

Årsrapport 2026

Dansk Traumeregister

Periode: 1. maj 2025 - 30 april 2026

Dato for offentliggørelse 30.10.2026

Kolofon

Dansk Traumeregister

© Sundhedsvæsnets Kvalitetsinstitut 2026

Udarbejdet af:

Rapportens analyser er udarbejdet af Sundhedsvæsnets Kvalitetsinstitut (SundK). Rapporten er auditeret og kommenteret af styregruppen

Formand for databasen:

Morten Schultz Larsen

SundK kontaktperson:

Annette Odby

Udgiver:

Sundhedsvæsnets Kvalitetsinstitut

Hedeager 3

8200 Aarhus N

www.sundk.dk

Versionsdato: 2026.07.06

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Konklusioner og anbefalinger

Den nationale overensstemmelse mellem LPR og de lokale traumeregistre var 91,7 %, mens dækningsgraden generelt var høj. Det er styregruppens opfattelse at den flotte overensstemmelse og dækningsgrad skyldes at anvendelsen af procedurekoden BWST1F nu er solidt indarbejdet og bruges systematisk på de alle sygehus som modtager svært tilskadekomne patienter.

Variationerne i de øvrige indikatorer skyldes især uoplyste AIS-koder og manglende oplysninger fra traumeforløb. Lokale registreringsrutiner, organisering og adgang til præhospitale oplysninger har fortsat stor betydning for datakvaliteten.

Rapporten omfatter otte primære indikatorer, hvoraf nogle er opdelt i undergrupper. Med undtagelse af AIS-registrering (Abbreviated Injury Score) er data udtrukket fra Landspatientregisteret (LPR) for patienter, der er modtaget af et traumehold og registreret med procedurekoden BWST1F. Resultaternes kvalitet afhænger derfor af korrekt registrering af disse patienter. Datagrundlaget og de anvendte valideringer er kort beskrevet på side 73.

Antallet af registrerede traumepatienter er steget til cirka 7.500. Forskelle i andelen af forløb over 24 timer vurderes primært at afspejle regionale visitationskriterier og tærskler for traumekald frem for kvalitetsforskelle. Indikatoren og udviklingsmålet fastholdes. For andelen af svært tilskadekomne patienter lå centrene inden for udviklingsmålet på 15–40 %, men manglende AIS-data skaber usikkerhed og skal følges lokalt.

Indikatoren for intubation og bevidsthed viste betydelig variation, som især kan hænge sammen med ufuldstændig registrering af GCS og intubation samt forskelle i lokale arbejdsgange. Centrene skal gennemgå uoplyste forløb og sikre dataflowet fra klinisk registrering til LPR. CT-indikatorerne viste overordnet høj målopfyldelse. Da hospitalerne muligvis registrerer forskellige CT-tidspunkter, gennemfører hvert traumecenter en stikprøvekontrol af 20 patientforløb, som sammenholdes med datagrundlaget. Indikatoren for CT af hovedtraumer inden for én time fastholdes, indtil alle hospitaler indberetter AIS-data.

Akutsygehusene færdigbehandler langt størstedelen af traumepatienterne og løfter dermed en væsentlig del af den samlede traumeopgave. Overflytningsindikatorerne er vanskeligere at fortolke, fordi resultaterne påvirkes af præhospital visitation, hospitalsstruktur, registreringspraksis og få patientforløb. Andelen af overflyttere fastholdes som systemindikator uden udviklingsmål.

For hovedtraumer gennemgår traumecentrene patientforløbene før udviklingsmødet, hvor indikatoren kan fastholdes, omdefineres eller udgå. Tidsindikatoren for overflytninger fastholdes ligeledes uden udviklingsmål; en afgrænsning til overflytninger inden for 24 timer skal drøftes, og rapportens tabeloverskrifter skal præcisere

opgørelsesperspektivet.

Styregruppen har i det forløbne år indført en ensrettet registrering af alvorlighed med AIS/ISS (Injury Severity Score), som er en internationalt anerkendt registrering af alvorlighed, både af den enkelte læsion og af den samlede påvirkning af multiple læsioner på den enkelte patient. Implementeringen er sket ved hjælp af en autoriseret uddannelse, som alle der registrerer skaderne på de fire højt specialiserede traumecentre har deltaget i.

Alvorlighed baseres på AIS og indberettes direkte til Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) fra hvert enkelt traumecenter, og er således ikke hentet fra LPR. Disse data er helt nødvendige for at bedømme behandlingskvaliteten på Traumecentrene, men kommer ikke af sig selv. Sidste år var der problemer med kompletthed fra flere Traumecentre, men det er med stor tilfredshed at Styregruppen kan konstatere at der er rettet op på dette. Styregruppen arbejder fortsat på at skabe forudsætning for at der også kan indberettes data for alvorlighed fra Akuthospitalerne

Den justerede overlevelsesanalyse kan nu vises tilbage til 2021/2022 og gør det muligt både at sammenligne behandlingskvaliteten på de danske traumecentre aktuelt og at følge udviklingen over tid. Beregningen er baseret på antallet af dødsfald efter svær tilskadekomst, og resultaterne kan derfor variere fra år til år på det enkelte traumecenter. Intet dansk traumecenter har dog på noget tidspunkt haft en behandlingskvalitet, der lå signifikant under standarden fra Trauma Audit & Research Network (TARN), jf. side 60–61. Behandlingskvaliteten er således ensartet og god på alle fire traumecentre.

