandsk folkeregister men tildelt personnummer af skattehensyn (kommunekoderne 0010, 0011, 0012 og 0019)'
	493	Operationen er ikke den første operation i hospitalsopholdet.

Indikator 10: Mortalitet indenfor 90 dage for opererede. Forest plot på afdelingsniveau



Indikator 10: Mortalitet indenfor 90 dage for opererede. Trendgraf over resultater på regionalt niveau



Indikatorbeskrivelse for indikator 10

Indikator 10 beskriver andelen af patienter, der dør indenfor 90 dage fra tidspunkt for operation for alle med relevant operation og diagnose.

Bemærk at ændringen i nævneren i forhold til andre indikatorer baseret på opererede, skyldes at der kan mangle opfølgning, fx på personer med CPR-nummer som hører til udenfor Danmark.

Resultater af indikatoranalysen for supplerende indikator 10

Der indgik 3.179 patienter i indikatoranalysen i perioden. Heraf døde 529 personer, svarende til 16,6 % (95 % CI: 15,4-18,0) indenfor 90 dage fra ankomst til sygehus. Således var udviklingsmålet på < 18 % opfyldt på nationalt niveau.

Regionalt varierede andelen fra 15,7 % i Region Sjælland til 19,6 % i Region Nordjylland. Alle andre regioner end Region Nordjylland opfyldte altså også udviklingsmålet i perioden.

Blandt de indberettende enheder opfyldte 15 af de 20 udviklingsmålet i perioden. Bemærk dog, at antallet af patienter på de enkelte enheder er ganske lavt, hvorfor selv små forskelle er afgørende for andelen.

Udviklingen over tid viser, mortaliteten er steget i perioden, trods det at procesindikatorerne er forbedrede. Dette kan skyldes det lave patientantal på enkeltenheder, som gør resultatet sårbart for små forskelle.

Punktestimatet for andelen og det tilhørende konfidensinterval er vist i figuren "*Indikator 10: Mortalitet indenfor 90 dage. Forst plot på afdelingsniveau*". Udviklingen over tid er illustreret i figuren "*Indikator 10: Mortalitet indenfor 90 dage. Trendgraf over resultater på regionalt niveau*".

Diskussion og implikationer af årets resultater for indikator 10

Alle Regioner har oplevet bedring i overlevelse de forrige 2 år. Formentlig pga. kvalitetsindsatsen ved LKT Akutkirurgi via Danske Regioner. Inden for sidste år ses desværre en stigning i mortalitet igen.

Der ses en betragtelig mortalitet i perioden fra dag 30 til dag 90 – ca. 30% af dødsfald efter indgreb er i denne periode, og der kunne være et indsatsområde for forskning i bedre forløb og samarbejde med primær sektor her. Vi håber at området vil være i fokus ifm implementeringen af sundhedsreformen.

Det bør undersøges om der er mulige proces indikatorer der dækker overgangen til primær området.

Vurdering af indikator supplerende 10

Den bør vurderes i lyset af populations sammensætning ift Charlson co-morbidity scorer, ASA og alder, Udviklingsmålet bør sænkes til 18% på baggrund af national succes.

Udvikling i databasen

Følgende ændringer er udført siden forrige årsrapport:

Følgende ændringer er udført tidligere:

Ændring i populationen:

- B-diagnoser inkluderes på lige fod med a-diagnoser i populationsdannelsen. Ønsket skyldes, der er varierende registreringspraksis på landets sygehuse. Med inklusion af b-diagnoser (med samme

diagnosekoder, som hidtil har været brugt) i populationsdannelsen vil man sikre, den fulde population identificeres til databasen.

- Populationsdannelse udvides med koderne KJAK01*, KJAK03* og KJAK04* fordi det er procedurer, der på nogle sygehuse anvendes i behandlingen af de relevante patienter. Det har vist sig, kodepraksis er forskellig mellem de indberettende afdelinger, og derfor skal populationen udvides for at sikre, alle patienter er inkluderet for alle afdelinger.
- KJAK01 Laparoskopisk drænage af bughule
- KJAK03 Laparotomi og peritoneal lavage
- KJAK04 Laparoscopi og peritoneal lavage

Ændring i oplysninger om populationen:

- NAAZ2 (Anæstesiologisk præoperativ optimering). Koden er indført på baggrund af et ønske om at sikre, patienterne optimeres præoperativt. Det har hidtil ikke været muligt at monitorere, fordi koden ikke har eksisteret. Oplysningen skal indgå i Indikator 4, der har været ønsket siden overgangen til LPR3 fordi der mangler viden om i hvor høj grad patienterne er præoperativt optimerede før de går til operation.
- BABZ00 (Anlæggelse af epiduralkateter) og NAAD0* (Epidural blokade) angiver, om der er brugt epidural i behandlingen af patienten. Denne oplysning har hidtil været indsamlet med Dansk Anæstesi Database som datakilde, men for at optimere datagrundlaget ønskes nu at supplere med data fra LPR til beregning af indikator 9 (Andelen af patienter, der har fået anlagt epidural i forbindelse med operationen).
- Charlson Scoren ønskes indført, sådan at mortalitetsindikatorerne (Indikator 10, 11 og supplerende til indikator 10 og 11) kan opdeles baseret på komorbiditet i grupperne 0, 1 -2 og ≥ 3 . På den måde ønskes det at belyse i hvor høj grad mortaliteten hænger sammen med komorbiditet.

Desuden er det værd at bemærke, at den LPR opdaterer indberetningsvejledningen sådan at tidspunktet for operationsstart fremover skal svare til tidspunktet for knivtid start. Hidtil har tidspunktet været starttidspunktet for anæstesi.

Supplerende analyser vedr. patientsammensætningen

I årsrapporten 2021 blev undersøgt, om alderen på opererede vs ikke-opererede var forskellig. Konklusionen var: "I 2019-2020 var gennemsnitsalderen i begge grupper 66 år og i 2020-2021 var gennemsnitsalderen også 66 år i begge grupper". Det var således ikke alderen, der var årsagen til at der sidste år var et markant fald i antallet af operationer.

Til årsrapport 2022 blev undersøgt, om operationer med koden DK65* er afgørende for populationen på en måde, så det påvirker resultaterne. Analysen viste, at der var 1,7 % operationer med koden DK65*, hvorfor den ikke blev fjernet fra databasens population.

Supplerende opgørelser

Supplerende opgørelse til Indikator 1: Antibiotikabehandling indenfor 3 timer

Den meget lave målopfyldelse for indikator 1 har givet anledning til en supplerende analyse over mediantiden fra ankomst til sygehus til patienten har modtaget antibiotika (senest på tidspunkt for operation. I tilfælde, hvor der ikke er givet antibiotika forud for operation, indgår patienten således ikke i nedenstående opgørelse).

Af nedenstående tabel fremgår altså, at den mediane tid fra ankomst til sygehus og frem til modtagelse af antibiotika er 4,4 timer nationalt. Der er samtidig ganske stor spredning på afstanden mellem første og tredje kvartil (IQR), hvilket viser at der er meget stor forskel på de enkelte forløb, og at en del patienter har et langt forløb, før de modtager antibiotika. Tiden i nedenstående tabel er vist i hele minutter.

		Antal	Q1	Median	Q3
Danmark		3.592	137	264	648
Region					
Hovedstaden	Region i alt	1.157	153	251	595
	Amager og Hvidovre Hospital	280	161	277	723
	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	188	166	250	603
	Bornholms Hospital	28	87	205	294
	Herlev og Gentofte Hospital	341	179	248	424
	Hospitalet i Nordsjælland	224	90	197	395
	Rigshospitalet	96	225	503	1.294
Sjælland	Region i alt	632	124	241	522
	Holbæk Sygehus	152	97	191	354
	Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	202	126	227	528
	Sjællands Universitetshospital	278	151	284	646
Syddanmark	Region i alt	744	190	413	1.367
	Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	190	264	477	1.244
	Odense Universitetshospital - Svendborg	336	188	392	1.349
	Sygehus Lillebælt	102	165	439	2.695
	Sygehus Sønderjylland	116	173	315	1.301
Midtjylland	Region i alt	801	92	217	528
	Aarhus Universitetshospital	168	75	201	552
	Hospitalsenhed Midt	157	116	217	590
	Regionshospitalet Gødstrup	187	93	226	428
	Regionshospitalet Horsens	141	110	276	803
	Regionshospitalet Randers	148	82	157	407
Nordjylland	Region i alt	258	114	287	534
	Aalborg Universitetshospital	151	122	294	730
	Regionshospitalet Nordjylland	107	82	278	498

Supplerende opgørelse over andelen af opererede og ikke-opererede i opgørelsesperioden

Med henblik på at kunne vurdere, om andelen af opererede i forhold til ikke-opererede, viser nedenstående tabel antal og % for hver enhed. Årsagen til at antallet af opererede og ikke-opererede ikke svarer 100 % til nævnerne, er at enkelte patienter er ekskluderet fra nævnerpopulationerne, eksempelvis ved ugyldigt CPR-nummer. Eksklusionsårsager er angivet for hver indikator.

		I alt		Opererede		Ikke opererede	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Danmark		9.906	100,00	3.668	37,03	6.238	62,97
Hovedstaden	Region i alt	2.794	100,00	1.161	41,55	1.633	58,45
	Amager og Hvidovre Hospital	622	100,00	282	45,34	340	54,66
	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	466	100,00	188	40,34	278	59,66
	Bornholms Hospital	91	100,00	28	30,77	63	69,23
	Herlev og Gentofte Hospital	816	100,00	341	41,79	475	58,21
	Hospitallerne i Nordsjælland	583	100,00	226	38,77	357	61,23
	Rigshospitalet	216	100,00	96	44,44	120	55,56
Sjælland	Region i alt	1.577	100,00	636	40,33	941	59,67
	Holbæk Sygehus	335	100,00	152	45,37	183	54,63
	Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	442	100,00	204	46,15	238	53,85
	Sjællands Universitetshospital	800	100,00	280	35,00	520	65,00
Syddanmark	Region i alt	2.093	100,00	790	37,74	1.303	62,26
	Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	392	100,00	200	51,02	192	48,98
	Odense Universitetshospital - Svendborg	811	100,00	357	44,02	454	55,98
	Psykiatrien Region Syddanmark	#	#	0	0	#	#
	Sygehus Lillebælt	492	100,00	110	22,36	382	77,64
	Sygehus Sønderjylland	397	100,00	123	30,98	274	69,02
Midtjylland	Region i alt	2.300	100,00	816	35,48	1.484	64,52
	Aarhus Universitetshospital	517	100,00	169	32,69	348	67,31
	Hospitalsenhed Midt	467	100,00	165	35,33	302	64,67
	Regionshospitalet Gødstrup	564	100,00	189	33,51	375	66,49
	Regionshospitalet Horsens	353	100,00	143	40,51	210	59,49
	Regionshospitalet Randers	399	100,00	150	37,59	249	62,41
Nordjylland	Region i alt	1.142	100,00	265	23,20	877	76,80
	Aalborg Universitetshospital	737	100,00	157	21,30	580	78,70
	Aalborg Universitetshospital, Thisted	27	100,00	0	0	27	100,00
	Regionshospital Nordjylland	378	100,00	108	28,57	270	71,43

Supplerende indikator til 9a: Mortalitet indenfor 30 dage efter akut kirurgi, hvis Charlson Score = 0. Alle opererede (med relevant diagnosekode og procedurekode)

Prosabeskrivelse

Andelen af patienter, der dør indenfor 30 dage fra operationsdato for alle opererede (med relevant diagnosekode og procedurekode), og som har Charlson Score = 0

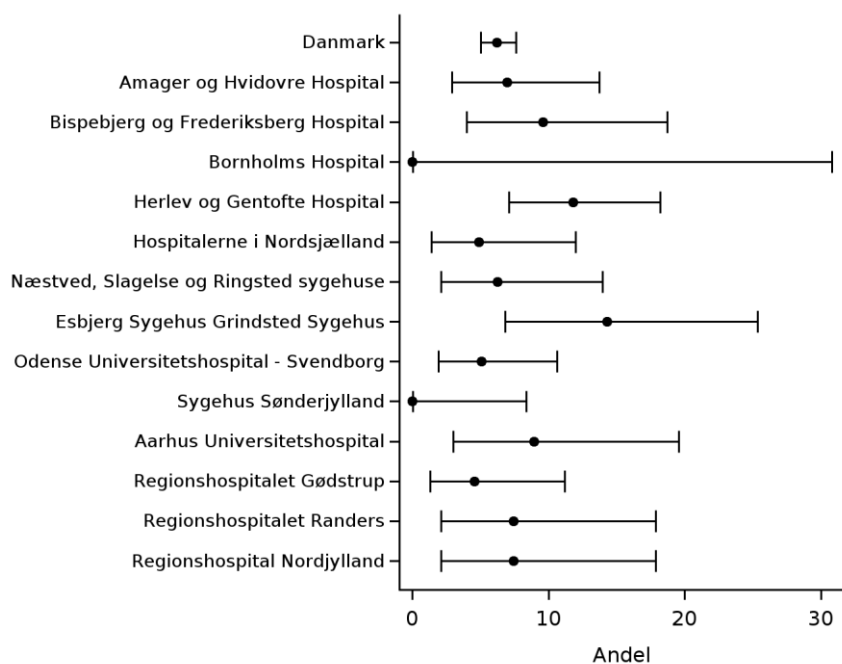
Tæller	Forløb der indgår i nævneren, og hvor patienten i forbindelse med første operation under hospitalsophold er døde indenfor opfølgningsperioden
Nævner	Forløb med operationstidspunkt og relevant diagnosekode og procedurekode, og hvor patienten i forbindelse med første operation har Charlson Score = 0
Uoplyste	Patienter uden angivet operationstidspunkt
Ekskluderede	Patienter uden gyldigt CPR-nummer, patienter under 18 år på operationstidspunktet, patienter med inaktivt (patienter uden bopæl, annullerede eller slettede personnumre, ændrede personnumre) CPR-nummer
Udviklingsmål	

	Uoplyst			Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2 3	2021/2 2
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		82 / 1.324	0 (0)	6,2	(5,0–7,6)	6,6	7,8
Hovedstaden		36 / 421	0 (0)	8,6	(6,1–11,6)	6,1	6,7
Sjælland		9 / 241	0 (0)	3,7	(1,7–7,0)	8,0	7,1
Syddanmark		17 / 250	0 (0)	6,8	(4,0–10,7)	6,8	9,1
Midtjylland		15 / 314	0 (0)	4,8	(2,7–7,8)	5,6	7,3
Nordjylland		5 / 98	0 (0)	5,1	(1,7–11,5)	8,1	12,5
Hovedstaden		36 / 421	0 (0)	8,6	(6,1–11,6)	6,1	6,7
Amager og Hvidovre Hospital		7 / 101	0 (0)	6,9	(2,8–13,8)	7,3	4,6
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital		7 / 73	0 (0)	9,6	(3,9–18,8)	4,9	3,4
Bornholms Hospital		0 / 10	0 (0)	0,0	(0,0–30,8)	0,0	14,3
Herlev og Gentofte Hospital		17 / 144	0 (0)	11,8	(7,0–18,2)	3,5	4,9
Hospitalerne i Nordsjælland		4 / 82	0 (0)	4,9	(1,3–12,0)	7,6	10,8
Rigshospitalet		##/##	0 (0)	9,1	(0,2–41,3)	30,0	36,4
Sjælland		9 / 241	0 (0)	3,7	(1,7–7,0)	8,0	7,1
Holbæk Sygehus		##/##	0 (0)	3,4	(0,4–11,9)	13,3	5,6
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse		5 / 80	0 (0)	6,3	(2,1–14,0)	5,2	8,6
Sjællands Universitetshospital		##/##	0 (0)	1,9	(0,2–6,8)	7,8	6,9
Syddanmark		17 / 250	0 (0)	6,8	(4,0–10,7)	6,8	9,1
Esbjerg Sygehus		9 / 63	0 (0)	14,3	(6,7–25,4)	2,0	7,3
Grindsted Sygehus							
Odense Universitetshospital – Svendborg		6 / 119	0 (0)	5,0	(1,9–10,7)	10,4	11,8

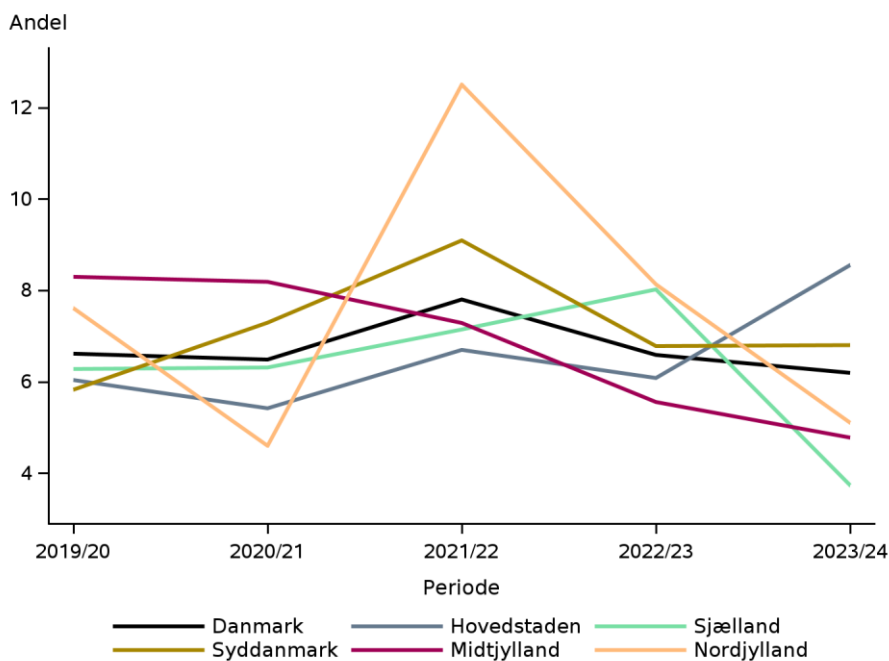
	Uoplyst			Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2	2021/2
				Andel	95% CI	3 Andel	2 Andel
Sygehus Lillebælt		#/#	0 (0)	7,7	(0,9–25,1)	0,0	4,8
Sygehus Sønderjylland		0 / 42	0 (0)	0,0	(0,0–8,4)	10,6	11,6
Midtjylland		15 / 314	0 (0)	4,8	(2,7–7,8)	5,6	7,3
Aarhus		5 / 56	0 (0)	8,9	(3,0–19,6)	3,4	6,8
Universitetshospital							
Hospitalsenhed Midt		#/#	0 (0)	1,8	(0,0–9,6)	3,5	9,8
Regionshospitalet		4 / 88	0 (0)	4,5	(1,3–11,2)	1,7	6,5
Gødstrup							
Regionshospitalet		#/#	0 (0)	1,7	(0,0–8,9)	12,5	3,8
Horsens							
Regionshospitalet		4 / 54	0 (0)	7,4	(2,1–17,9)	9,1	9,6
Randers							
Nordjylland		5 / 98	0 (0)	5,1	(1,7–11,5)	8,1	12,5
Aalborg		#/#	0 (0)	2,3	(0,1–12,0)	9,4	13,8
Universitetshospital							
Aalborg							0,0
Universitetshospital, Thisted							
Regionshospitalet		4 / 54	0 (0)	7,4	(2,1–17,9)	5,3	10,0
Nordjylland							

	Antal	Årsag
Eksklusion:	75	Ugyldigt CPRnummer.
	197	Patienten er under 18 år.
	6.238	Patienten er ikke opereret.
	6	Patienten er registreret i CPR-registeret som 'Inaktiv, uden bopæl i dansk/grønlandsk folkeregister men tildelt personnummer af skattehensyn (kommunekoderne 0010, 0011, 0012 og 0019)'
	493	Operationen er ikke den første operation i hospitalsopholdet.
	1.855	Patientens Charlson Comorbiditets indeks > 0

Supplerende indikator til indikator 9a: Mortalitet indenfor 30 dage efter akut kirurgi, Charlson Score = 0. Alle opererede. Resultater på afdelingsniveau



Supplerende indikator til indikator 9a: Mortalitet indenfor 30 dage efter akut kirurgi, Charlson Score = 0. Alle opererede. Trendgraf på regionalt niveau



Indikatorbeskrivelse for supplerende indikator til indikator 9a

Supplerende indikator til Indikator 9a beskriver andelen af patienter, der dør indenfor 30 dage fra tidspunkt for operation, for patienter med Charlson Score 0, svarende til ingen registreret komorbiditet.

Diagnoser til brug i beregning af Charlson Score er hentet 10 år tilbage i tid.

Resultater af indikatoranalysen for supplerende indikator til indikator 9a

Der indgik 1.324 patienter i indikatoranalysen i perioden. Heraf døde 6,2 % (95 % CI: 5,0-7,6) indenfor 30 dage fra operation.

Supplerende indikator til 9b: Mortalitet indenfor 30 dage efter akut kirurgi, hvis Charlson Score = 1 eller 2. Alle opererede (med relevant diagnosekode og procedurekode)

Prosabeskrivelse

Andelen af patienter, der dør indenfor 30 dage fra operationsdato for alle opererede (med relevant diagnosekode og procedurekode), og som har Charlson Score = 1 eller 2

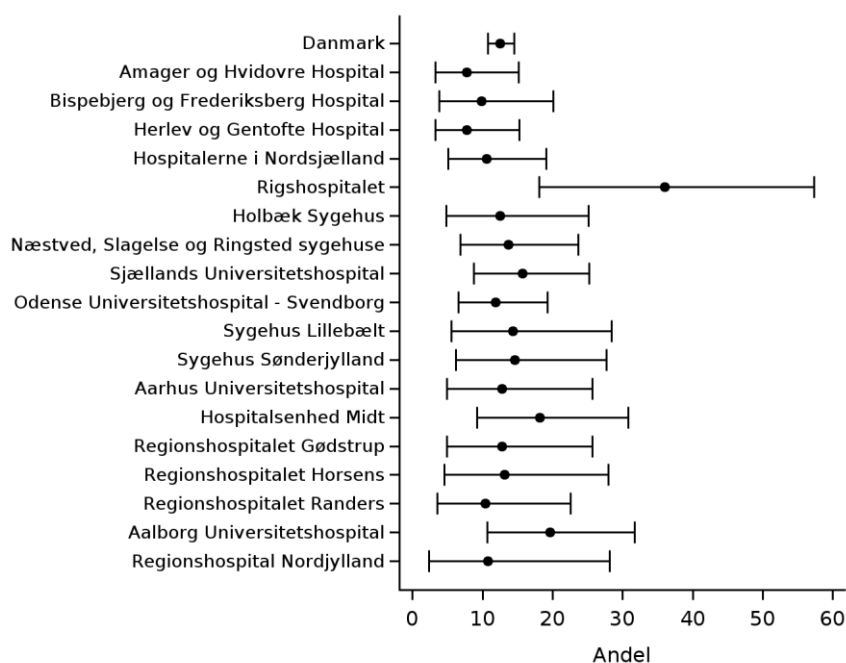
Tæller	Forløb der indgår i nævneren, og hvor patienten i forbindelse med første operation under hospitalsophold er døde indenfor opfølgningsperioden
Nævner	Forløb med operationstidspunkt og relevant diagnosekode og procedurekode, og hvor patienten i forbindelse med første operation har Charlson Score = 1 eller 2
Uoplyste	Patienter uden angivet operationstidspunkt
Ekskluderede	Patienter uden gyldigt CPR-nummer, patienter under 18 år på operationstidspunktet, patienter med inaktivt (patienter uden bopæl, annullerede eller slettede personnumre, ændrede personnumre) CPR-nummer
Udviklingsmål	

	Uoplyst			Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2 3	2021/2 2
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		143 / 1.144	0 (0)	12,5	(10,6–14,6)	11,3	13,8
Hovedstaden		40 / 366	0 (0)	10,9	(7,9–14,6)	9,3	12,0
Sjælland		29 / 204	0 (0)	14,2	(9,7–19,8)	15,4	16,4
Syddanmark		27 / 250	0 (0)	10,8	(7,2–15,3)	9,8	11,2
Midtjylland		32 / 235	0 (0)	13,6	(9,5–18,7)	11,0	15,8
Nordjylland		15 / 89	0 (0)	16,9	(9,8–26,3)	16,9	17,1
Hovedstaden		40 / 366	0 (0)	10,9	(7,9–14,6)	9,3	12,0
Amager og Hvidovre Hospital		7 / 91	0 (0)	7,7	(3,1–15,2)	8,7	6,5
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital		6 / 61	0 (0)	9,8	(3,7–20,2)	6,0	6,9
Bornholms Hospital		## / #	0 (0)	14,3	(1,8–42,8)	0,0	12,5
Herlev og Gentofte Hospital		7 / 90	0 (0)	7,8	(3,2–15,4)	11,1	19,8
Hospitalet i Nordsjælland		9 / 85	0 (0)	10,6	(5,0–19,2)	11,6	6,5

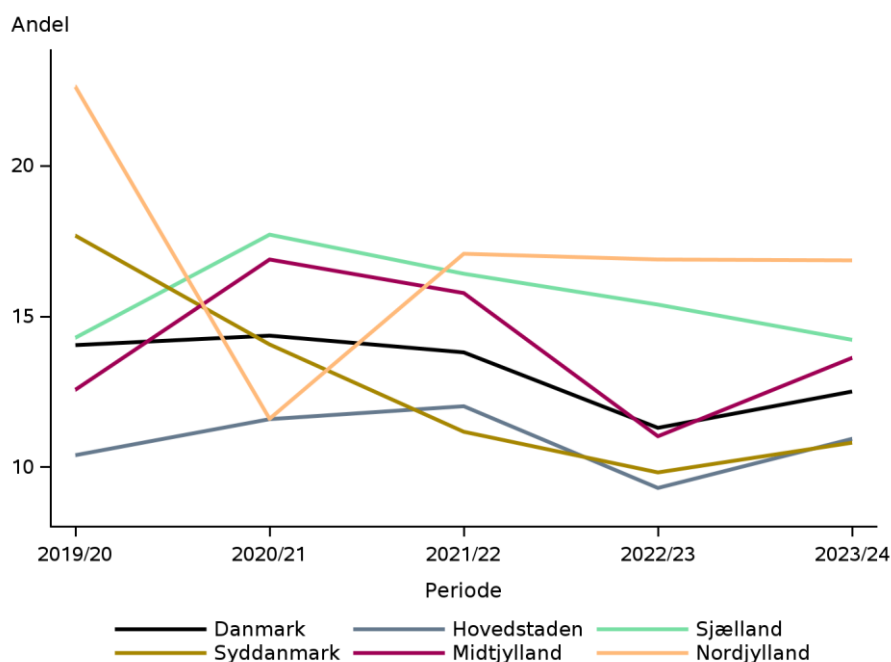
	Uoplyst			Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2	2021/2
				Andel	95% CI	3 Andel	2 Andel
Rigshospitalet		9 / 25	0 (0)	36,0	(18,0–57,5)	10,0	39,1
Sjælland		29 / 204	0 (0)	14,2	(9,7–19,8)	15,4	16,4
Holbæk Sygehus		6 / 48	0 (0)	12,5	(4,7–25,2)	22,4	22,9
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse		10 / 73	0 (0)	13,7	(6,8–23,8)	10,2	15,3
Sjællands Universitetshospital		13 / 83	0 (0)	15,7	(8,6–25,3)	14,9	14,8
Syddanmark		27 / 250	0 (0)	10,8	(7,2–15,3)	9,8	11,2
Esbjerg Sygehus		#/#	0 (0)	2,0	(0,1–10,6)	12,5	8,7
Grindsted Sygehus							
Odense Universitetshospital – Svendborg		13 / 110	0 (0)	11,8	(6,4–19,4)	11,8	11,5
Sygehus Lillebælt		6 / 42	0 (0)	14,3	(5,4–28,5)	5,7	10,6
Sygehus Sønderjylland		7 / 48	0 (0)	14,6	(6,1–27,8)	6,5	14,3
Midtjylland		32 / 235	0 (0)	13,6	(9,5–18,7)	11,0	15,8
Aarhus Universitetshospital		6 / 47	0 (0)	12,8	(4,8–25,7)	6,5	12,5
Hospitalsenhed Midt		10 / 55	0 (0)	18,2	(9,1–30,9)	12,5	7,8
Regionshospitalet Gødstrup		6 / 47	0 (0)	12,8	(4,8–25,7)	5,2	19,6
Regionshospitalet Horsens		5 / 38	0 (0)	13,2	(4,4–28,1)	20,0	20,0
Regionshospitalet Randers		5 / 48	0 (0)	10,4	(3,5–22,7)	15,0	21,1
Nordjylland		15 / 89	0 (0)	16,9	(9,8–26,3)	16,9	17,1
Aalborg Universitetshospital		12 / 61	0 (0)	19,7	(10,6–31,8)	14,9	24,0
Regionshospitalet Nordjylland		3 / 28	0 (0)	10,7	(2,3–28,2)	20,0	6,3

	Antal	Årsag
Eksklusion:	75	Ugyldigt CPRnummer.
	197	Patienten er under 18 år.
	6.238	Patienten er ikke opereret.
	6	Patienten er registreret i CPR-registeret som 'Inaktiv, uden bopæl i dansk/grønlandsk folkeregister men tildelt personnummer af skattehensyn (kommunekoderne 0010, 0011, 0012 og 0019)'
	493	Operationen er ikke den første operation i hospitalsopholdet.
	2.035	Patientens Charlson Comorbiditets indeks = 0 eller > 2

Supplerende indikator til indikator 9b: Mortalitet indenfor 30 dage efter akut kirurgi, Charlson Score = 1 eller 2.
Alle opererede. Resultater på afdelingsniveau



Supplerende indikator til indikator 9b: Mortalitet indenfor 30 dage efter akut kirurgi, Charlson Score = 1 eller 2.
Alle opererede. Trendgraf på regionalt niveau



Indikatorbeskrivelse for supplerende indikator til indikator 9b

Supplerende indikator til Indikator 9b beskriver andelen af patienter, der dør indenfor 30 dage fra tidspunkt for operation, for patienter med Charlson Score = 1 eller 2, svarende til nogen registreret komorbiditet. Diagnoser til brug i beregning af Charlson Score er hentet 10 år tilbage i tid.

Resultater af indikatoranalysen for supplerende indikator til indikator 10b

Der indgik 1.144 patienter i indikatoranalysen i perioden. Heraf døde 143, svarende til 12,5 % (95 % CI: 10,6-14,6) indenfor 30 dage fra operation.

Supplerende indikator til 9c: Mortalitet indenfor 30 dage efter akut kirurgi, hvis Charlson Score ≥ 3 . Alle opererede (med relevant diagnosekode og procedurekode)

Prosabeskrivelse

Andelen af patienter, der dør indenfor 30 dage fra operationsdato for alle opererede (med relevant diagnosekode og procedurekode), og som har Charlson Score ≥ 3

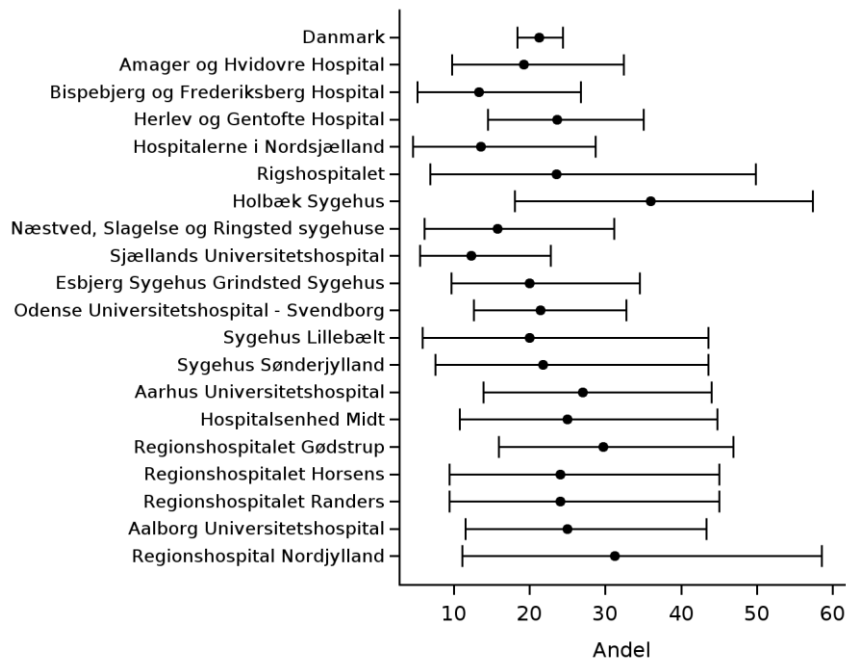
Tæller	Forløb der indgår i nævneren, og hvor patienten i forbindelse med første operation under hospitalsophold er døde indenfor opfølgningsperioden
Nævner	Forløb med operationstidspunkt og relevant diagnosekode og procedurekode, og hvor patienten i forbindelse med første operation har Charlson Score ≥ 3
Uoplyste	Patienter uden angivet operationstidspunkt
Ekskluderede	Patienter uden gyldigt CPR-nummer, patienter under 18 år på operationstidspunktet, patienter med inaktivt (patienter uden bopæl, annullerede eller slettede personnumre, ændrede personnumre) CPR-nummer
Udviklingsmål	

	Uoplyst			Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2 3	2021/2 2
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		151 / 711	0 (0)	21,2	(18,3–24,4)	20,3	19,7
Hovedstaden		42 / 225	0 (0)	18,7	(13,8–24,4)	20,4	17,9
Sjælland		23 / 128	0 (0)	18,0	(11,7–25,7)	21,2	22,3
Syddanmark		33 / 158	0 (0)	20,9	(14,8–28,1)	21,3	16,5
Midtjylland		40 / 152	0 (0)	26,3	(19,5–34,1)	18,4	24,1
Nordjylland		13 / 48	0 (0)	27,1	(15,3–41,8)	20,5	17,5
Hovedstaden		42 / 225	0 (0)	18,7	(13,8–24,4)	20,4	17,9
Amager og Hvidovre Hospital		10 / 52	0 (0)	19,2	(9,6–32,5)	19,2	20,0
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital		6 / 45	0 (0)	13,3	(5,1–26,8)	10,9	5,7
Bornholms Hospital		#/#	0 (0)	0,0	(0,0–84,2)	28,6	0,0
Herlev og Gentofte Hospital		17 / 72	0 (0)	23,6	(14,4–35,1)	17,3	17,6
Hospitalerne i Nordsjælland		5 / 37	0 (0)	13,5	(4,5–28,8)	28,8	24,6
Rigshospitalet		4 / 17	0 (0)	23,5	(6,8–49,9)	33,3	22,7
Sjælland		23 / 128	0 (0)	18,0	(11,7–25,7)	21,2	22,3
Holbæk Sygehus		9 / 25	0 (0)	36,0	(18,0–57,5)	17,9	33,3
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse		6 / 38	0 (0)	15,8	(6,0–31,3)	27,6	16,7
Sjællands Universitetshospital		8 / 65	0 (0)	12,3	(5,5–22,8)	15,2	21,8
Syddanmark		33 / 158	0 (0)	20,9	(14,8–28,1)	21,3	16,5