Det skal bemærkes, at når der står "Danmark" i tabellerne, så menes der, for visse indikatorer, de fire højt specialiserede Traumecentre i København, Odense, Aarhus og Aalborg, mens der for andre menes alle sygehuse med akutmodtagelse.

God læsning.

Oversigt over alle indikatorer

Tabel 1.1 - Oversigt over de samlede indikatorresultater

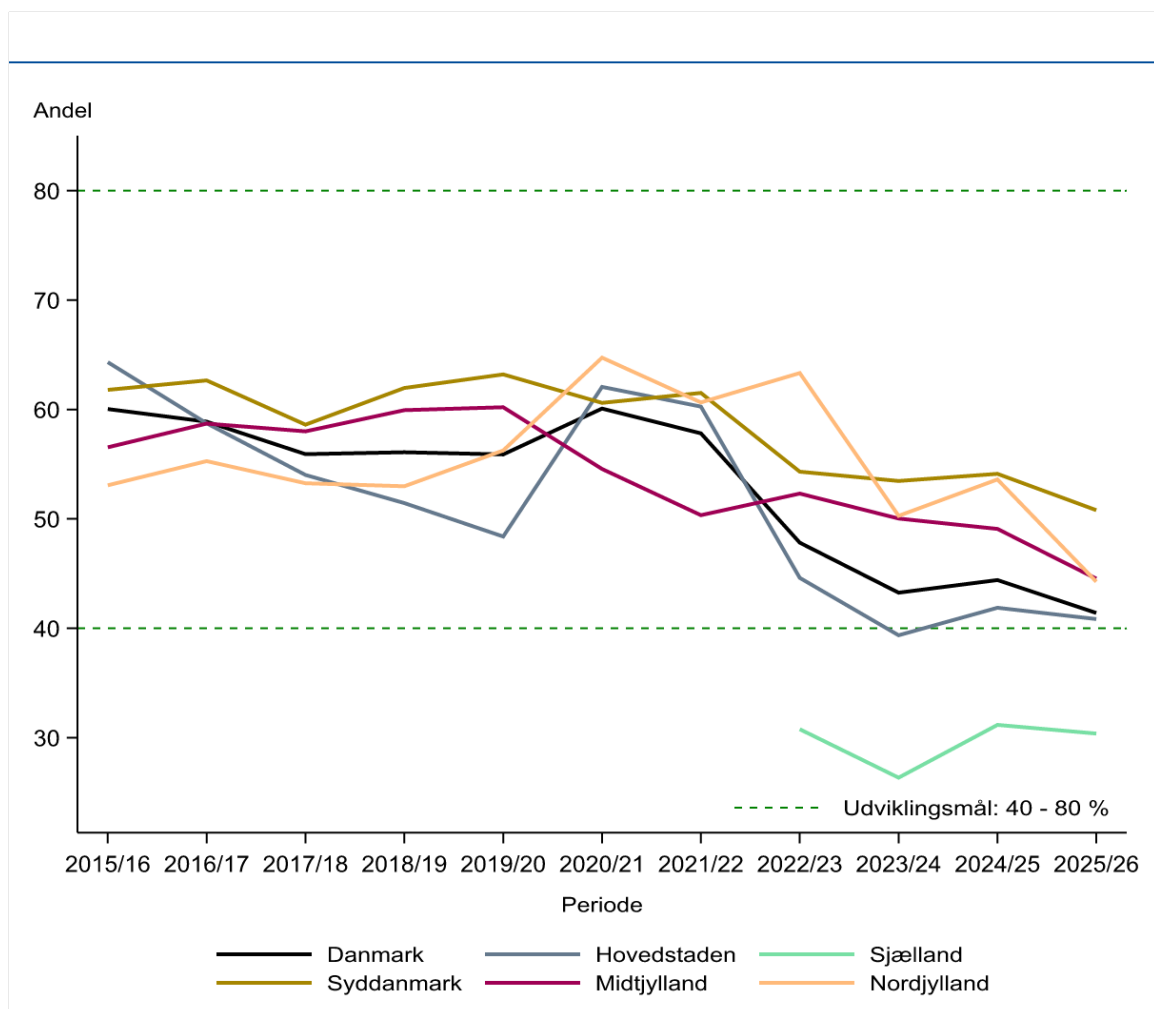
Indikator	Udviklingsmål	Uoplyst	Indikatoropfyldelse		
		%	Andel (95% CI)	Andel	Andel
			01.05.2025 - 30.04.2026	2024/25	2023/24
Indikator 1: Andel traumepatienter med > 24 timer fra traumemodtagelseskode til udskrivelse/afslutning af samlede hospitalsforløb.	40 - 80		41,4 (40,3-42,5)	44,4	43,3
Indikator 2: Andel af traumepatienter med ISS > 15	15 - 40	9	25,2 (23,4-27,0)	26,7	28,1
Indikator 3: Andel af patienter modtaget med traumekald med GCS<9 ved ankomst, som intuberes indenfor 1 time efter ankomst (patienter intuberet før ankomst ekskluderet)	≥ 80	33	47,9 (39,4-56,4)	56,0	46,3
Indikator 4a: Andel af patienter modtaget med traumekald, som får foretaget CT skanning indenfor 1 time, for patienter der skannes indenfor 6 timer	> 90		93,7 (93,1-94,3)	93,3	91,9
Indikator 5a: Andel som færdigbehandles på hospital med fælles akutmodtagelse med hovedfunktionsniveau			95,6 (95,0-96,2)	95,4	95,8
Indikator 5b: Andel som overflyttes fra akut kontakt på andet sygehus			4,1 (3,7-4,6)	4,2	3,9
Indikator 5c: Andel, som har hovedtraume og som overflyttes fra akutsygehus til højt specialiseret traumecenter indenfor 3 timer (180 min)	> 80		64,3 (51,9-75,4)	52,5	62,2
Indikator 6: Andel af multitraumer, som dør indenfor 30 dage efter ankomst. (Ikke justeret for forskelle i patientsammensætning)			3,9 (3,5-4,4)	4,6	5,4