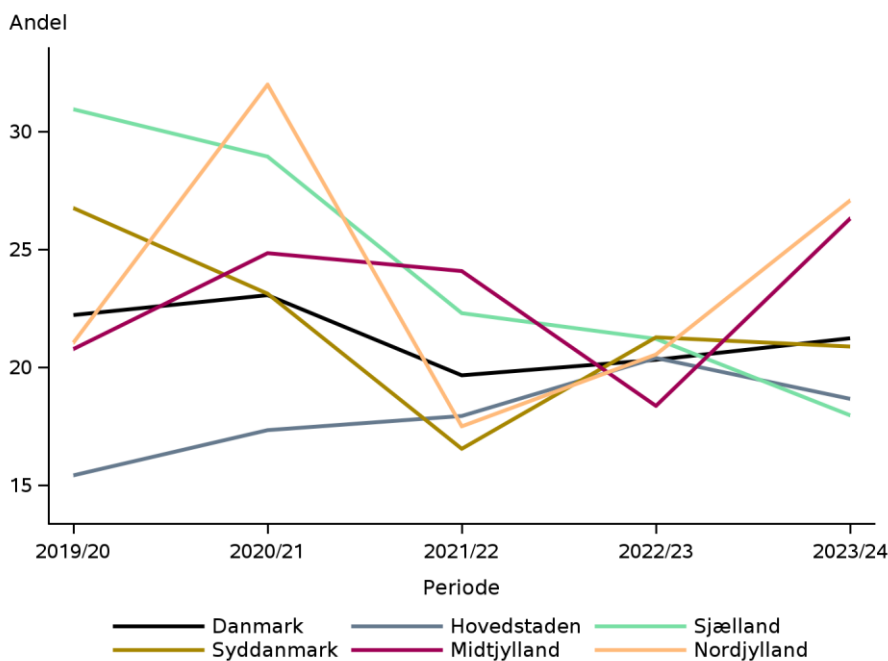
	Uoplyst			Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2 3	2021/2 2
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Esbjerg Sygehus		9 / 45	0 (0)	20,0	(9,6–34,6)	18,2	20,0
Grindsted Sygehus							
Odense		15 / 70	0 (0)	21,4	(12,5–32,9)	27,1	15,0
Universitetshospital – Svendborg							
Sygehus Lillebælt		4 / 20	0 (0)	20,0	(5,7–43,7)	11,5	3,6
Sygehus Sønderjylland		5 / 23	0 (0)	21,7	(7,5–43,7)	23,5	30,8
Midtjylland		40 / 152	0 (0)	26,3	(19,5–34,1)	18,4	24,1
Aarhus		10 / 37	0 (0)	27,0	(13,8–44,1)	19,4	19,4
Universitetshospital							
Hospitalsenhed Midt		7 / 28	0 (0)	25,0	(10,7–44,9)	16,0	27,8
Regionshospitalet Gødstrup		11 / 37	0 (0)	29,7	(15,9–47,0)	22,5	19,6
Regionshospitalet Horsens		6 / 25	0 (0)	24,0	(9,4–45,1)	31,3	41,2
Regionshospitalet Randers		6 / 25	0 (0)	24,0	(9,4–45,1)	6,7	24,0
Nordjylland		13 / 48	0 (0)	27,1	(15,3–41,8)	20,5	17,5
Aalborg		8 / 32	0 (0)	25,0	(11,5–43,4)	17,4	21,7
Universitetshospital							
Regionshospital Nordjylland		5 / 16	0 (0)	31,3	(11,0–58,7)	25,9	11,8

	Antal	Årsag
Eksklusion:	75	Ugyldigt CPRnummer.
	197	Patienten er under 18 år.
	6.238	Patienten er ikke opereret.
	6	Patienten er registreret i CPR-registeret som 'Inaktiv, uden bopæl i dansk/grønlandsk folkeregister men tildelt personnummer af skattehensyn (kommunekoderne 0010, 0011, 0012 og 0019)'
	493	Operationen er ikke den første operation i hospitalsopholdet.
	2.468	Patientens Charlson Comorbiditets indeks = 0 eller > 2

Supplerende indikator til indikator 9c: Mortalitet indenfor 30 dage efter akut kirurgi, Charlson Score ≥ 3 . Alle opererede. Resultater på afdelingsniveau



Supplerende indikator til indikator 9c: Mortalitet indenfor 30 dage efter akut kirurgi, Charlson Score ≥ 3 . Alle opererede. Trendgraf på regionalt niveau



Indikatorbeskrivelse for supplerende indikator til indikator 9c

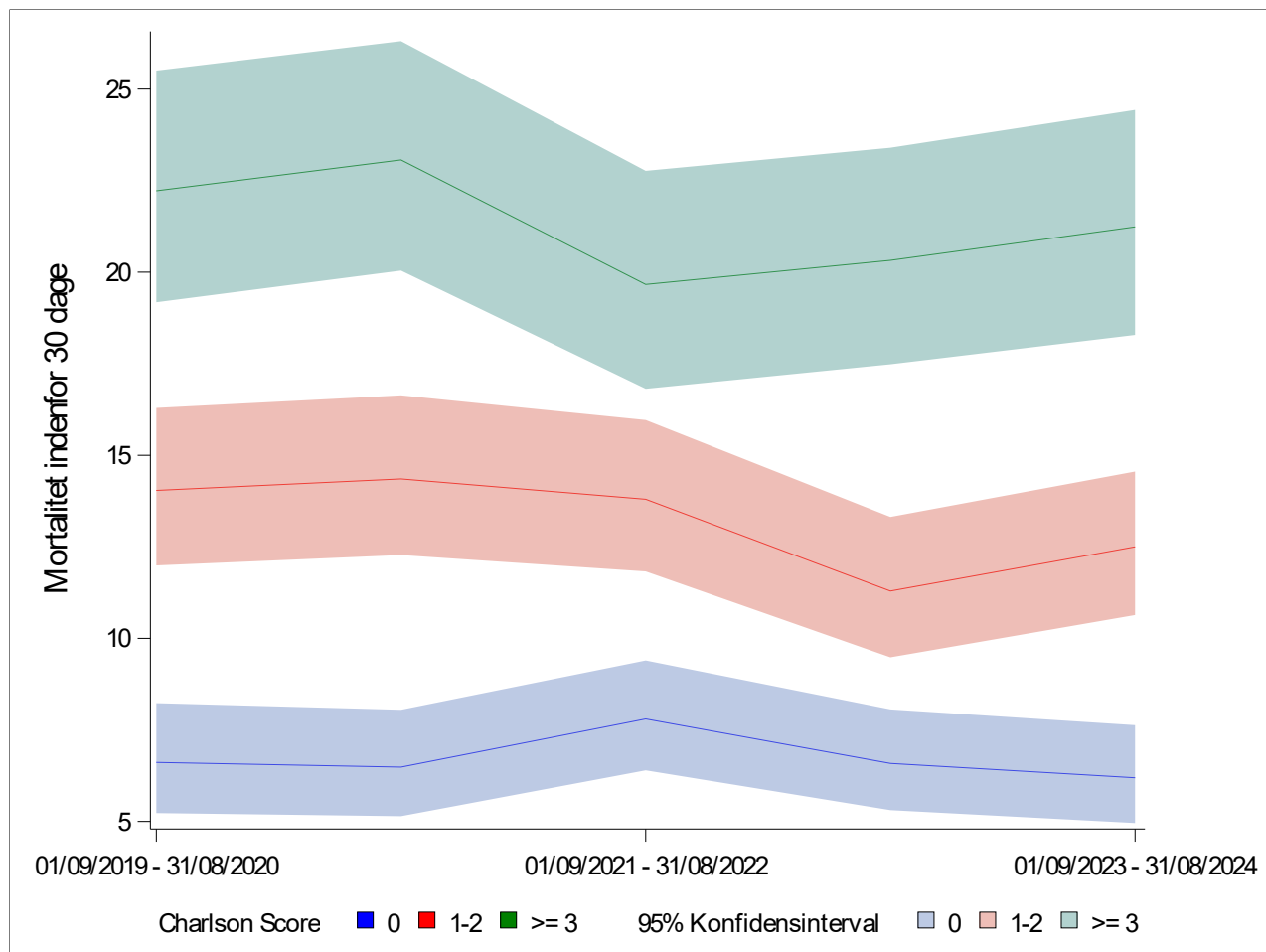
Supplerende indikator til Indikator 9c beskriver andelen af patienter, der dør indenfor 30 dage fra tidspunkt for operation, for patienter med Charlson Score ≥ 3 , svarende til høj registreret komorbiditet.

Diagnoser til brug i beregning af Charlson Score er hentet 10 år tilbage i tid.

Resultater af indikatoranalysen for supplerende indikator til indikator 9c

Der indgik 711 patienter i indikatoranalysen i perioden. Heraf døde 151, svarende til 21,2 % (95 % CI: 18,3-24,4) indenfor 30 dage fra operation.

Supplerende graf, mortalitet efter Charlson



Fordeling af køn for opererede

		Køn					
		I alt		Mand		Kvinde	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Danmark		3.668	100,0	1.698	46,3	1.970	53,7
Region							
Hovedstaden	Region i alt	1.161	100,0	530	45,7	631	54,3
	Amager og Hvidovre Hospital	282	24,3	131	46,5	151	53,5
	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	188	16,2	84	44,7	104	55,3
	Bornholms Hospital	28	2,4	13	46,4	15	53,6
	Herlev og Gentofte Hospital	341	29,4	137	40,2	204	59,8
	Hospitalerne i Nordsjælland	226	19,5	111	49,1	115	50,9
	Rigshospitalet	96	8,3	54	56,3	42	43,8
Sjælland	Region i alt	636	100,0	281	44,2	355	55,8
	Holbæk Sygehus	152	23,9	62	40,8	90	59,2
	Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	204	32,1	97	47,5	107	52,5
	Sjællands Universitetshospital	280	44,0	122	43,6	158	56,4
Syddanmark	Region i alt	790	100,0	378	47,8	412	52,2
	Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	200	25,3	81	40,5	119	59,5
	Odense Universitetshospital - Svendborg	357	45,2	172	48,2	185	51,8
	Sygehus Lillebælt	110	13,9	58	52,7	52	47,3
	Sygehus Sønderjylland	123	15,6	67	54,5	56	45,5
Midtjylland	Region i alt	816	100,0	391	47,9	425	52,1
	Aarhus Universitetshospital	169	20,7	81	47,9	88	52,1
	Hospitalsenhed Midt	165	20,2	66	40,0	99	60,0
	Regionshospitalet Gødstrup	189	23,2	85	45,0	104	55,0
	Regionshospitalet Horsens	143	17,5	68	47,6	75	52,4
	Regionshospitalet Randers	150	18,4	91	60,7	59	39,3
Nordjylland	Region i alt	265	100,0	118	44,5	147	55,5
	Aalborg Universitetshospital	157	59,2	73	46,5	84	53,5
	Regionshospital Nordjylland	108	40,8	45	41,7	63	58,3

Fordeling af alder for opererede

01/09/2021 - 31/08/2022							
		I alt		Alder			
		Antal	%	Q1	Median	Mean	Q3
Danmark		3.718	100,0	58,00	70,00	66,22	79,00
Region							
Hovedstaden	Region i alt	1.306	100,0	57,00	69,00	64,71	78,00
	Amager og Hvidovre Hospital	381	29,2	53,00	66,00	63,01	77,00
	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	230	17,6	55,00	68,00	64,46	77,00
	Bornholms Hospital	24	1,8	53,00	60,50	62,96	77,00
	Herlev og Gentofte Hospital	307	23,5	57,00	70,00	65,59	78,00
	Hospitalerne i Nordsjælland	258	19,8	62,00	72,00	69,52	81,00
	Rigshospitalet	106	8,1	54,00	68,50	57,64	76,00
Sjælland	Region i alt	612	100,0	62,00	73,00	69,36	79,00
	Holbæk Sygehus	130	21,2	65,00	73,00	70,05	78,00
	Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	199	32,5	61,00	73,00	70,02	80,00
	Sjællands Universitetshospital	283	46,2	61,00	72,00	68,57	79,00
Syddanmark	Region i alt	743	100,0	57,00	70,00	65,55	79,00
	Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	157	21,1	56,00	69,00	66,26	79,00
	Odense Universitetshospital - Svendborg	297	40,0	57,00	68,00	63,42	76,00
	Sygehus Lillebælt	172	23,1	54,50	68,50	64,16	77,50
	Sygehus Sønderjylland	117	15,7	64,00	77,00	72,06	84,00
Midtjylland	Region i alt	808	100,0	58,00	71,00	66,78	79,00
	Aarhus Universitetshospital	182	22,5	49,00	68,00	60,90	79,00
	Hospitalsenhed Midt	159	19,7	55,00	66,00	65,50	76,00
	Regionshospitalet Gødstrup	209	25,9	65,50	73,00	70,05	79,00
	Regionshospitalet Horsens	131	16,2	59,00	73,00	68,13	81,00
	Regionshospitalet Randers	127	15,7	61,00	73,50	70,13	81,00
Nordjylland	Region i alt	249	100,0	60,00	70,00	66,63	78,00
	Aalborg Universitetshospital	158	63,5	58,00	69,00	64,99	78,00
	Aalborg Universitetshospital, Thisted	#	0,4	26,00	26,00	26,00	26,00
	Regionshospitalet Nordjylland	90	36,1	64,50	72,50	69,98	80,00

01/09/2022 - 31/08/2023							
		I alt		Alder			
		Antal	%	Q1	Median	Mean	Q3
Danmark		3.745	100,0	56,00	70,00	65,46	78,00
Region							
Hovedstaden	Region i alt	1.296	100,0	53,50	69,00	64,28	78,00
	Amager og Hvidovre Hospital	303	23,4	48,50	65,00	61,60	76,00
	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	257	19,8	52,50	71,50	65,50	78,00
	Bornholms Hospital	32	2,5	47,00	68,00	64,48	82,00
	Herlev og Gentofte Hospital	355	27,4	60,00	71,00	67,18	79,00
	Hospitalet i Nordsjælland	240	18,5	58,00	71,00	67,95	79,00
	Rigshospitalet	109	8,4	38,00	63,00	51,22	74,00
Sjælland	Region i alt	595	100,0	59,00	70,00	66,72	78,00
	Holbæk Sygehus	143	24,0	60,00	72,00	67,83	77,00
	Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	220	37,0	56,00	67,50	65,24	77,00
	Sjællands Universitetshospital	232	39,0	59,00	70,00	67,44	79,00
Syddanmark	Region i alt	737	100,0	56,00	70,00	65,63	79,00
	Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	174	23,6	53,00	65,00	63,29	76,00
	Odense Universitetshospital - Svendborg	300	40,7	56,00	71,00	64,83	79,00
	Sygehus Lillebælt	122	16,6	55,00	70,00	65,82	79,00
	Sygehus Sønderjylland	141	19,1	63,00	74,00	70,08	81,00
Midtjylland	Region i alt	807	100,0	56,00	70,00	65,97	78,00
	Aarhus Universitetshospital	172	21,3	54,50	71,00	63,17	78,00
	Hospitalsenhed Midt	185	22,9	51,00	66,00	62,81	76,00
	Regionshospitalet Gødstrup	186	23,0	58,00	72,00	67,79	79,00
	Regionshospitalet Horsens	119	14,7	64,00	71,00	69,72	80,00
	Regionshospitalet Randers	145	18,0	60,00	71,00	67,93	80,00
Nordjylland	Region i alt	310	100,0	56,00	70,00	66,21	78,00
	Aalborg Universitetshospital	208	67,1	54,00	69,00	63,99	77,00
	Regionshospitalet Nordjylland	102	32,9	63,00	74,00	70,71	80,00

01/09/2023 - 31/08/2024							
		I alt		Alder			
		Antal	%	Q1	Median	Mean	Q3
Danmark		3.785	100,0	58,00	70,00	66,21	79,00
Region							
Hovedstaden	Region i alt	1.214	100,0	57,00	69,00	65,20	78,00
	Amager og Hvidovre Hospital	294	24,2	56,00	67,00	64,05	76,00
	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	191	15,7	57,00	68,00	65,90	78,00
	Bornholms Hospital	30	2,5	71,00	77,00	72,82	84,00
	Herlev og Gentofte Hospital	348	28,7	58,00	72,00	67,63	80,00
	Hospitalet i Nordsjælland	230	18,9	59,00	68,00	66,34	78,00
	Rigshospitalet	121	10,0	43,00	69,50	55,76	78,00
Sjælland	Region i alt	649	100,0	61,00	73,00	68,71	80,00
	Holbæk Sygehus	157	24,2	63,00	74,00	69,16	80,00
	Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	209	32,2	60,00	71,00	68,56	79,00
	Sjællands Universitetshospital	283	43,6	59,00	73,00	68,56	79,00
Syddanmark	Region i alt	821	100,0	56,00	69,50	65,22	78,00
	Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	205	25,0	54,00	68,00	65,80	79,00
	Odense Universitetshospital - Svendborg	380	46,3	52,00	69,00	63,17	78,00
	Sygehus Lillebælt	112	13,6	62,00	70,00	68,77	77,50
	Sygehus Sønderjylland	124	15,1	61,50	70,50	67,31	78,00
Midtjylland	Region i alt	828	100,0	58,00	70,00	66,90	78,00
	Aarhus Universitetshospital	177	21,4	53,00	68,00	63,50	77,00
	Hospitalsenhed Midt	166	20,0	58,00	70,00	67,07	79,00
	Regionshospitalet Gødstrup	190	22,9	58,00	69,00	65,76	78,00
	Regionshospitalet Horsens	143	17,3	64,00	72,00	70,55	79,00
	Regionshospitalet Randers	152	18,4	60,00	72,00	68,64	79,00
Nordjylland	Region i alt	273	100,0	55,00	69,00	65,60	78,00
	Aalborg Universitetshospital	163	59,7	53,00	66,00	63,30	77,00
	Regionshospital Nordjylland	110	40,3	60,00	73,00	69,01	79,00