Tabel 1.2 - Oversigt over supplerende indikatorresultater

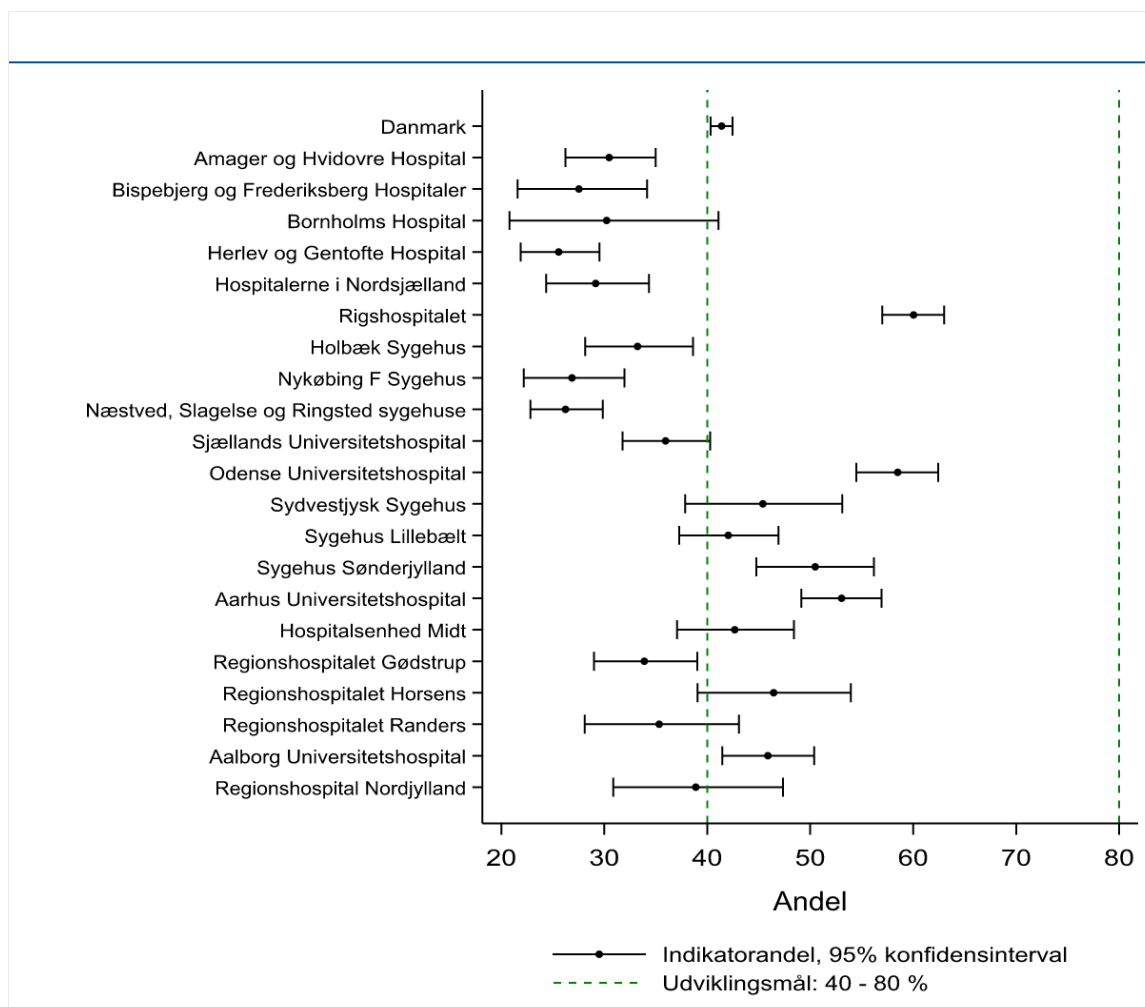
Indikator	Udviklingsmål	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse		
			Andel (95% CI)	Andel	Andel
			01.05.2025 - 30.04.2026	2024/25	2023/24
Indikator 4b: Andel af traumemodtagelser med AIS > 2 for hovedregion som får foretaget CT skanning af hoved indenfor 1 time			97,3 (95,2-98,7)	96,5	95,1
Indikator 4c: Andel af patienter med hovedtraume diagnose som CT-skannes indenfor 1 time			94,8 (92,8-96,4)	96,1	94,1
Indikator 5d: Tid fra første traumemodtagelse til anden traumemodtagelse under samme samlede kontakt			66,0 (60,7-71,0)	60,9	66,2

Indikatorresultater

Indikator 1: Forløb > 24 timer

Figur 2.1 - Trendgraf for indikator 1: Forløb > 24 timer

Trendgraf for forløb > 24 timer på regionalt niveau

Figur 2.2 - Forest plot for indikator 1: Forløb > 24 timer

Forest plot for forløb > 24 timer på afdelingsniveau

Tabel 2.3 - Indikatortabel for indikator 1: Forløb > 24 timer

	Udviklingsmål 40 - 80% opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år 01.05.2025 - 30.04.2026		Tidligere år	
			Andel	95% CI	2024/25	2023/24
					Andel	Andel
Danmark	Ja	3.428 / 8.281	41,4	(40,3-42,5)	44,4	43,3
Hovedstaden	Ja	1.081 / 2.647	40,8	(39,0-42,7)	41,9	39,4
Sjælland	Nej	547 / 1.801	30,4	(28,3-32,6)	31,2	26,3
Syddanmark	Ja	770 / 1.516	50,8	(48,2-53,3)	54,1	53,5
Midtjylland	Ja	745 / 1.673	44,5	(42,1-47,0)	49,1	50,0
Nordjylland	Ja	285 / 644	44,3	(40,4-48,2)	53,6	50,3
Hovedstaden	Ja	1.081 / 2.647	40,8	(39,0-42,7)	41,9	39,4
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	135 / 443	30,5	(26,2-35,0)	30,0	24,8
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	Nej	57 / 207	27,5	(21,6-34,2)	22,7	29,9
Bornholms Hospital	Nej	26 / 86	30,2	(20,8-41,1)	38,8	27,0
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	134 / 524	25,6	(21,9-29,5)	26,1	26,0
Hospitalet i Nordsjælland	Nej	98 / 336	29,2	(24,4-34,3)	34,1	30,6
Rigshospitalet	Ja	631 / 1.051	60,0	(57,0-63,0)	64,9	64,3
Sjælland	Nej	547 / 1.801	30,4	(28,3-32,6)	31,2	26,3
Holbæk Sygehus	Nej	109 / 328	33,2	(28,2-38,6)	32,9	23,1
Nykøbing F Sygehus	Nej	90 / 335	26,9	(22,2-32,0)	24,5	9,9
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Nej	165 / 629	26,2	(22,8-29,9)	30,6	24,5
Sjællands Universitetshospital	Nej	183 / 509	36,0	(31,8-40,3)	34,0	30,9
Syddanmark	Ja	770 / 1.516	50,8	(48,2-53,3)	54,1	53,5
Odense Universitetshospital	Ja	358 / 612	58,5	(54,5-62,4)	59,5	60,9
Sydvestjysk Sygehus	Ja	79 / 174	45,4	(37,9-53,1)	45,2	40,7
Sygehus Lillebælt	Ja	177 / 421	42,0	(37,3-46,9)	49,6	46,6
Sygehus Sønderjylland	Ja	156 / 309	50,5	(44,8-56,2)	55,3	51,2
Midtjylland	Ja	745 / 1.673	44,5	(42,1-47,0)	49,1	50,0
Aarhus Universitetshospital	Ja	348 / 656	53,0	(49,1-56,9)	56,8	56,0
Hospitalsenhed Midt	Ja	131 / 307	42,7	(37,1-48,4)	45,6	39,9

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år	
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	122 / 360	33,9	(29,0-39,0)	39,9	35,1
Regionshospitalet Horsens	Ja	85 / 183	46,4	(39,1-54,0)	50,1	57,3
Regionshospitalet Randers	Nej	59 / 167	35,3	(28,1-43,1)	39,6	39,6
Nordjylland	Ja	285 / 644	44,3	(40,4-48,2)	53,6	50,3
Aalborg Universitetshospital	Ja	229 / 499	45,9	(41,5-50,4)	53,3	52,5
Aalborg Universitetshospital, Thisted	Nej	###	0,0	(0,0-97,5)		
Regionshospital Nordjylland	Nej	56 / 144	38,9	(30,9-47,4)	55,4	37,2

Indikatortabel for forløb > 24 timer på afdelingsniveau

Datagrundlag

Indikatoren beskriver andelen af traumeforløb, der varer længere end 24 timer. Patienter som overflyttes og traumemodtages igen på andet højt specialiseret center tæller med på begge centre. Tidspunktet for traumemodtagelse udgør starten på kontakten, og overflytninger mellem afdelinger og hospitaler medregnes i det samlede forløb.

Resultater af indikatoranalysen

I den aktuelle opgørelsesperiode fra maj 2025 til april 2026, var der 8.281 traumemodtagelser. Heraf havde 41,4 % i indeværende periode et samlet hospitalsforløb over 24 timer.

Andelen varierede fra 30,4 % i Region Sjælland til 50,8 % i Region Syddanmark. Region Sjælland opnår som eneste region ikke udviklingsmålet på 40-80 %.

På hospitalsniveau opfyldte ni ud af 22 indberettende enheder udviklingsmålet i perioden. De afdelinger, der ikke opfyldte udviklingsmålet, lå alle under intervallets nederste grænse på 40 %.