Supplerende opgørelse af ASA-score for opererede

01/09/2021 - 31/08/2022							
ASA							
		Antal	Antal uoplyste	Q1	Median	Mean	Q3
Danmark		3.104	516	2,00	3,00	2,68	3,00
Region							
Hovedstaden	Region i alt	1.251	19	2,00	3,00	2,58	3,00
	Amager og Hvidovre Hospital	367	7	2,00	3,00	2,56	3,00
	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	223	5	2,00	2,00	2,48	3,00
	Bornholms Hospital	22	2	2,00	2,00	2,14	3,00
	Herlev og Gentofte Hospital	302	0	2,00	2,00	2,48	3,00
	Hospitalerne i Nordsjælland	250	3	2,00	3,00	2,59	3,00
	Rigshospitalet	87	2	3,00	3,00	3,33	4,00
Sjælland	Region i alt	602	6	2,00	3,00	2,71	3,00
	Holbæk Sygehus	128	0	2,00	3,00	2,77	3,00
	Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	197	1	2,00	3,00	2,79	3,00
	Sjællands Universitetshospital	277	5	2,00	3,00	2,64	3,00
Syddanmark	Region i alt	515	201	2,00	3,00	2,84	3,00
	Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	143	10	2,00	3,00	2,80	3,00
	Odense Universitetshospital - Svendborg	92	187	2,00	3,00	2,87	3,00
	Sygehus Lillebælt	166	3	2,00	3,00	2,72	3,00
	Sygehus Sønderjylland	114	1	2,00	3,00	3,04	4,00
Midtjylland	Region i alt	539	248	2,00	3,00	2,72	3,00
	Aarhus Universitetshospital	118	47	2,00	3,00	2,75	3,00
	Hospitalsenhed Midt	5	154	3,00	3,00	2,80	3,00
	Regionshospitalet Gødstrup	203	5	2,00	3,00	2,74	3,00
	Regionshospitalet Horsens	89	40	2,00	3,00	2,73	3,00
	Regionshospitalet Randers	124	2	2,00	3,00	2,66	3,00
Nordjylland	Region i alt	197	42	2,00	3,00	2,77	3,00
	Aalborg Universitetshospital	121	31	2,00	3,00	2,75	3,00
	Aalborg Universitetshospital, Thisted	0	1	0	0	0	0
	Regionshospital Nordjylland	76	10	2,00	3,00	2,79	3,00

01/09/2022 - 31/08/2023

ASA

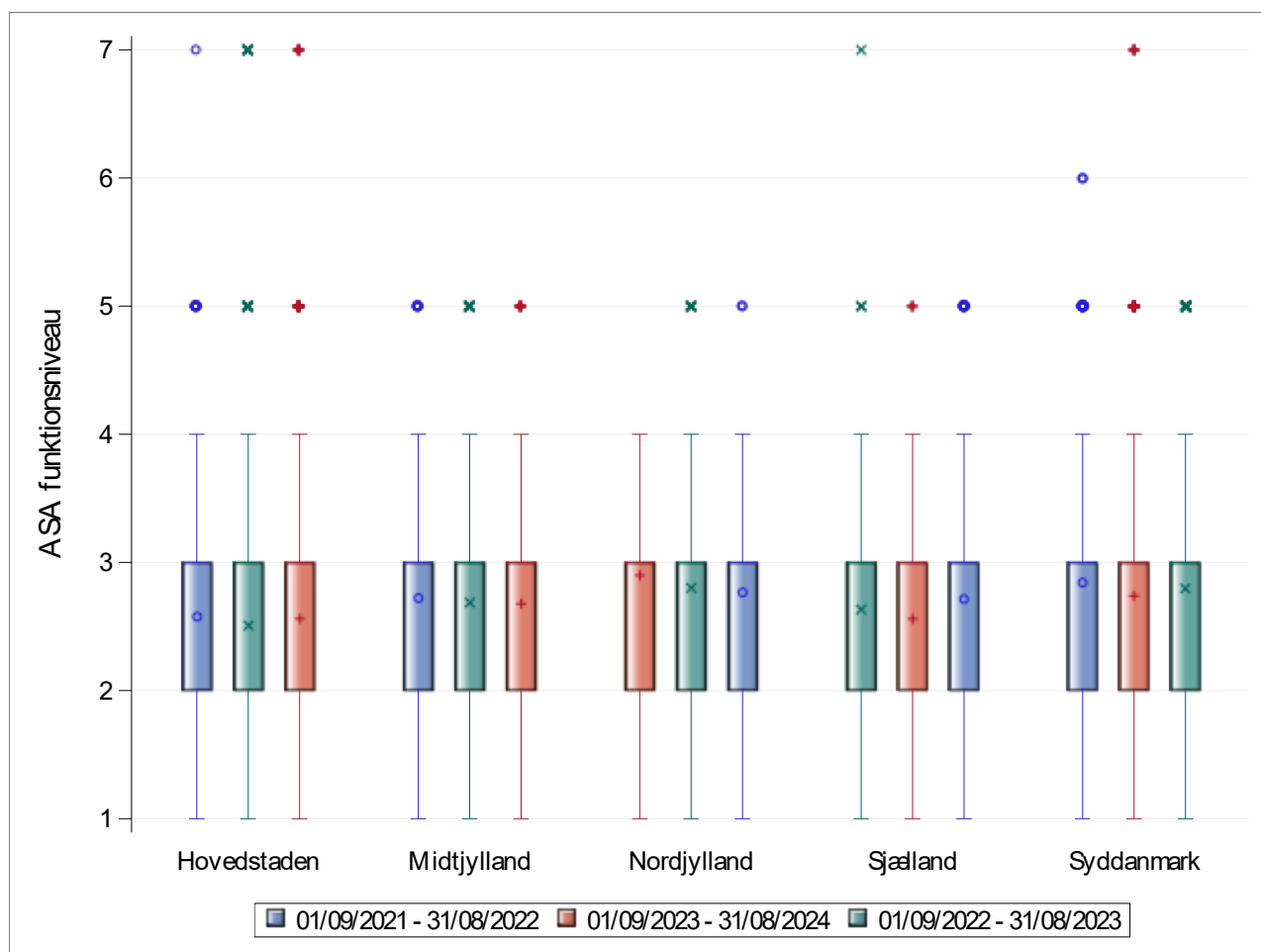
		<i>Antal</i>	<i>Antal</i>				
		<i>Antal</i>	<i>uoplyste</i>	<i>Q1</i>	<i>Median</i>	<i>Mean</i>	<i>Q3</i>
<i>Danmark</i>		3.352	287	2,00	3,00	2,64	3,00
<i>Region</i>							
<i>Hovedstaden</i>	<i>Region i alt</i>	1.235	18	2,00	3,00	2,51	3,00
	<i>Amager og Hvidovre Hospital</i>	289	7	2,00	2,00	2,45	3,00
	<i>Bispebjerg og Frederiksberg Hospital</i>	250	6	2,00	2,00	2,41	3,00
	<i>Bornholms Hospital</i>	31	0	2,00	2,00	2,16	3,00
	<i>Herlev og Gentofte Hospital</i>	346	2	2,00	2,00	2,49	3,00
	<i>Hospitalet i Nordsjælland</i>	237	2	2,00	3,00	2,50	3,00
	<i>Rigshospitalet</i>	82	1	3,00	3,00	3,26	4,00
<i>Sjælland</i>	<i>Region i alt</i>	578	11	2,00	3,00	2,63	3,00
	<i>Holbæk Sygehus</i>	138	3	2,00	3,00	2,69	3,00
	<i>Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse</i>	215	3	2,00	3,00	2,72	3,00
	<i>Sjællands Universitetshospital</i>	225	5	2,00	3,00	2,52	3,00
<i>Syddanmark</i>	<i>Region i alt</i>	639	68	2,00	3,00	2,80	3,00
	<i>Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus</i>	163	5	2,00	3,00	2,72	3,00
	<i>Odense Universitetshospital - Svendborg</i>	233	45	2,00	3,00	2,78	3,00
	<i>Sygehus Lillebælt</i>	118	4	2,00	3,00	2,87	3,00
	<i>Sygehus Sønderjylland</i>	125	14	2,00	3,00	2,85	3,00
<i>Midtjylland</i>	<i>Region i alt</i>	638	152	2,00	3,00	2,69	3,00
	<i>Aarhus Universitetshospital</i>	161	0	2,00	3,00	2,74	3,00
	<i>Hospitalsenhed Midt</i>	94	90	2,00	2,00	2,52	3,00
	<i>Regionshospitalet Gødstrup</i>	181	1	2,00	3,00	2,72	3,00
	<i>Regionshospitalet Horsens</i>	63	56	2,00	3,00	2,71	3,00
	<i>Regionshospitalet Randers</i>	139	5	2,00	3,00	2,68	3,00
<i>Nordjylland</i>	<i>Region i alt</i>	262	38	2,00	3,00	2,80	3,00
	<i>Aalborg Universitetshospital</i>	171	28	2,00	3,00	2,76	3,00
	<i>Regionshospital Nordjylland</i>	91	10	2,00	3,00	2,88	4,00

01/09/2023 - 31/08/2024

ASA

		Antal	Antal uoplyste	Q1	Median	Mean	Q3
Danmark		3.426	242	2,00	3,00	2,65	3,00
Region							
Hovedstaden	Region i alt	1.140	21	2,00	3,00	2,56	3,00
	Amager og Hvidovre Hospital	274	8	2,00	3,00	2,56	3,00
	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	184	4	2,00	3,00	2,54	3,00
	Bornholms Hospital	27	1	2,00	3,00	2,67	3,00
	Herlev og Gentofte Hospital	338	3	2,00	2,00	2,47	3,00
	Hospitalet i Nordsjælland	221	5	2,00	2,00	2,46	3,00
	Rigshospitalet	96	0	2,00	3,00	3,11	3,50
Sjælland	Region i alt	628	8	2,00	3,00	2,56	3,00
	Holbæk Sygehus	151	1	2,00	3,00	2,54	3,00
	Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	202	2	2,00	3,00	2,55	3,00
	Sjællands Universitetshospital	275	5	2,00	3,00	2,58	3,00
Syddanmark	Region i alt	764	26	2,00	3,00	2,74	3,00
	Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	197	3	2,00	3,00	2,83	3,00
	Odense Universitetshospital - Svendborg	344	13	2,00	3,00	2,65	3,00
	Sygehus Lillebælt	110	0	2,00	3,00	2,84	3,00
	Sygehus Sønderjylland	113	10	2,00	3,00	2,77	3,00
Midtjylland	Region i alt	646	170	2,00	3,00	2,68	3,00
	Aarhus Universitetshospital	168	1	2,00	3,00	2,80	3,00
	Hospitalsenhed Midt	86	79	2,00	3,00	2,84	3,00
	Regionshospitalet Gødstrup	187	2	2,00	3,00	2,55	3,00
	Regionshospitalet Horsens	56	87	2,00	3,00	2,59	3,00
	Regionshospitalet Randers	149	1	2,00	3,00	2,64	3,00
Nordjylland	Region i alt	248	17	2,00	3,00	2,90	3,00
	Aalborg Universitetshospital	152	5	2,00	3,00	2,97	4,00
	Regionshospitalet Nordjylland	96	12	2,00	3,00	2,78	3,00

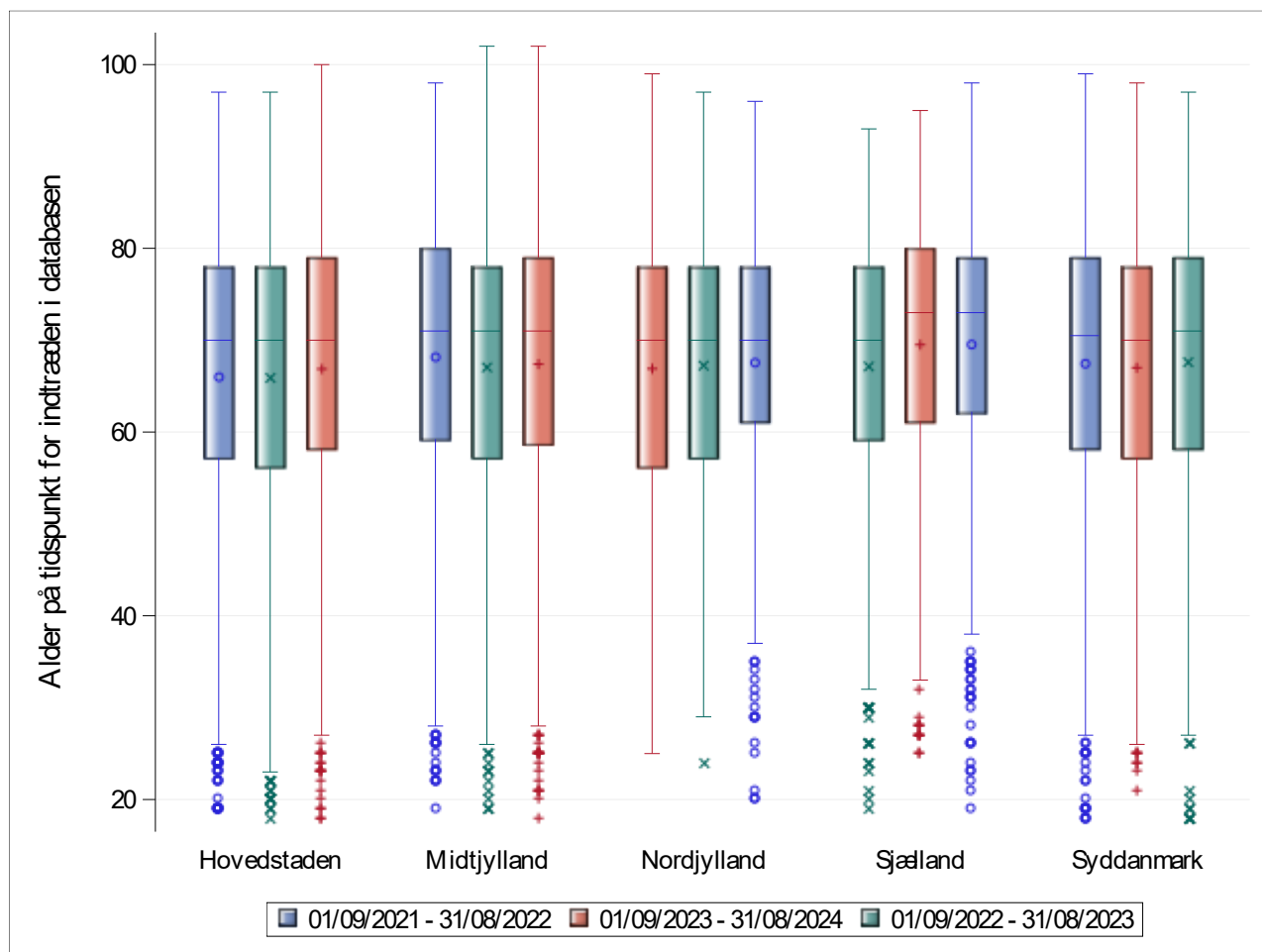
Supplerende opgørelse af ASA-score for opererede, boxplot



I figuren vises den gennemsnitlige ASA-score med en figur, (cirkel, plus eller x), mens medianen vises med en vandret streg. Selve boksens øvre og nedre grænse angiver hhv Q1 (25%-percentilet) og Q3 (75%-percentilet). De vandrette streger på de lodrette streger udenfor boksene angiver laveste og højeste observation, bortset fra outliers. Outliers er repræsenterede ved figurer udenfor de vandrette streger omkring boksene med enten cirkel, plus eller x.

Denne supplerende opgørelse viser, at ASA-scoren for de opererede ikke er væsentligt forskellig regionerne imellem.

Supplerende analyse af alder for opererede, boxplot



I figuren vises den gennemsnitlige alder med en figur, (cirkel, plus eller x), mens medianen vises med en vandret streg. Selve boksens øvre og nedre grænse angiver hhv Q1 (25%-percentilet) og Q3 (75%-percentilet). De vandrette streger på de lodrette streger udenfor boksene angiver laveste og højeste observation, bortset fra outliers. Outliers er repræsenterede ved figurer udenfor de vandrette streger omkring boksene med enten cirkel, plus eller x.

Figuren viser, at der ikke er væsentlig forskel på patienternes alder, regionerne imellem.