Det aktuelle estimat for akutsygehusene er vist sammen med tilhørende konfidensintervaller i figuren forest plottet [Figur 2.2](#)

Udviklingen i de enkelte regioner er relativt stabil over tid, om end generelt faldende over de seneste perioder, hvilket er illustreret i trendgrafen [Figur 2.1](#)

Diskussion og implikationer af årets resultater

Indikator 1 peger på, at den præhospitale visitation i stigende grad differentierer patienterne efter forventet skadesalvorlighed. Der ses en tydelig forskel mellem traumecentrene og de øvrige akuthospitaler, hvor traumecentrene modtager en større andel patienter med længerevarende og dermed potentielt mere alvorlige traumeforløb.

Udviklingen kan således ses som et udtryk for, at patienterne i højere grad visiteres til det rette behandlingsniveau: De mest alvorligt tilskadekomne koncentrerer på traumecentrene, mens patienter med mindre alvorlige skader i højere grad håndteres på de lokale akuthospitaler. Det understøtter intentionen om et differentieret nationalt traumesystem, hvor ressourcer og specialiserede kompetencer anvendes målrettet.

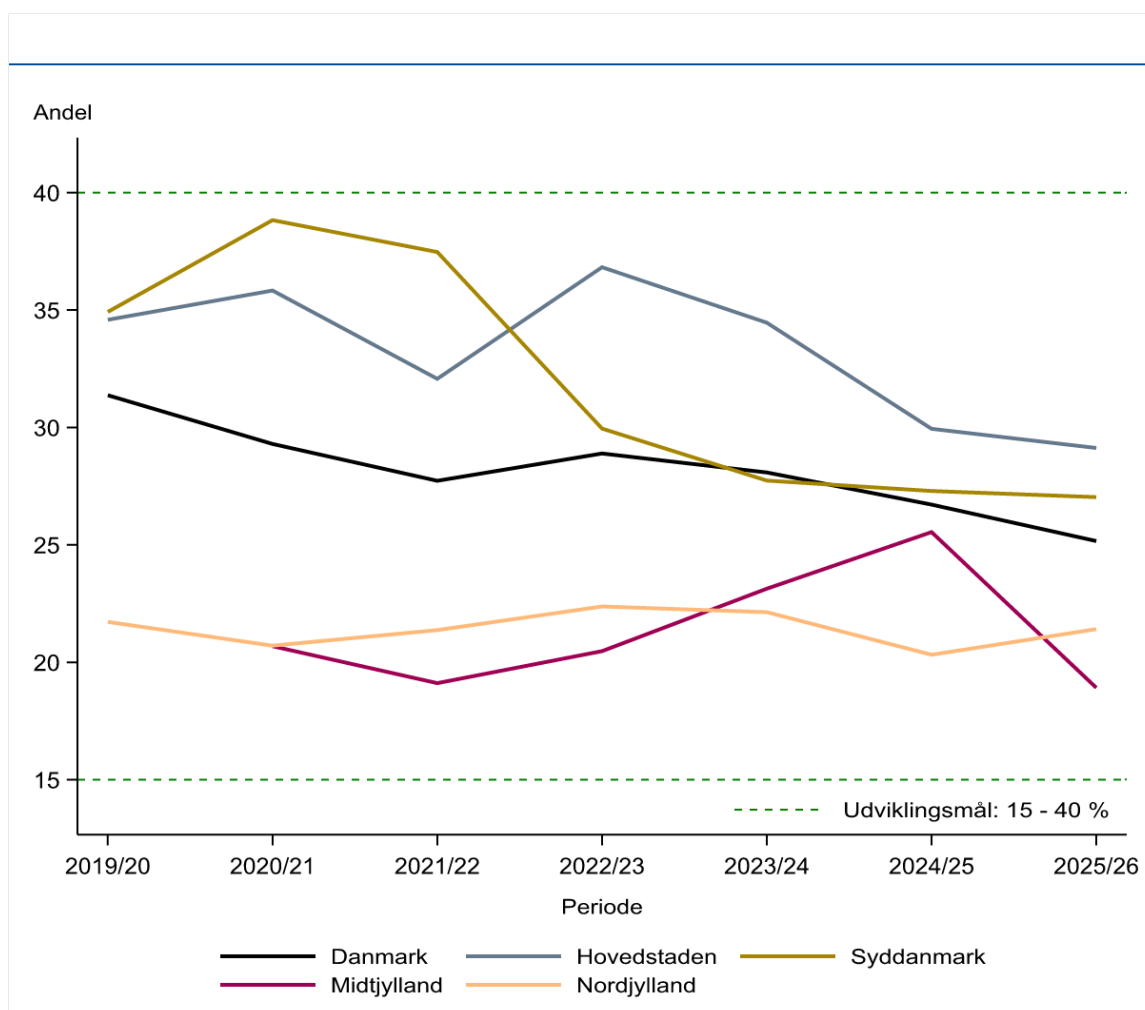
Indlæggelsesvarighed er ikke et direkte mål for skadesalvorlighed, men indtil ISS-data foreligger fra alle akuthospitaler, giver indikator 1 et relevant billede af visitationsmønsteret i det samlede danske traumesystem.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren bibeholdes idet den fortsat er relevant, da ISS-kodning for akuthospitaler ikke er implementeret. Udviklingsmålet bibeholdes på 40-80 %.