Supplerende analyse vedr. åben vs. minimal invasiv kirurgi

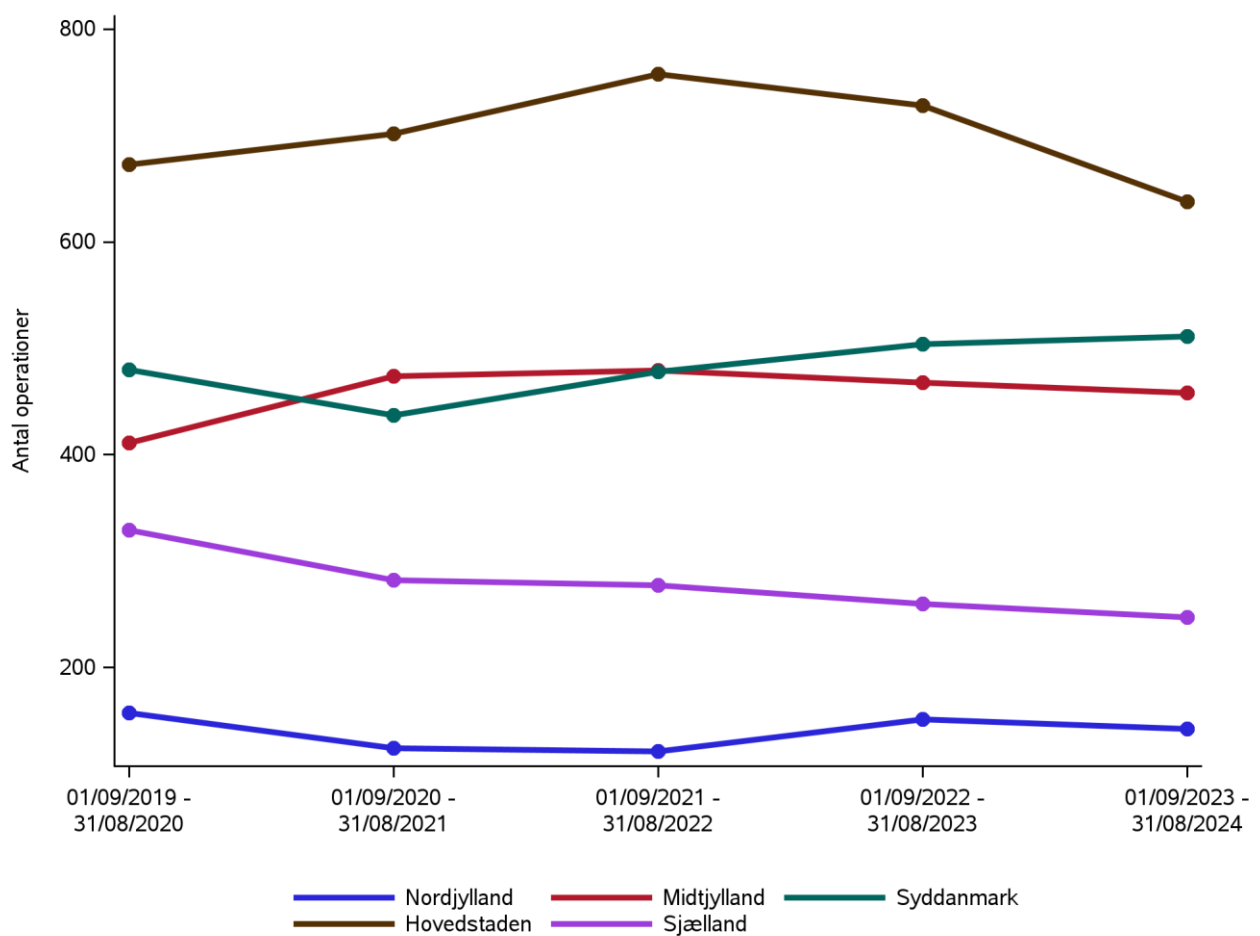
I nedenstående tabel er opgjort antal og % af åben vs minimal invasiv kirurgi fordelt på regioner og enheder i årsrapportperioden.

01/09/2023 - 31/08/2024		I alt		Åben kirurgi		Lukket kirurgi	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Danmark		3.668	100,00	1.996	54,42	1.672	45,58
Hovedstaden	Region i alt	1.161	100,00	638	54,95	523	45,05
	Amager og Hvidovre Hospital	282	100,00	121	42,91	161	57,09
	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	188	100,00	98	52,13	90	47,87
	Bornholms Hospital	28	100,00	21	75,00	7	25,00
	Herlev og Gentofte Hospital	341	100,00	187	54,84	154	45,16
	Hospitalet i Nordsjælland	226	100,00	116	51,33	110	48,67
	Rigshospitalet	96	100,00	95	98,96	#	#
Sjælland	Region i alt	636	100,00	247	38,84	389	61,16
	Holbæk Sygehus	152	100,00	56	36,84	96	63,16
	Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	204	100,00	85	41,67	119	58,33
	Sjællands Universitetshospital	280	100,00	106	37,86	174	62,14
Syddanmark	Region i alt	790	100,00	511	64,68	279	35,32
	Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	200	100,00	129	64,50	71	35,50
	Odense Universitetshospital - Svendborg	357	100,00	231	64,71	126	35,29
	Sygehus Lillebælt	110	100,00	90	81,82	20	18,18
	Sygehus Sønderjylland	123	100,00	61	49,59	62	50,41
Midtjylland	Region i alt	816	100,00	458	56,13	358	43,87
	Aarhus Universitetshospital	169	100,00	100	59,17	69	40,83
	Hospitalsenhed Midt	165	100,00	79	47,88	86	52,12
	Regionshospitalet Gødstrup	189	100,00	121	64,02	68	35,98
	Regionshospitalet Horsens	143	100,00	84	58,74	59	41,26
	Regionshospitalet Randers	150	100,00	74	49,33	76	50,67
Nordjylland	Region i alt	265	100,00	142	53,58	123	46,42
	Aalborg Universitetshospital	157	100,00	95	60,51	62	39,49
	Regionshospital Nordjylland	108	100,00	47	43,52	61	56,48

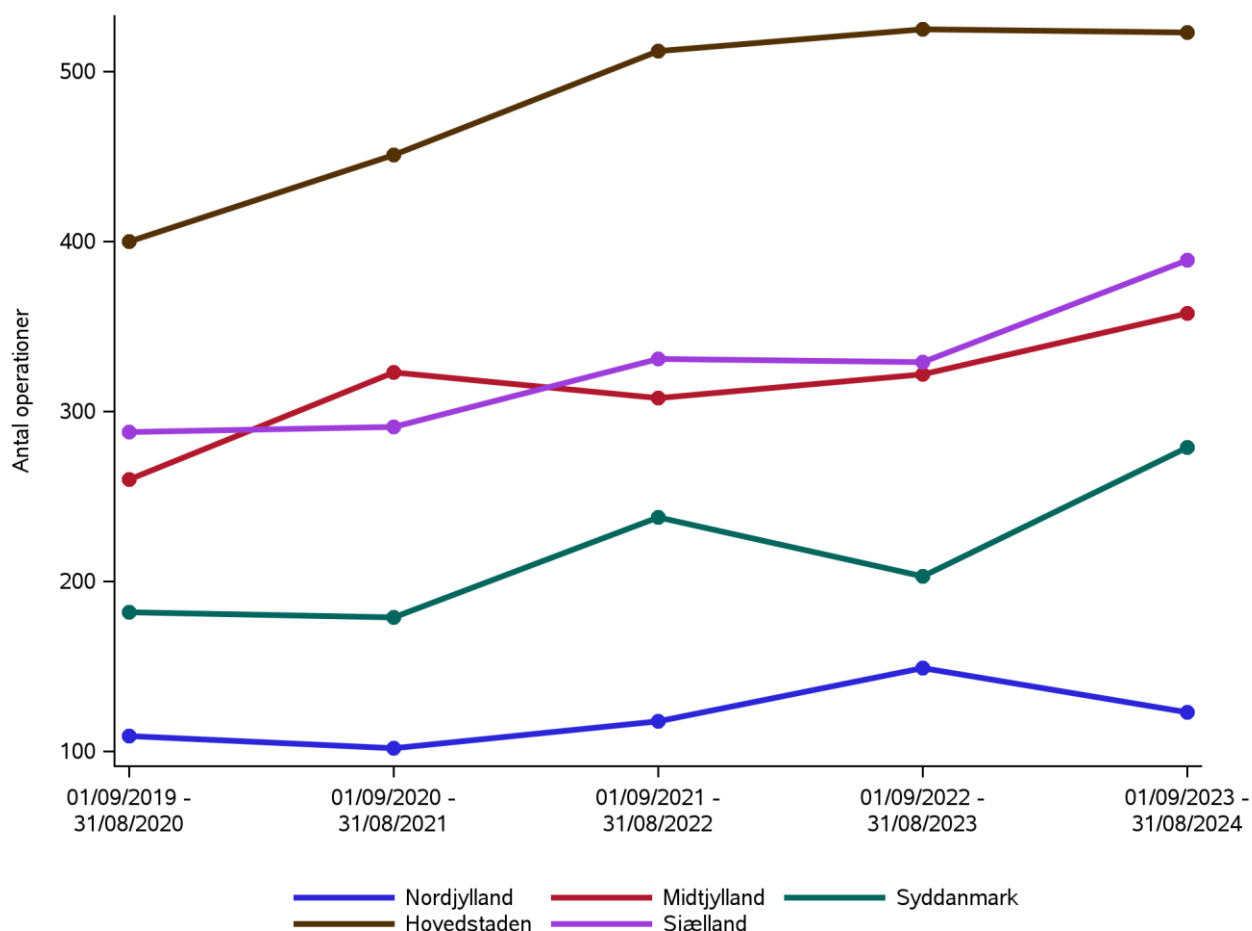
01/09/2022 - 31/08/2023		I alt		Åben kirurgi		Lukket kirurgi	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Danmark		3.639	100,00	2.111	58,01	1.528	41,99
Hovedstaden	Region i alt	1.253	100,00	728	58,10	525	41,90
	Amager og Hvidovre Hospital	296	100,00	129	43,58	167	56,42
	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	256	100,00	166	64,84	90	35,16
	Bornholms Hospital	31	100,00	17	54,84	14	45,16
	Herlev og Gentofte Hospital	348	100,00	200	57,47	148	42,53
	Hospitalet i Nordsjælland	239	100,00	137	57,32	102	42,68
	Rigshospitalet	83	100,00	79	95,18	4	4,82
Sjælland	Region i alt	589	100,00	260	44,14	329	55,86
	Holbæk Sygehus	141	100,00	65	46,10	76	53,90
	Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	218	100,00	95	43,58	123	56,42
	Sjællands Universitetshospital	230	100,00	100	43,48	130	56,52
Syddanmark	Region i alt	707	100,00	504	71,29	203	28,71
	Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	168	100,00	128	76,19	40	23,81
	Odense Universitetshospital - Svendborg	278	100,00	200	71,94	78	28,06
	Sygehus Lillebælt	122	100,00	102	83,61	20	16,39
	Sygehus Sønderjylland	139	100,00	74	53,24	65	46,76
Midtjylland	Region i alt	790	100,00	468	59,24	322	40,76
	Aarhus Universitetshospital	161	100,00	107	66,46	54	33,54
	Hospitalsenhed Midt	184	100,00	93	50,54	91	49,46
	Regionshospitalet Gødstrup	182	100,00	113	62,09	69	37,91
	Regionshospitalet Horsens	119	100,00	76	63,87	43	36,13
	Regionshospitalet Randers	144	100,00	79	54,86	65	45,14
Nordjylland	Region i alt	300	100,00	151	50,33	149	49,67
	Aalborg Universitetshospital	199	100,00	99	49,75	100	50,25
	Regionshospital Nordjylland	101	100,00	52	51,49	49	48,51

01/09/2021 - 31/08/2022		I alt		Åben kirurgi		Lukket kirurgi	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Danmark		3.620	100,00	2.113	58,37	1.507	41,63
Hovedstaden	Region i alt	1.270	100,00	758	59,69	512	40,31
	Amager og Hvidovre Hospital	374	100,00	176	47,06	198	52,94
	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	228	100,00	157	68,86	71	31,14
	Bornholms Hospital	24	100,00	14	58,33	10	41,67
	Herlev og Gentofte Hospital	302	100,00	164	54,30	138	45,70
	Hospitalet i Nordsjælland	253	100,00	167	66,01	86	33,99
	Rigshospitalet	89	100,00	80	89,89	9	10,11
Sjælland	Region i alt	608	100,00	277	45,56	331	54,44
	Holbæk Sygehus	128	100,00	66	51,56	62	48,44
	Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	198	100,00	96	48,48	102	51,52
	Sjællands Universitetshospital	282	100,00	115	40,78	167	59,22
Syddanmark	Region i alt	716	100,00	478	66,76	238	33,24
	Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	153	100,00	98	64,05	55	35,95
	Odense Universitetshospital - Svendborg	279	100,00	180	64,52	99	35,48
	Sygehus Lillebælt	169	100,00	135	79,88	34	20,12
	Sygehus Sønderjylland	115	100,00	65	56,52	50	43,48
Midtjylland	Region i alt	787	100,00	479	60,86	308	39,14
	Aarhus Universitetshospital	165	100,00	110	66,67	55	33,33
	Hospitalsenhed Midt	159	100,00	71	44,65	88	55,35
	Regionshospitalet Gødstrup	208	100,00	140	67,31	68	32,69
	Regionshospitalet Horsens	129	100,00	76	58,91	53	41,09
	Regionshospitalet Randers	126	100,00	82	65,08	44	34,92
Nordjylland	Region i alt	239	100,00	121	50,63	118	49,37
	Aalborg Universitetshospital	152	100,00	81	53,29	71	46,71
	Aalborg Universitetshospital, Thisted	#	#	#	#	#	#
	Regionshospital Nordjylland	86	100,00	39	45,35	47	54,65

Supplerende graf med åben kirurgi over tid på regionalt niveau



Supplerende graf med minimal invasiv kirurgi over tid på regionalt niveau



Supplerende opgørelse til indikator 4x, 6-8 timer

Andelen af patienter, der er opereres inden for 6-8 timer efter ankomst til sygehus for patienter, med en diagnose for perforation, iskæmi eller postoperativ intraabdominal blødning, og som er opereret før 48 t.

	Standard		Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal	01.09.2023 – 31.08.2024	Andel	95% CI	2022/2	2021/2
							3	2
			(%)				Andel	Andel
Danmark	Nej	185 / 852	0 (0)		21,7	(19,0–24,6)	21,1	19,5
Hovedstaden	Nej	69 / 275	0 (0)		25,1	(20,1–30,6)	21,3	17,6
Sjælland	Nej	41 / 170	0 (0)		24,1	(17,9–31,3)	16,3	26,8
Syddanmark	Nej	30 / 159	0 (0)		18,9	(13,1–25,8)	22,3	20,0
Midtjylland	Nej	38 / 206	0 (0)		18,4	(13,4–24,4)	24,6	17,6
Nordjylland	Nej	7 / 42	0 (0)		16,7	(7,0–31,4)	17,6	16,3

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2 3	2021/2 2
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Hovedstaden	Nej	69 / 275	0 (0)	25,1	(20,1–30,6)	21,3	17,6
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	17 / 64	0 (0)	26,6	(16,3–39,1)	21,8	10,3
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	15 / 48	0 (0)	31,3	(18,7–46,3)	23,0	26,5
Bornholms Hospital	Nej	4 / 6	0 (0)	66,7	(22,3–95,7)	0,0	0,0
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	18 / 79	0 (0)	22,8	(14,1–33,6)	20,0	23,1
Hospitalet i Nordsjælland	Nej	15 / 66	0 (0)	22,7	(13,3–34,7)	26,8	18,2
Rigshospitalet	Nej	0 / 12	0 (0)	0,0	(0,0–26,5)	0,0	0,0
Sjælland	Nej	41 / 170	0 (0)	24,1	(17,9–31,3)	16,3	26,8
Holbæk Sygehus	Nej	11 / 46	0 (0)	23,9	(12,6–38,8)	16,7	33,3
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Nej	13 / 60	0 (0)	21,7	(12,1–34,2)	19,6	27,5
Sjællands Universitetshospital	Nej	17 / 64	0 (0)	26,6	(16,3–39,1)	13,6	24,2
Syddanmark	Nej	30 / 159	0 (0)	18,9	(13,1–25,8)	22,3	20,0
Esbjerg Sygehus	Nej	8 / 35	0 (0)	22,9	(10,4–40,1)	20,5	20,0
Grindsted Sygehus							
Odense Universitetshospital – Svendborg	Nej	11 / 70	0 (0)	15,7	(8,1–26,4)	17,5	17,7
Sygehus Lillebælt	Nej	##/##	0 (0)	11,8	(1,5–36,4)	40,9	27,5
Sygehus Sønderjylland	Nej	9 / 37	0 (0)	24,3	(11,8–41,2)	21,4	13,0
Midtjylland	Nej	38 / 206	0 (0)	18,4	(13,4–24,4)	24,6	17,6
Aarhus Universitetshospital	Nej	12 / 41	0 (0)	29,3	(16,1–45,5)	25,7	15,6
Hospitalsenhed Midt	Nej	5 / 37	0 (0)	13,5	(4,5–28,8)	29,3	20,6
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	10 / 59	0 (0)	16,9	(8,4–29,0)	31,5	20,0
Regionshospitalet Horsens	Nej	4 / 28	0 (0)	14,3	(4,0–32,7)	8,0	10,0
Regionshospitalet Randers	Nej	7 / 41	0 (0)	17,1	(7,2–32,1)	20,5	18,9
Nordjylland	Nej	7 / 42	0 (0)	16,7	(7,0–31,4)	17,6	16,3

	Standard		Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024	Andel	95% CI	2022/2	2021/2
							Andel	Andel
Aalborg Universitetshospital	Nej	3 / 20	0 (0)	15,0	(3,2–37,9)		18,4	17,2
Regionshospital Nordjylland	Nej	4 / 22	0 (0)	18,2	(5,2–40,3)		16,0	15,0

Supplerende opgørelse til indikator 4x, 8-10 timer

Andelen af patienter, der er opereres inden for 8-10 timer efter ankomst til sygehus for patienter, med en diagnose for perforation, iskæmi eller postoperativ intraabdominal blødning, og som er opereret før 48 t.