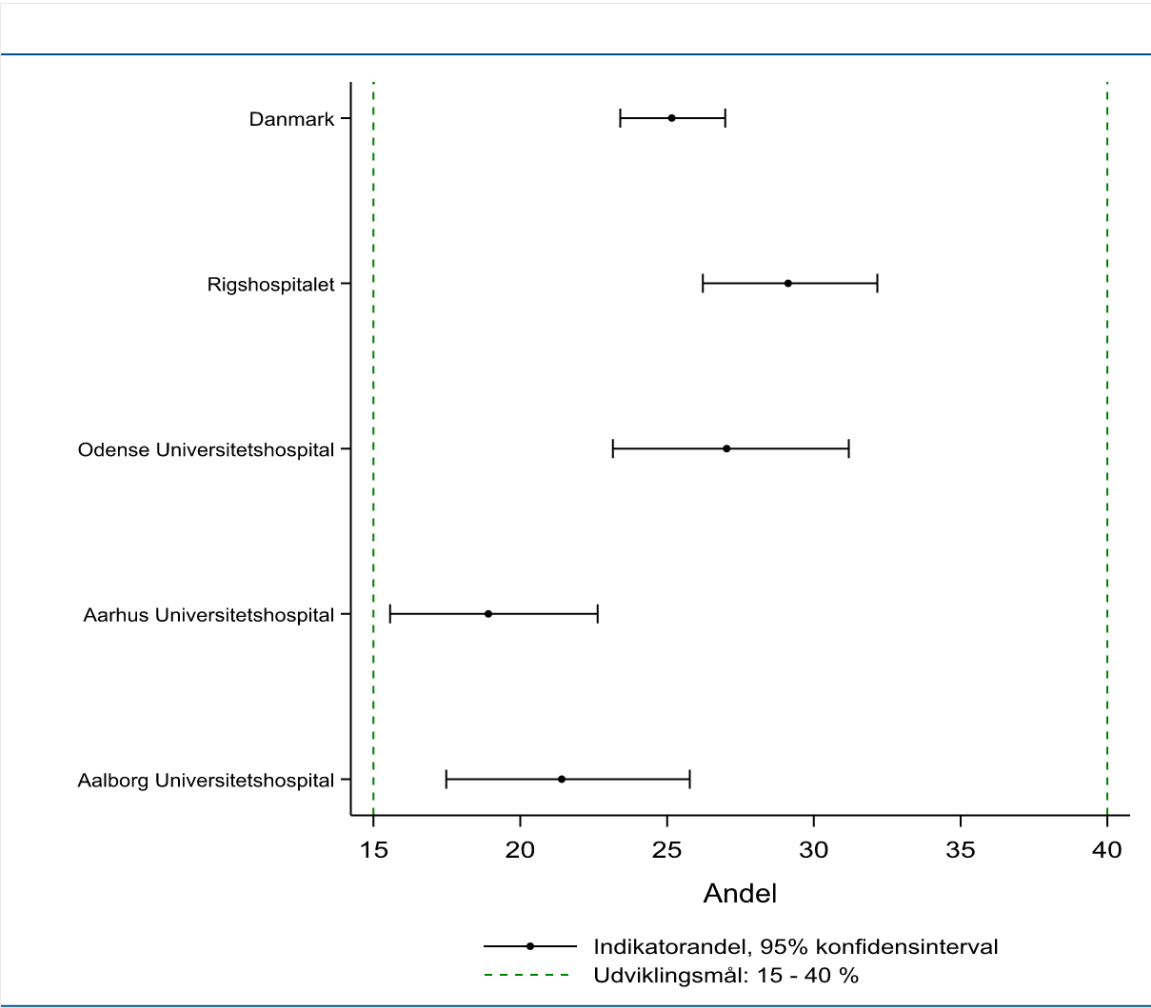
Indikator 2: Svære traumepatienter (Traumecentre)

Figur 3.1 - Trendgraf for indikator 2: Svære traumepatienter (Traumecentre)



Trendgraf for svære traumepatienter (Traumecentre) på regionalt niveau (traumecentre)

Figur 3.2 - Forest plot for indikator 2: Svære traumepatienter (Traumecentre)



Forest plot for svære traumepatienter (Traumecentre) på afdelingsniveau (traumecentre)

Tabel 3.3 - Indikatortabel for indikator 2: Svære traumepatienter (Traumecentre)

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	15 - 40%	Tæller/nævner		01.05.2025 - 30.04.2026		2024/25	2023/24
	opnået			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Ja	582 / 2.313	237 (9)	25,2	(23,4-27,0)	26,7	28,1
Hovedstaden	Ja	270 / 927	17 (2)	29,1	(26,2-32,2)	29,9	34,5
Syddanmark	Ja	133 / 492	119 (19)	27,0	(23,2-31,2)	27,3	27,7
Midtjylland	Ja	94 / 497	73 (13)	18,9	(15,6-22,6)	25,5	23,1
Nordjylland	Ja	85 / 397	28 (7)	21,4	(17,5-25,8)	20,3	22,1
Hovedstaden	Ja	270 / 927	17 (2)	29,1	(26,2-32,2)	29,9	34,5
Rigshospitalet	Ja	270 / 927	17 (2)	29,1	(26,2-32,2)	29,9	34,5
Syddanmark	Ja	133 / 492	119 (19)	27,0	(23,2-31,2)	27,3	27,7

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
Odense Universitetshospital	Ja	133 / 492	119 (19)	27,0	(23,2-31,2)	27,3	27,7
Midtjylland	Ja	94 / 497	73 (13)	18,9	(15,6-22,6)	25,5	23,1
Aarhus Universitetshospital	Ja	94 / 497	73 (13)	18,9	(15,6-22,6)	25,5	23,1
Nordjylland	Ja	85 / 397	28 (7)	21,4	(17,5-25,8)	20,3	22,1
Aalborg Universitetshospital	Ja	85 / 397	28 (7)	21,4	(17,5-25,8)	20,3	22,1

Indikatortabel for svære traumepatienter (Traumecentre) på afdelingsniveau (traumecentre)

Tabel 3.4 - Eksklusioner og uplyste for indikator 2: Svære traumepatienter (Traumecentre)

	Årsag	Danmark	Hovedstaden	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Eksklusion:	Ais-eksklusionskode (uskadet undtaget)	45	35	.	.	10
	Traumekald ej på traume center	5463	1596	904	1017	145
	Ais-eksklusionskode uskadet	223	72	1	86	64
Uoplyst:	Ais-koder ej modtaget for patienten	237	17	119	73	28

Eksklusioner og uoplyste for svære traumepatienter (Traumecentre) på regionalt niveau (traumecentre)

Datagrundlag

Indikatoren måler andelen af traumemodtagelser, hvor ISS > 15.

Indførelsen af LPR3 i løbet af 2019 har medført muligheden for resultatindberetning, der i sin struktur tillader registrering af koder svarende til AIS-scoren. Der arbejdes således på at få udarbejdet resultatindberetning for AIS-koderne. Resultatindberetningen er dog ikke færdigbehandlet ved udgivelsestidspunktet for denne årsrapport.

Som midlertidig mulighed, for at kunne anvende AIS i analyserne, har de fire højt specialiserede traumecentre og SundK aftalt, at centrene leverer data kvartalsvist på en sikker server, således at SundK kan anvende dem i analyserne. I årsrapport 2021 indberettede de fire højt specialiserede traumecentre selv ISS-scoren. Fra 2022 og frem beregnes den samlet af SundK, hvorfor der kan være forskelle mellem perioderne 2021 og 2022.

ISS beregnes som følger:

Den højeste AIS-score fra de tre mest alvorligt skadede kropsregioner udvælges. De tre alvorlighedsgrader fra AIS-scorerne kvadreres, og lægges derefter sammen efter formlen $ISS = A^2 + B^2 + C^2$, hvor A, B og C er AIS-alvorlighedsgraderne.

ISS går principielt fra 1 til 75. Hvis blot én af AIS-alvorlighedsgraderne er 6, bliver ISS automatisk 75, idet 6 betragtes som umuligt at overleve.

Denne kvadrering er alene gyldig for de typer af læsioner, hvor AIS principperne kan appliceres. For at sikre korrekt og ensartet konklusion skal visse årsagsmekanismer ikke indgå i de sammenligninger, der foretages mht. sandsynlighed for overlevelse. Det gælder f.eks. drukningstilfælde. Derfor har styregruppen besluttet, at patienter, for hvem der er kodet (910000.9, 920000.9, 930000.9, 940000.9, 950000.9, 960000.9, 970000.9, 980000.9, 990000.9), skal udelades af beregningerne. En liste over, hvilke tilstande koderne dækker over, er præsenteret i afsnittet: "Døde uden registrerbare skader på kroppen". Dette gælder også enkeltstående andre værdier, hvor kropsregion er utilstrækkelig defineret (første ciffer = 0).

Datafejl: Da der kan opstå kode og eller registreringsfejl er det besluttet, at hvis blot en enkelt af AIS-koderne for en patient er ugyldig, betragtes det som en datafejl. F.eks. hvor alvorlighedsgraden er udenfor intervallet 1-6 (7. ciffer = 8)). I disse tilfælde kan en korrekt ISS ikke beregnes, hvorfor patienten indgår i indikatoren som uoplyst.

Resultater af indikatoranalysen

Der indgik 2.313 patienter i beregningen i den aktuelle periode. Heraf havde 582 en ISS > 15, svarende til en andel på 25,2 %.

Regionen med lavest andel patienter med ISS > 15 var Region Midtjylland med 18,9 %. Højest lå Region Hovedstaden med 29,1 %. Alle regioner lå inden for udviklingsmålet på 15–40 %.

Bemærk, at særligt Region Syddanmark og Region Midtjylland havde relativt mange observationer med manglende information (henholdsvis 19 og 13 %), hvilket kan have betydning for fortolkningen af resultaterne. Resultaterne skal derfor ses i lyset af, at der mangler information for en række patienter.

Det aktuelle estimat for de fire højt specialiserede traumecentre er vist sammen med tilhørende konfidensintervaller i forest plottet [Figur 3.2](#).

Udviklingen i de enkelte regioner er relativt stabil over tid, hvilket også er illustreret i trendgrafene [Figur 3.1](#).

Diskussion og implikationer af årets resultater

Indikatoren udtrykker andelen af patienter, som er alvorligt tilskadekomne efter en internationalt accepteret definition. Indikatoren kan bruges til at vurdere overtriage og til at identificere en population, som kan anvendes til en mere præcis og objektiv sammenligning imellem traumecentre.

AIS kodning og beregning af ISS er fuldt etableret på alle 4 højt specialiserede traumecentre, og ensartet kodning sikres ved at alle der foretager kodning er autoriseret på et nationalt kursus, samt afholdelse nationale samlinger for AIS kodeholdene.