	Standard		Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024	Andel	95% CI	2022/2	2021/2
							Andel	Andel
Danmark	Nej	109 / 852	0 (0)	12,8	(10,6–15,2)		11,5	15,2
Hovedstaden	Nej	24 / 275	0 (0)	8,7	(5,7–12,7)		11,9	17,6
Sjælland	Nej	33 / 170	0 (0)	19,4	(13,8–26,2)		10,5	10,9
Syddanmark	Nej	28 / 159	0 (0)	17,6	(12,0–24,4)		10,8	12,9
Midtjylland	Nej	21 / 206	0 (0)	10,2	(6,4–15,2)		12,1	18,1
Nordjylland	Nej	3 / 42	0 (0)	7,1	(1,5–19,5)		12,2	8,2
Hovedstaden	Nej	24 / 275	0 (0)	8,7	(5,7–12,7)		11,9	17,6
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	5 / 64	0 (0)	7,8	(2,6–17,3)		11,5	12,8
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	6 / 48	0 (0)	12,5	(4,7–25,2)		12,2	22,4
Bornholms Hospital	Nej	0 / 6	0 (0)	0,0	(0,0–45,9)		0,0	33,3
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	5 / 79	0 (0)	6,3	(2,1–14,2)		18,5	17,9
Hospitalerne i Nordsjælland	Nej	8 / 66	0 (0)	12,1	(5,4–22,5)		9,9	18,2
Rigshospitalet	Nej	0 / 12	0 (0)	0,0	(0,0–26,5)		0,0	16,7
Sjælland	Nej	33 / 170	0 (0)	19,4	(13,8–26,2)		10,5	10,9
Holbæk Sygehus	Nej	7 / 46	0 (0)	15,2	(6,3–28,9)		8,3	14,3

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.09.2023 – 31.08.2024		2022/2	2021/2
				Andel	95% CI	3 Andel	2 Andel
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Nej	12 / 60	0 (0)	20,0	(10,8–32,3)	11,8	13,7
Sjællands Universitetshospital	Nej	14 / 64	0 (0)	21,9	(12,5–34,0)	10,6	7,6
Syddanmark	Nej	28 / 159	0 (0)	17,6	(12,0–24,4)	10,8	12,9
Esbjerg Sygehus	Nej	7 / 35	0 (0)	20,0	(8,4–36,9)	7,7	6,7
Grindsted Sygehus							
Odense Universitetshospital – Svendborg	Nej	14 / 70	0 (0)	20,0	(11,4–31,3)	11,1	22,6
Sygehus Lillebælt	Nej	##/##	0 (0)	5,9	(0,1–28,7)	22,7	7,5
Sygehus Sønderjylland	Nej	6 / 37	0 (0)	16,2	(6,2–32,0)	7,1	4,3
Midtjylland	Nej	21 / 206	0 (0)	10,2	(6,4–15,2)	12,1	18,1
Aarhus Universitetshospital	Nej	4 / 41	0 (0)	9,8	(2,7–23,1)	11,4	25,0
Hospitalsenhed Midt	Nej	##/##	0 (0)	5,4	(0,7–18,2)	4,9	8,8
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	8 / 59	0 (0)	13,6	(6,0–25,0)	9,3	13,3
Regionshospitalet Horsens	Nej	3 / 28	0 (0)	10,7	(2,3–28,2)	36,0	33,3
Regionshospitalet Randers	Nej	4 / 41	0 (0)	9,8	(2,7–23,1)	9,1	16,2
Nordjylland	Nej	3 / 42	0 (0)	7,1	(1,5–19,5)	12,2	8,2
Aalborg Universitetshospital	Nej	##/##	0 (0)	10,0	(1,2–31,7)	14,3	0,0
Regionshospital Nordjylland	Nej	##/##	0 (0)	4,5	(0,1–22,8)	8,0	20,0

Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Formålet med databasen er at monitorere og forbedre kvaliteten af pleje, diagnostik og behandling af højrisiko akutte abdominalkirurgiske patienter.

Indikatorsættet er udvalgt med udgangspunkt i en dokumentalistrapport.

Datakilder

Data til konstruktion af populationen og indikatorerne indhentes fra CPR-registeret, Landspatientregisteret (LPR) og Den Nationale Labdatabank (DNL)¹.

Registrering af data til databasen foregår som indberetning til LPR.

I det følgende beskrives inklusionskriterier for AKDB, samt definitioner af indikatorer og baggrundsoplysninger. For en generel vejledning i indberetning til LPR, henvises til [Indberetningsvejledning til Landspatientregisteret](#).

Bemærk, at databasen til en række indikatorer benytter data fra andre databaser og registre, hvorfor det er indberetningskravene til disse, der er gældende for så vidt angår de data, som er hentet ud over LPR. De øvrige datakilder er

- Den Nationale Labdatabank (DNL)
- Dansk Anæstesi Database (DAD)
- Sygehusmedicinregisteret (SMR)

Det er endvidere væsentligt at bemærke i fortolkningen af indikatorerne, at resultatet er et udtryk for registreringen, og ikke nødvendigvis for den faktiske praksis. Det betyder, at en registrering kan være foretaget uden, at den nødvendige handling er udført, ligesom den nødvendige handling kan være udført uden at blive registreret. Denne potentielle fejlkilde er relevant for alle datakilder.

Indikatorresultater, hvor der kun optræder $n = 1$ eller $n = 2$ i enten tæller eller nævner, vil af diskretionshensyn blive fjernet og erstattet med # samt en forklaringsnote i den offentliggjorte årsrapport på www.sundhed.dk, da disse betragtes som potentielt personhenførbare. Forklaringsnoten lyder: "Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to patienter/forløb i tæller eller nævner".

I kolonnen "Udviklingsmål opfyldt" angives alene om punktestimatet ligger over eller under det vedtagne udviklingsmål: Ja = estimatet ligger på den rigtige side af udviklingsmålet; Nej = estimatet ligger på den forkerte side af udviklingsmålet. Der beregnes 95 % konfidensinterval for indikatorresultatet i aktuelle opgørelsesperiode, og læseren af årsrapporten henvises derfor til dette ved fortolkning af usikkerheden på estimatet.

Der præsenteres også en trendgraf der over tid viser trends i data.

Ved national audit er indikatorer og udviklingsmål revurderet iht. vejledning til de faglige styregruppers udarbejdelse af udviklingsmål.

¹ DNL har aktuelt ikke data til rådighed i de nationale kvalitetsdatabaser, men når data bliver tilgængelige, vil de indgå i indikatorberegningen i AKDB.

Diagnose- og inklusionskriterier

Inklusionskriterier

Populationen omfatter alle patienter der behandles med akut højrisiko abdominalkirurgi på danske sygehuse. Kontakterne* identificeres i LPR. Følgende inklusionskriterier er gældende:

* Når en patient kommer på sygehuset, registreres der en kontakt i LPR.

- kontakt med fysisk fremmøde [ALCA00]
- prioritet: "akut" [ATA1*] i LPR.
 - o A- eller B-diagnoser: DK251, DK252*, DK255*, DK256*, DK261*, DK262*, DK265*, DK266*, DK271*, DK272*, DK275*, DK276*, DK550*, DK551*, DK552*, DK559*, DK560*, DK561*, DK562*, DK563*, DK564*, DK565*, DK566*, DK567*, DK631*, DK65*, DK658*, DK660*, DK572A*, DK572B*, DK570A*, DK570B*, DK572*, DK570*, DT813A, DT813A1, DT813A2, DK400, DK401, DK403, DK403A, DK403B, DK404, DK410, DK411, DK413, DK413A, DK413B, DK414, DK420, DK420A, DK421, DK430, DK431, DK433, DK434, DK436, DK436A, DK437, DK440, DK440A, DK441, DK450, DK450B, DK450C, DK450D, DK450E, DK450F, DK450G, DK450H, DK450I, DK450J, DK450K, DK450L, DK450MM, DK451, DK451B, DK451C, DK451D, DK451E, DK451F, DK451G, DK451H, DK451I, DK451J, DK451K, DK451L, DK451M
- og samtidig en af koderne:
 - o Procedurekoder: KJAH00*, KJAH01*, KJFB00*, KJFB01*, KJFB20*, KJFB21*, KJFB30*, KJFB30A*, KJFB31*, KJFB31A*, KJFB43*, KJFB44*, KJFB46*, KJFB47*, KJFB60*, KJFB61*, KJFK00*, KJFK01*, KJFK10*, KJFK20*, KJFK96*, KJFK97*, KJFH10*, KJWF00*, KJDH00*, KJDH70*, KJDH71*, KJFF10*, KJFF11*, KJFF13*, KJFF23*, KJFF24*, KJFF26*, KJFF27*, KJAK00*, KJDA60*, KJDA61*, KJDC00*, KJDC10*, KJDC11*, KJFA00*, KJFA10*, KJFA80*, KJFA81*, KJFL10*, KJFL11*, KJMA10*, KJWC00*, KJWE00*, KJAK01*, KJAK03*, KJAK04*

* betyder at alle underkoder er inkluderet i søgningen.

Bemærk vedr. konstruktionen af populationen, at udelukkende patienter med en relevant diagnose og procedurekode indgår i populationen. Hertil er lavet en udvidelse således at patienter, der udelukkende har en relevant diagnose, men som ikke er opererede indgår i supplerende opgørelser på mortalitet således at man kan monitorere, om der sker et indikationsskred.

Eksklusioner

Kontakter registreret på afdelinger med følgende specialer, jf. SOR*:

- Gynækologi og obstetrik
- Urologi

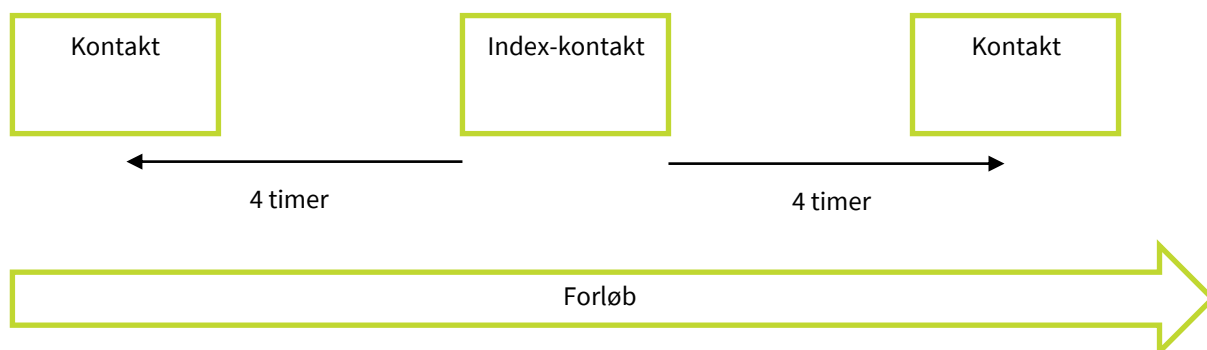
*SOR står for Sundhedsvæsenets Organisationsregister og er et register over alle aktører i det danske sundhedsvæsen.

Dannelse af forløb

Patientforløb i AKDB dannes ved at samle alle LPR kontakter som på hinanden følgende er ≤ 4 timer mellem hinanden og som indeholder den kontakt, der giver anledning til inklusion i databasen, altså en kontakt med

relevant diagnose- og procedurekode (indexkontakten²) (Figur 1). Denne analytiske definition af forløb svarer til anbefalingerne fra Sundhedsdatastyrelsens teknikerggruppe [1].

Figur 1: Forløbsdannelse



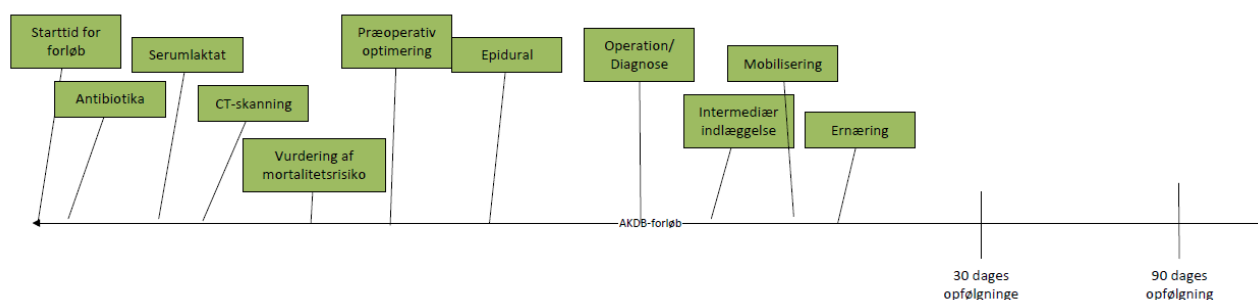
Et patientforløb der indgår i AKDB, kan starte med at patienten ankommer til sygehuset og inkluderes i databasen på første kontakt, hvor der stilles en diagnose. Men det er også en mulighed, at en patient allerede er indlagt og pludselig oplever en forværring, som giver anledning til inklusion i AKDB.

Bemærk at enheden for analyser i indikatorerne altid er forløb. Dvs, hvis den samme patient har fået flere operationer, vil kun den første operation være gældende i indikatorberegningen. Databasen har information om alle operationer, men analyseenheden er forløb. Dette skyldes, en række patienter opereres flere gange på hvert forløb. Når der laves indikatorer på eksempelvis mortalitet, vil det betyde, at patienter kan optræde som døde flere gange, hvis hver operation bruges i analyserne. Den første relevante operation i forløbet er valgt, idet det vil være den primære operation og evt. følgende operationer kan enten være planlagte eller uplanlagte reoperationer, og derfor en mere heterogen gruppe, end de første operationer.

Et forløb i AKDB kan således bestå af både ophold på andre afdelinger uden akutte formål, ophold på akutafdelinger, ophold på kirurgiske afdelinger og ophold på intermediære eller intensivafsnit.

Det forløb, der ønskes monitorering på i databasen, er karakteriseret ved en række hændelser som er relevante for beregningerne af de specifikke indikatorer (Figur 2: Hændelser i AKDB-forløb). Hændelserne monitoreres i kvalitetsindikatorer, som beskrevet i resten af indeværende dokument.

Figur 2: Hændelser i AKDB-forløb



² Indexkontakt: Den kontakt, der giver anledning til inklusion i databasens population, altså hvor kriterierne for inklusion er opfyldt.

Datagrundlag

Denne rapport inkluderer 3.668 patienter, som blev opererede og 6.238 patienter med en relevant diagnose, men som ikke blev opererede i perioden 1. september 2023 til 31. august 2024. Udtrækket til analyserne er foretaget d. 14/11-2024.

Idet databasen er baseret på data fra LPR og der ikke eksisterer en anden datakilde til sammenligning, er der ikke beregnet dækningsgrad og overensstemmelse. Det er således ekstra vigtigt, alle hospitaler validerer egen population.

Data til Akut Kirurgi Databasen dannes som beskrevet på baggrund af LPR. Etableringen af en database med populationsdannelse i LPR giver naturligt anledning til at relevante afdelinger gennemgår egen kodepraksis, og man vil derfor også forvente at se en tilpasning af populationsstørrelsen over tid. Mhp. at sikre, denne udvikling finder sted på en måde, hvor alle relevante patienter fortsat er repræsenteret i databasen, har AKDB fra begyndelsen haft supplerende indikatorer med den ikke-opererede population. Således er det muligt at følge udviklingen i, hvor mange af de relevante patienter, der tilbydes operation i databasens (LPR-baserede) periode. Nedenstående tabel viser antallet af patienter i databasen, antal opererede, antal ikke-opererede og andelen af opererede patienter i perioden siden overgangen til LPR.

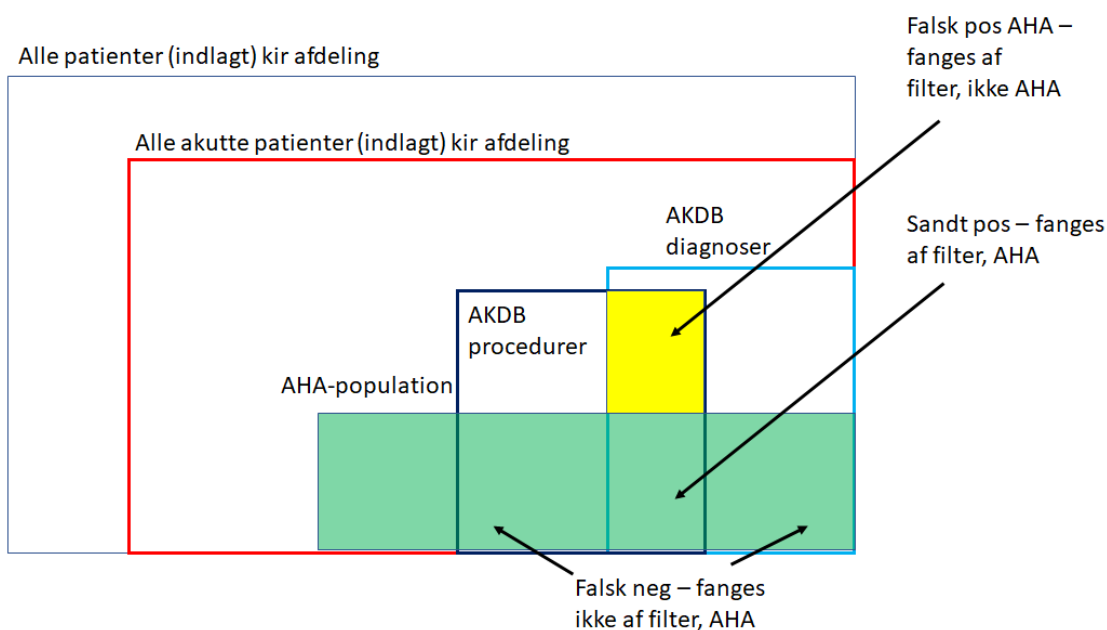
År	Total	Opererede	Ikke-opererede	Andel opererede
2023-2024	9.906	3.668	6.238	37 %
2022-2023*	10.013	3.697	6.316	37 %
2021-2022	8.718	3.134	5.584	36 %
2020-2021	12.389	2.600	9.789	21 %
2019-2020	11.780	6.932	4.848	59 %

*Bemærk, at årsrapporten fra 2022-2023 opgøres i forløb i stedet for operationer.

Dækningsgrad og datakomplethed

Det er afgørende, databasen dækker den ønskede population, og det er således nødvendigt løbende at validere populationen og sikre at registreringspraksis afspejler behandlingspraksis. Populationerne betragtes som indikator population for akutte kirurgiske patienter og der forventes en systematisk afsmittende effekt på andre kirurgiske højrisiko populationer, der ikke er inkluderet pga. diagnoser udenfor inklusionskriterier, procedurer uden for kriterier eller ingen af delene. Databasen understøtter STPS risikobaserede tilsyn og Danske regioners arbejde med lærings og kvalitets teams.

I forhold til definitionen af populationen, er det således væsentligt at populationen i databasen er den population, man ønsker at monitorere kvaliteten for, dvs. AHA-populationen (Akut Højrisiko Abdominalkirurgi). Nedenstående figur illustrerer, hvilke vanskeligheder, der er forbundet hermed.



Figur 3: Populationsproblematik

Populationen er indtil videre valideret ved at afdelinger har fået tilsendt en liste med CPR-numre og de procedurer, der er registreret i databasen. Således har specifikke lister været sendt til Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden, hvor der er sammenlignet med registreringer i de lokale journalsystemer. Vurderingerne blev foretaget både på CPR-niveau – altså om patienten var relevant, samt på diagnoser og procedurer, altså på om diagnoserne var ens og om de procedurer, der indgår i AKDB kunne genfindes i journalsystemerne. Der blev ikke foretaget systematisk dataindsamling, som kan afreporteres.

Data på population og indikatorer har været tilgængelige i de regionale ledelsesinformationssystemer (LIS) siden september 2020. Det er således muligt for alle relevante sygehuse og afdelinger at matche egen population op mod det givne i LIS.

Lokal validering

Idet databasens population er blevet ændret i forhold til tidligere samtidig med at indberetningen nu foregår udelukkende via Landspatientregisteret, kan det forekomme uklart, hvordan populationen i rapporten og i det lokale LedelsesInformationssystem (LIS) matcher den population, man ser i klinisk praksis. Derfor kan der være mening i at sammenligne de to. Her følger en guide til, hvordan man får lavet et udtræk fra LIS, så man kan sammenholde med EPJ.

Der er muligt at bede den lokale kvalitetsafdeling om et dataudtræk af KKA-leverancen for databasen i forbindelse med en lokal validering.

Hvad skal der kigges efter

Det er vigtigt at undersøge om det er den rigtige patientpopulation, som databasen fanger, samt om oplysningerne er korrekte eller mangelfulde med henblik på eventuel efterregistrering.

- At antallet af patienter, stemmer overens med EPJ'en.
- At det er de rigtige patienter.
- At dato for operation er korrekt.
- Eventuelt om resten af oplysningerne stemmer overens med EPJ'en.

Hvad skal man bede om i udtrækket

Det er vigtigt at man har den rigtige patientpopulation, da databasen indeholder både patienter som KUN har en inklusions diagnose og patienter som har både inklusions diagnose samt inklusions operation. Opskriften herunder udtrækker kun de patienter som har både en inklusions diagnose samt en inklusions operation.

1. Databasens KKA-forkortelse: AKDB.
2. Patientpopulationen som har en inklusions diagnose og operation: Variablen **Opereret** = 1.
3. Periodeafgrænsning: Variablen **T_0** benyttes.

På hospitalsniveau: Variablen **Forloeb_SORKode**

Akut Kirurgi Databasen: Årsrapporten kort fortalt

Patienter i databasen er dem, der har fået akut operation i maven. Indikatorsættet er bygget op sådan at det følger patientens vej fra ankomst til sygehuset og til efter operationen. Hvis en patient bliver opereret flere gange under et hospitalsophold, vil kun den første operation være gældende i indikatorerne.

Indikator 1: Antibiotikabehandling indenfor 3 timer

Det er vigtigt inden man opereres, at man får antibiotika. Vi ved at det betyder bedre chance for at overleve, så det skal selvfølgelig gives. Målet er at > 90 % af patienterne når at få antibiotika indenfor tre timer efter, de er ankommet til sygehuset.

- Kun 34,4 % af patienterne fik antibiotika inden for tre timer, hvilket er langt fra målet på 90 %.
- Dette er en forbedring i forhold til sidste år, hvor kun 30,5 % fik antibiotika inden for tre timer.
- Resultaterne varierer mellem regionerne: Region Syddanmark ligger lavest med 22,5 %, mens Region Midtjylland er højest med 44,6 %.

En ekstra analyse viser, at den typiske tid fra ankomst til antibiotikabehandling er lidt over fire timer, hvilket stadig er længere, end hvad der er ønskeligt.

Selvom alle regioner har forbedret sig sammenlignet med sidste år, er der stadig meget arbejde for at nå målet om hurtigere behandling.

Indikator 2: CT-skanning

Patienter i databasen skal CT-skannes hurtigst muligt for at man ved, hvad der skal gøres i forbindelse med operationen. Målet er, at ≥ 90 % af patienter skal skannes indenfor to timer.

- Kun 32,4 % af patienterne blev skannet inden for to timer, hvilket er langt fra målet.
- Region Sjælland klarede sig dårligst med 25,9 %, mens Region Midtjylland klarede sig bedst med 41,8 %.

Der er behov for forbedringer i hele landet for at sikre hurtigere skanninger og bedre opfyldelse af målet.

Indikator 3: Præoperativ optimering eller direkte til operation

Indikator 3 måler, hvor stor en andel af patienter, der enten får forberedelse før operation (præoperativ optimering) eller går direkte til operation. Det har været muligt at registrere siden 1. oktober 2022.

- I årets analyse indgår 3.172 patienter. Af dem fik 353 den ønskede behandling, hvilket svarer til 11,1 % på landsplan. Det er langt fra målet, som er på mindst 90 %.
- Andelen varierer meget mellem regioner. I Region Hovedstaden er den kun 4,3 %, mens den i Region Midtjylland er 18,1 %. Ingen hospitaler opfylder målet.

Indikator 4: Operation indenfor 6 timer

Der er forskel på, hvor meget en operation haster, og derfor er denne indikator lavet sådan, at vi kun måler på de patienter, der er opererede indenfor 24 timer efter ankomst til sygehuset. Vi antager altså at dem, der opereres

indenfor 24 timer, er dem, hvor det haster mest. Og så ser vi på, hvor mange af dem, der blev opereret indenfor 6 timer.

Der er mange ting, man skal nå før operationen. I databasen måler vi på antibiotika, CT-skanning og præoperativ optimering. Vi ønsker at alle disse ting skal kunne gennemføres sådan at operationen starter indenfor 6 timer efter ankomst til sygehus.

- Ud af 2.059 patienter, der blev opereret inden for 24 timer, blev 618 opereret inden for 6 timer. Det svarer til 30,0 % på landsplan.
- Målet om, at mindst 80 % skulle opereres inden for 6 timer, blev altså ikke nået.
- Andelen varierer fra 22,3 % i Region Sjælland til 37,0 % i Region Midtjylland. Ingen hospitaler opnåede målet i perioden.

Indikator 5: Intermediær indlæggelse

Patienter der, har et dårligere helbredsmæssigt udgangspunkt er i større risiko for at dø (mortalitet). I databasen har vi valgt at klassificere personer med ASA-score* ≥ 3 (dvs. lav helbredsstatus før operationen) eller som er > 75 år gamle, som personer i høj risiko. Med denne indikator vil vi undersøge, hvor mange af disse patienter, der bliver indlagt på en afdeling med mulighed for monitorering/overvågning og ekstra tid til at have fokus på patienterne (intermediær indlæggelse). Og patienterne skal ligge på sådan et afsnit i mindst 24 timer.

- Ud af 2.003 patienter med høj risiko blev 459 (22,9 %) indlagt til særlig overvågning. Det betyder, at flertallet ikke blev monitoreret på denne måde.
- Andelen varierer fra 17,2 % i Region Nordjylland til 27,0 % i Region Syddanmark. Der er også forskelle i, hvor mange patienter der mangler data: fra 1 % i Region Sjælland til 15 % i Region Midtjylland.
- Der er en generel stigning i andelen af patienter, der efter operation bliver indlagt på en særlig overvågningsafdeling.

Det er vigtigt at gøre opmærksom på at data om risikovurderingen (ASA) er kun matchet ud fra CPR-numre, og der er ikke tidsstempler, hvilket betyder, at man ikke kan være helt sikker på, hvornår vurderingen er lavet.

* ASA-score er en angivelse af, hvor kritisk syg en patient er. Scoren går fra 1 (rask) til 6 (hjernedød).

Indikator 6: Tidlig mobilisering

Selvom man kan føle sig afkræftet og svimmel efter en operation, er det vigtigt at man hurtigt kommer i gang med at bruge kroppen igen, da det mindsker risikoen for komplikationer efter operationen. Derfor måler indikatoren på, om patienterne har været ude af sengen indenfor 24 timer efter operation. Målsætningen er at ≥ 90 % skal have været oppe.

- Ud af 3.185 opererede patienter blev 1.133 mobiliseret inden for 24 timer, hvilket svarer til 35,6 % på landsplan.
- Målet om, at mindst 90 % skulle mobiliseres, blev altså ikke nået.
- Der er stor forskel på andelen i regionerne. I Region Nordjylland blev kun 20,3 % mobiliseret inden for 24 timer, mens tallet i Region Midtjylland var 46,4 %.
- Registreringen af mobilisering er generelt blevet bedre i løbet af de seneste årsrapportperioder.
- Ingen hospitaler levede op til udviklingsmålet på 90 %.

Det hører med til historien, at det er usikkert, om alle får registreret, at de har haft patienten ude af sengen og om data bliver trukket automatisk over i databasen. Der arbejdes på at sikre, det bliver registreret korrekt og tidstro på de enkelte hospitaler.

Indikator 7: Ernæring

Ligesom det er vigtigt at komme op fra sengen, er det vigtigt også at få mad i maven. Det behøver ikke være noget, patienten selv spiser, men kan godt komme fra en sonde. Indikatoren måler på om patienterne har fået taget stilling til ernæring (ernæringsscreening) indenfor 48 timer efter operationen. Målsætningen er ikke fastsat endnu.

- I alt 834 af de 3.185 opererede patienter i opgørelsesperioden fik taget stilling til ernæring indenfor 48 timer efter operation, svarende til 26,2 % nationalt.
- Regionalt varierede andelen fra 6,8 % i Region Nordjylland til 33,1 % i Region Hovedstaden.
- Udviklingen over tid viser, registreringen for indikatoren er forbedret over de seneste tre årsrapportperioder.

Også for denne indikator er der usikkerhed om, hvorvidt det altid bliver registreret korrekt og der arbejdes på at sikre at man har arbejdsgange, som sikrer korrekt og tidstro registrering.

Indikator 8: Andel opererede med epidural

Epidural som smertedækning anbefales, da man er bedre smertedækket, får hurtigere gang i maven, og flere overlever operationen, hvis de er bedøvede med epidural. Indikatoren måler altså på, hvor mange af patienterne, der er smertedækket med epidural. Målsætningen er > 60 %.

- Ud af de 3.185 opererede i perioden, blev 1.661 bedøvede med epidural. Det svarer til en andel på 52,2 % (95 % CI: 50,4-53,9). Udviklingsmålet er > 60 %, og er endnu ikke opfyldt.
- Regionalt varierede andelen fra 41,9 % i Region Nordjylland til 56,8 % i Region Syddanmark.
- Udviklingen over tid viser, der er overordnet fremgang i den aktuelle periode sammenlignet med tidligere.

Indikator 9: Mortalitet indenfor 30 dage efter akut kirurgi. Alle opererede (med relevant diagnosekode og procedurekode)

Mortalitet betyder, hvor mange der dør. Denne indikator måler altså, hvor mange der er døde indenfor 30 dage efter operationen. Målsætningen er at < 15 % må dø indenfor 30 dage.

- Der indgik 3.179 forløb i indikatoranalysen i perioden. Heraf døde 376 personer, svarende til 11,8 % (95 % CI: 10,7-13,0) indenfor 30 dage fra ankomst til sygehus.
- Målsætningen på < 15 % var opfyldt på nationalt niveau.
- Regionalt varierede andelen fra 10,6 % i Region Sjælland til 14,0 % i Region Nordjylland.
- Alle regioner opfyldte udviklingsmålet i perioden.

Udviklingen over tid bærer præg af det lave antal patienter, som giver anledning til at der let kommer udsving i grafen.

Indikator 10: Mortalitet indenfor 90 dage efter akut kirurgi. Alle opererede (med relevant diagnosekode og procedurekode)

Denne indikator måler altså, hvor mange der er døde indenfor 90 dage efter operationen. Målsætningen er at < 20 % må dø indenfor 90 dage.

- Der indgik 3.179 patienter i indikatoranalysen i perioden. Heraf døde 529 personer, svarende til 16,6 % indenfor 90 dage fra ankomst til sygehus.
- Målet på < 20 % var opfyldt på nationalt niveau.
- Regionalt varierede andelen fra 15,7 % i Region Sjælland til 19,6 % i Region Nordjylland.
- Alle regioner opfyldte målet i perioden.
- Blandt de indberettende enheder opfyldte 17 af de 20 målet i perioden.

Bemærk dog, at antallet af patienter på de enkelte enheder er ganske lavt, hvorfor selv små forskelle er afgørende for andelen.

Udviklingen over tid viser, mortaliteten er steget i perioden, trods det at procesindikatorerne er forbedrede. Dette kan skyldes det lave patientantal på enkeltenheder, som gør resultatet sårbart for små forskelle.

Datagrundlag

Data til Akut Kirurgi Databasen dannes på baggrund af Landspatientregisteret (LPR). Det er et register, hvor enhver kontakt mellem en person og et sygehus registreres. Det er vigtigt, at alle registrerer de rigtige data, og at man på tværs af afdelinger er enige om, hvordan man registrerer for at sikre, at det er ensartet det, vi kan se i LPR.

En metode til at holde øje med, om noget ændrer sig er, at vi både har alle de personer, der er opererede med i databasen. Men vi har også alle de personer med, som har de samme diagnoser, men hvor der ikke er udført en operation. Så kan vi holde øje med, om man tilbyder operation til de samme typer af problemstillinger på tværs af sygehuse.

Oversigt over den videnskabelige aktivitet

Følgende videnskabelige undersøgelsesresultater er, på baggrund af forskning på Akut Kirurgi Databasens data, blevet publiceret i nationale og internationale tidsskrifter og/eller præsenteret ved nationale og internationale konferencer:

- Laursen SB, Leontiadis GI, Stanley AJ, Hallas J, Schaffalitzky de Muckadell OB. Use of Selective Serotonin Receptor Inhibitors (SSRIs) is not associated with increased risk of endoscopy-refractory bleeding, rebleeding or mortality in peptic ulcer bleeding. APT 2017; 46:355-363
- Lolle I, Møller MH, Rosenstock SJ. Association between ulcer site and outcome in complicated peptic ulcer disease: a Danish nationwide cohort study. Scand J Gastroenterol. 2016 Oct;51(10):1165-71.
- Laursen SB, Leontiadis GI, Stanley AJ, Møller MH, Hansen JM, Schaffalitzky de Muckadell OB. Relationship between timing of endoscopy and mortality in patients with peptic ulcer bleeding: a nationwide cohort study. Gastrointest Endosc 2016 Sep 10. pii: S0016-5107(16)30555-7. doi: 10.1016/j.gie.2016.08.049.
- Laursen SB, Stanley A, Leontiadis G, Hallas J, Schaffalitzky de Muckadell OB. Use of Selective Serotonin Receptor Inhibitors (SSRIs) not association With Increased Risk of Endoscopy-Refracted Bleeding,

Rebleeding or Mortality in Patients with Peptic Ulcer Bleeding (791). *Gastroenterology* 2016; 150 (Suppl 1):S164-S165. [Abstract]

- Laursen SB, Leontiadis GI, Stanley AJ, Hansen JM, Schaffalitzky de Muckadell OB. Optimal timing of endoscopy is associated with lower mortality in peptic ulcer bleeding. *Gastrointest Endosc* 2015; 81:AB-152-153 [Abstract]
- Hasselager RB, Lohse N, Dutch P, Møller MH. Risk factors for reintervention after surgery for perforated gastroduodenal ulcer. *Br J Surg*. 2016 Nov;103(12):1676-1682.
- Surgical complications after open and laparoscopic surgery for perforated peptic ulcer in a nationwide cohort. Wilhelmsen M, Møller MH, Rosenstock S. *Br J Surg*. 2015 Mar;102(4):382-7.
- Association of mortality with out-of-hours admission in patients with perforated peptic ulcer. Knudsen NV, Møller MH; Danish Clinical Register of Emergency Surgery. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2015 Feb;59(2):248-54.
- Buck DL, Møller MH; Danish Clinical Register of Emergency Surgery. Influence of body mass index on mortality after surgery for perforated peptic ulcer. *Br J Surg*. 2014 Jul;101(8):993-9. doi: 10.1002/bjs.9529. Epub 2014 May 15.
- Buck DL, Vester-Andersen M, Møller MH. Surgical delay is a critical determinant of survival in perforated peptic ulcer. *Br J Surg*. 2013 Jul;100(8):1045-9. doi: 10.1002/bjs.9175.
- Rosenstock S, Møller MH, Larsson HJ, Johnsen SP, Madsen AH, Bendix JB, Jørgensen H, and Thomsen RW, on behalf of the Danish Clinical Register of Emergency Surgery. Improving quality of care in peptic ulcer bleeding: A nationwide cohort study of 13,498 consecutive patients in the Danish Clinical Register of Emergency Surgery. *Am J Gastroenterol*. 2013;108(9):1449-57.
- Møller MH, Larsson HJ, Rosenstock S, Jørgensen H, Johnsen SP, Madsen AH, Adamsen S, Jensen AG, Zimmermann-Nielsen, Thomsen RW, for the Danish Clinical Register of Emergency Surgery * *Nielsen A-S, Bendix J, Kærgaard G, Kallehave F, Oxholm D, Schaffalitzky de Muckadell OB, Skarbye M, Bartels P and Jølvig LR. A quality of care initiative in 2,989 patients surgically treated for perforated peptic ulcer from 2005 to 2011: A nationwide cohort study from The Danish Clinical Register of Emergency Surgery. *Br J Surg*. 2013;100(4):543-52.
- Møller MH, Vester-Andersen M, Thomsen RW. Long-term mortality following peptic ulcer perforation in The PULP trial. A nationwide follow-up study. *Scand J Gastroenterol*. 2013 Feb;48(2):168-75.
- Jørgensen H, Møller MH, Rosenstock SJ, Thomsen RW. Akut Kirurgi Databasen. *Ugeskrift for Læger* 2012;174:2553.
- Møller MH, Engebjerg MC, Adamsen S, Bendix J, Thomsen RW. The Peptic Ulcer Perforation (PULP) score: a predictor of mortality following peptic ulcer perforation. A cohort study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2012;56:655-62.
- Møller MH, Adamsen S, Thomsen RW, Møller AM and the PULP trial group. Multimodal perioperative care protocol is associated with reduced mortality in peptic ulcer perforation – a multicenter intervention trial with historical and national controls (The PULP trial). *British Journal of Surgery* 2011;98:802-10.
- Møller, MH. Adamsen, S. Thomsen, RW. Møller AM. Preoperative prognostic factors for mortality in peptic ulcer perforation: a systematic review. *Scand J Gastroenterol*. 2010 Aug;45(7-8):785-805.

- Møller MH. Perforated peptic ulcer - Prognostic factors, risk stratification and implementation of a perioperative care protocol. Ph.D.thesis. Faculty of Health Science, University of Copenhagen 2010 May.
- Sommer, T. Elbroend, H. Friis-Andersen H. Laparoscopic repair of perforated ulcer in Western Denmark – A retrospective study. Scandinavian Journal of Surgery 2010;99:119-121,
- Møller M.H, Nørgård B., Mehnert F., Bendix J., Nielsen A., Nakano A., Adamsen S. and Thomsen R.W. Præoperativt delay hos patienter med perforeret ulcus: En klinisk audit fra Det Nationale Indikatorprojekt. Ugeskrift For Læger 2009;171:3605-10.
- Nakano A., Bendix J., Adamsen S., Buck D., Mainz J., Bartels P., Nørgård B. 30-days mortality in patients with perforated peptic ulcer: A National audit. Risk Management and Health Care Policy 2008;1 1-8
- Møller M.H, Nørgård B., Mehnert F., Bendix J., Nielsen A., Nakano A., Adamsen S. and Thomsen R.W. Physician´s charge and time to first examination are associated with preoperative delay in patients with peptic ulcer perforation - a cross sectional study. 2008 abstract:
Præsenteret ved
1) UEGW 16th United European Gastroenterology Week, Vienna, October 2008 (poster)
2) ISQua 25th International Conference for The International Society for Quality in health care, Copenhagen, november 2008 (poster)
3) Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin´s årsmøde (DASAIM) november 2008 (poster)
4) Dansk Kirurgisk Selskabs 100 års jubilæumsmøde juni 2008 (poster)
5) Forskningsdag – Herlev Hospital november 2008 (foredrag).
- Nakano A., Nielsen AS., Jacobsen EM, Christiansen H, Bachmann U. Nursing Quality and postoperative monitoring of patients undergoing surgery for perforated peptic ulcer in Denmark. UEGW 16th United European Gastroenterology Week, Vienna, October 2008 (poster)
- Nakano A, Bendix J, Adamsen S, Nørgård B, Mainz J. National Danish audit in patients with perforated peptic ulcer revealed unexpected problems in the pre- and postoperative monitoring. ISQua 24th International Conference for The International Society for Quality in health care, Boston, October 2007. (oral presentation)
- Adamsen S, Nørgård B, Bendix J, Buck D, Nakano A. Prediction of rebleeding and mortality after endoscopic hemostasis for peptic ulcer bleeding: Validation of the Rockall scoring system in high-risk patients. United European Gastroenterology Week in press, 2007
- Adamsen S, Bendix J, Nakano A, Nørgård B, Nilsson T, Moesgaard F, Mainz J. “Rebleeding after endoscopic hemostasis for bleeding gastroduodenal ulcer. Patient characteristics and outcomes. A Nationwide prospective study” Gastrointest Endosc 2006; 63(5):AB 147
- Nakano A, Bendix J, Adamsen S, Mainz J, Bartels P. The Danish National Indicator Project contributes to improvement of healthcare by developing new indicators as a result from an audit on patients with perforated ulcer. (2006 abstract: London, ISQua 23th International Conference for The International Society for Quality in health care. (poster)
- Sven Adamsen, Jørgen Bendix, Finn Kallehave, Peer Wille-Jørgensen, Flemming Moesgaard, Anna Nakano, Jan Mainz. Treatment of bleeding peptic gastroduodenal ulcer – A national audit. Forskningsdag d. 27. oktober 2005 (poster).
- Adamsen S., Bendix j., Kallehave F. Wille-Jørgensen P., Moesgaard F., Nakano A., Mainz J. Perforated gastroduodenal ulcer. A national audit. UEGW 13th United European Gastroenterology Week, 2005 (poster)

Styregruppens medlemmer

Navn	Titel	Selskab, organisation og region
Peter Olsen Svenningsen	Cheflæge, Formand	Dansk Kirurgisk Selskab, Nordsjællands Hospital, Region Hovedstaden
Emma Possfelt- Møller	Afdelingslæge	Dansk Kirurgisk Selskab, Rigshospitalet, Region Hovedstaden
Mette Aastrup Tolver	Afdelingslæge	Dansk Kirurgisk Selskab, Sjællands Universitetshospital, Køge, Region Sjælland
Halfdan Lauridsen	Ledende overlæge	Dansk Selskab for Akutmedicin, Nordsjællands Hospital, Region Hovedstaden
Line Rokkedal Jønsson	Udviklingsfysioterapeut, Cand. Scient. I fysioterapi	Dansk Selskab for Fysioterapi, Amager og Hvidovre Hospital, Region Hovedstaden
Lone Winther Jensen	Lægefaglig direktør, Ledelsesrepræsentant	Regionssundhedsdirektørkredsen, Regionshospitalet Randers, Region Midtjylland
Marianne Vinbæk	Overlæge	Dansk Kirurgisk Selskab, Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland
Helene Rask Dalby	Læge	Dansk Selskab for Klinisk Ernæring, Regionshospitalet Randers, Region Midtjylland
Rasmus Haarup Lie	Anæstesiolog, næstformand	Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin, Aarhus Universitetshospital, Region Midtjylland
Rikke Therkildsen	Overlæge	Dansk Kirurgisk Selskab, Aarhus Universitetshospital, Region Midtjylland
Henriette Vind Thaysen	Klinisk sygeplejespecialist	Dansk Selskab for Klinisk Ernæring, Aarhus Universitetshospital, Region Midtjylland
Kasper Gymose Berthelsen	Ledende overlæge	Dansk Selskab for Anæstesiologi, Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland
Thomas Cotzand	Ledende overlæge	Dansk Kirurgisk Selskab, Kolding Sygehus, Region Syddanmark
Vera Slyk	Patientrepræsentant	
Anne- Kirstine Dyrvig	Epidemiolog	Afdeling 1, RKKP's Videntcenter
Henrik Nielsen	Biostatistiker, Datamanager	Afdeling 1, RKKP's Videntcenter
Birgitte Rühmann	Oversygeplejerske, Repræsentant for den dataansvarlige myndighed/kontaktperson	Afdeling 1, RKKP's Videntcenter

Regionale kommentarer

Region Hovedstaden

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

Region Sjælland

Indikator 3:

På Holbæk har der i denne måleperiode været lavet en indsats, som betød at patienterne ikke længere kørte til stamafdelingen, men i stedet kørte til opvågning eller intensiv mhp. præoperativ optimering.

Dernæst blev der indført øget dokumentationskrav til anæstesilægerne, hvor de i højere detaljegrade beskriver hvad den præ-operative optimering indebar. Den brugte smartphrase, inkluderede også vejledning til hvad der skulle optimeres og hvordan.

Til sidst, men formodentlig mest betydende for denne indikator, blev der etableret et system hvor en sekretær tilføjer den relevante procedurekode for optimeringen, hvis ovenstående dokumentation fremgik korrekt.

Indikator 5:

iflg. Holbæk sygehus's lokale database (med håndholdte data, som der generelt er større tiltro til) indfries indikator 5 i 45 af 78 (79%) relevante tilfælde.

I årsrapporten indfries Holbæk sygehus den i 32 af 82 (39,0%).

Dette handler igen nok mere om registrering end egentlig virkelighed. Gælder formentlig også for øvrige hospitaler. Det er jo nok tvivlsomt hvor brugbare / sammenlignelige disse data er mellem hospitalerne, og dermed stilles spørgsmål til om relevansen i denne opgørelse.

Indikator 6 mobilisering:

kan Holbæk sygehus se at der er udfordringer med registrering, da Holbæk sygehus fra egne data ved at langt flere er mobiliseret indenfor 24 timer.

Region Syddanmark

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

Region Midtjylland

Regionshospitalet Horsens

Overordnet indikator 4 er udgået i seneste årsrapport og erstattet af og differentieret i indikator 4x og 4y – akut og subakut. Dog er indikationen for præoperativ anæstesiologisk optimering og ophold på intermediært eller intensivt afsnit fortsat udifferentieret ift. akut eller subakut operationsindikation. Bør AKDB ikke kun monitorere på indikator 3 hvad angår patienter, der inkluderes af indikator 4x?

Audit på denne indikator giver ikke mening.

Indikator 5: Intermediær indlæggelse.

Kommentarer:

AKDB-data omfatter kun 31 "højrisikopatienter" ud af 123 forløb. Manuel optælling viser 66 "højrisikopatienter": 10 opfyldt, 21 ikke opfyldt, 35 manglende data.

Manglende opfyldelse kan skyldes 1) Postoperativ intermediær observation < 24 timer (altovervejende årsag), 2)

Manglende oprettelse i intensivsystem (CIS) i intermediært afsnit (medfører manglende indberetning af kode NABB, NABC eller NABE), 3) Patienten overflytted til andet hospital inden 24 timer eller 4) Fejlagtig diagnosekodning.

Audit på stikprøve af 20 forløb (10 ikke opfyldt + 10 manglende data, se bilag) viser samlet indikatoropfyldelse på ca. 70% forudsat repræsentativ stikprøveaudit. Manglende DAD-indberetning forklarer tæt på alle manglende data (utiltrækkelig EPJ-procedureudfyldelse eller fejl i datarobot).

Handlemuligheder ift. øget indikatoropfyldelse: 1) Øget fokus på risikopatienter, 2) Manuel efterregistrering og DAD-indberetning og 3) Optimering af datarobot til DAD-indberetning. Der sættes ind på alle tre områder fremover.

Indikator 6: Tidlig mobilisering

Kommentarer:

Audit på stikprøve af 10 patientforløb som fremgår til ikke at være mobiliseret i AKDB viser at 8 bliver mobiliseret (registreringsproblem), 1 ikke relevant (registreringsproblem), 1 bliver ikke mobiliseret. Det tyder på, at mange flere bliver mobiliseret, end det fremgår i data i AKDB. På baggrund af stikprøves estimeres det at 94 % bliver mobiliseret.

Ud over at dokumentere selve mobilisering er det en forglemmelse, at der ikke også bliver sat flueben ved koden, som AKDB trækker på. Derfor vil en løsning være manuel efterregistrering

Indikator 7 Ernæring

Kommentarer:

Audit på stikprøve af 10 patientforløb som fremgår til ikke at have en ernæringsplan i AKDB viser at 9 har en ernæringsplan/får ernæring (registreringsproblem), 1 har ikke en ernæringsplan. Det tyder på, at mange flere får en ernæringsplan, end det fremgår i data i AKDB. På baggrund af stikprøves estimeres det at 92 % har en ernæringsplan.

Ud over at dokumentere selve ernæringsplan og indtag er det en forglemmelse, at der ikke også bliver sat flueben ved koden, som AKDB trækker på. Derfor vil en løsning være manuel efterregistrering

Region Nordjylland

Generelt:

Det vil være hensigtsmæssigt, at der anvendes enten begrebet standard eller udviklingsmål, som vel også er det, der er vedtaget generelt i årsrapporten.

Indikatorspecifikt:

For indikator 1 Antibiotika indenfor 3 timer, er datagrundlaget nationalt 3099 patienter. Der henvises til den supplerende analyse af data, her er data grundlaget nationalt imidlertid opgjort til 3592 patienter, vi er nysgerrige på hvad der forklarer de to forskellige nævner populationer.

I teksten henførende til den supplerende analyse beskrives, at median tid fra ankomst til modtagelse af antibiotika er 5 timer, men der er i tabellen angivet 264 min svarende til 4,4 time. Hvad er korrekt?

I diskussionsafsnit ved Indikator 2: Andelen af CT-skannede patienter, der får lavet CT-skanning indenfor 2 timer efter ankomst til sygehus, beskrives at regionerne bør sikre CT kapacitet til den akutte patients udredning. Som foregående år har vi set på data, og vi finder at det ikke er manglende CT kapacitet som gør at vi ikke når udviklingsmål, men det er derimod det at få patienten identificeret og dermed henvist til scanning som er det forsinkende led. Vi arbejder fortsat på at sikre en bedre arbejdsgang på denne del.

Der er et ønske om, at man i styregruppen revurderer populationen ift. Indikator 3: Andel af patienter der får præoperativ optimering eller som går direkte til operation, svarende til indenfor 240 min fra ankomst til hospital, så den kun inkludere de patienter hvor optimering/direkte operation er aktuelt. Det kunne være ved kun at opgøre på populationen fra 4X.

Ift. indikator 6 og 7: Regionalt har vi en registreringsudfordring ift. indikator 6 og 7. Der arbejdes på optimering af nuværende registreringspraksis, således det bliver lettere og mere intuitivt for den sundhedsprofessionelle med dokumentation af disse.

Regionalt er vi blevet bekendt med, at aktiviteten ernæringsplan i NordEPJ ikke er tilknyttet følgende procedurekoder, hvorfor data ikke høstes til AKDB.

ZZ2009C Udarbejdelse af ernæringsplan

ZZ2009D Vurdering: Ingen indikation for udarbejdelse af ernæringsplan

Der står følgende beskrevet i årsrapporten, at det anbefales, at patienter så hurtigt som muligt genoptager oral ernæring. Det vigtige er, at patienterne har et sufficient indtag.

Men i datadefinitionen fra marts 2024 er det besluttet, at udelukkende ZZ2009-underkoderne C og D i indikatoren fordi de angiver, der er taget stilling til ernæringsplan.

I årsrapporten står der, at Styregruppen er enige om, det er indtaget ernæring hos patienten, der er målet.

Ift. indikator 7 er beskrivelsen tydelig nok, da den bliver tvetydig ift. hvad styregruppen ønsker data på. Er det at patienten så hurtigt som muligt genoptager oral ernæring eller at der bliver udarbejdet en ernæringsplan hvilket er beskrevet i datadefinitionen. Definitionen bør passe med det data, som ønskes leveret ift. indikator 7. Der ønskes også en snarlig status på arbejdet med at benytte koden Ernæring genoptaget, som blev sendt til styregruppen i 2023.

I relation til Indikator 9: Andel af patienter der dør indenfor 30 dage, er der supplerende opgørelse på Charleson score. Her har man på begge hospitalet auditeret på patienterne. Der findes at Charlescon scorer ikke passer, der er således ingen af patienter i score 0 populationen der burde være score 0, idet de alle har høj alder, men idet det er uklart hvor baggrundsvariabler til udregning er hentet fra er det ikke muligt helt at anvende data. Er det muligt

ift. indikator 10, så har Regionshospitalet Nordjylland gennemgået deres forløb og fundet at mange af de patienter som inkluderes dør af deres grundlidelse og ikke af postoperative komplikationer pga. et AHA forløb. Flere af disse patienter har ofte ældre og har flere comorbide diagnoser.

Der er ligeledes en supplerende opgørelse på opererede vs ikke opererede. Det er uklart datagrundlag – for Danmark er opgivet et antal på 3668 opererede, men hvis nævner populationen i 4x og 4Y lægges sammen så er det blot 2452 patienter der har forløb med angivet tidspunkt for ankomst til sygehus og tid for første operation. Vi er nysgerrige på hvor de resterende 1216 patienter er hentet fra, og i særdeleshed vores lokale data i opgørelsen.

Vi håber således på at der fremadrettet kommer en større gennemsuelighed i data, som kan gøre det muligt at anvende årsrapportens data til at styre efter i kvalitetsudviklings indsatser. Vi arbejder naturligvis videre med både databasens resultater men også egne opgørelser.

Regionshospitalet Nordjylland (RHN) i Hjørring har følgende spørgsmål til hhv. indikator 1 og 3 ifm. deres grundige gennemgang af årsrapporten samt efterfølgende audit

Vedr. indikator 1: Andelen af patienter, der kommer i antibiotisk behandling indenfor tre timer efter ankomst til sygehus. Er det muligt om styregruppen kunne overveje, om denne indikator er relevant for både hhv. 4X og 4Y

patienter? RHN tænker umiddelbart, at denne indikator er mest relevant for 4X patienter. Det kan også være, at det har været drøftet på styregruppen tidligere ?

Er der et eksklusionskriterie ift. denne indikator? Umiddelbart inkluderes patienter ift. indikatoren på trods af indlæggelse i flere dage inden de bliver til en AHA patient, hvorfor det så bliver svært at opfylde kriteriet med antibiotika indenfor tre timer efter ankomst til sygehus.

Vedr. indikator 3:

RHN har behov for en afklaring. Hvis patienten køres på OP og præoptimeres af en anæstesiolog inden selve operationen. Må anæstesiologen så ikke anvende procedurekoden NAAZ42 eller må den kun anvendes, hvis patienten præoptimeres enten på IMA eller ITA-afsnit?