De observerede forskelle mellem de enkelte traumecentre er ikke udtryk for en forskel i kvalitet, men mere en forskel i organisation og traumekaldskriterier. Forskellene skal ses i sammenhæng med præhospital visitation, hospitalsstruktur og kriterier for små og store traumekald.

Det er op til det enkelte traumecenter at vurdere om der er behov for justering af Traumekaldskriterier eller ej.

Som følge af den præhospital visitation og hospitalsstruktur i Region Nordjylland, modtager traumecentret i Aalborg over 80 % af regionens traumer og følgelig meget få overflyttede traumepatienter. Dette medfører naturligt en højere andel af lettere tilskadekomne.

Odense har et stort antal uoplyste på 19%. Ved gennemgang af største delen af de 119 uoplyste i Odense findes at disse primært udgøres af patienter som på baggrund af AIS koderne skulle have været ekskluderet. Dvs Kode 9XXXXX.9 . Dette underbygges af tabel 3.4 hvor der kun findes 1 pt i Odense med Ais-eksklusionskode uskadt (910000.9). En gennemgang af indberetningen vil afdække dette.

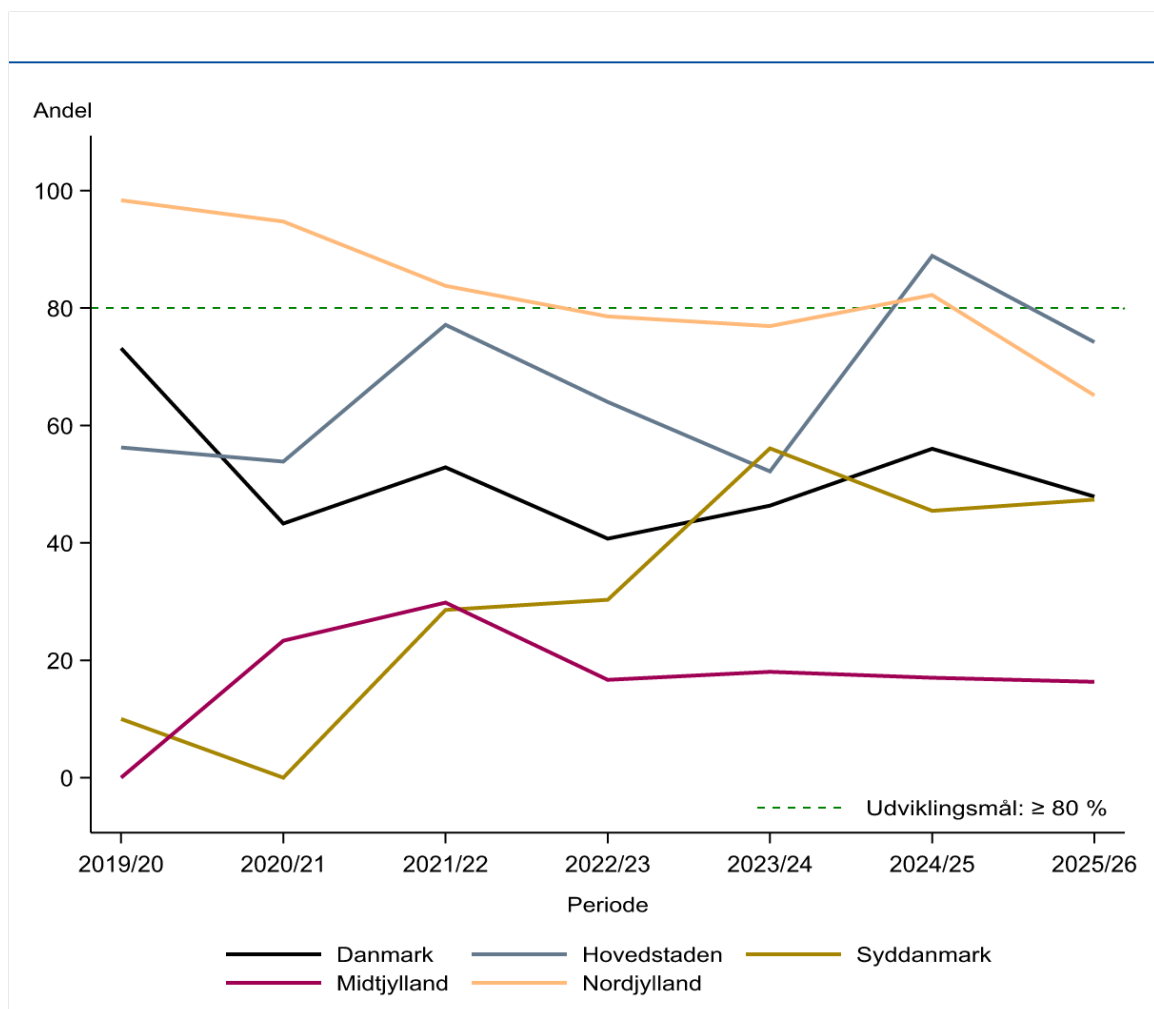
Århus har relativt mange observationer med manglende information, således er der 13% uoplyste. Dette kan have betydning for andelen af svært tilskadekomne.

Indikatoren kan ikke beregnes med LPR data alene, hvorfor akutsygehusene ikke indgår i opgørelsen.

Vurdering af indikatoren

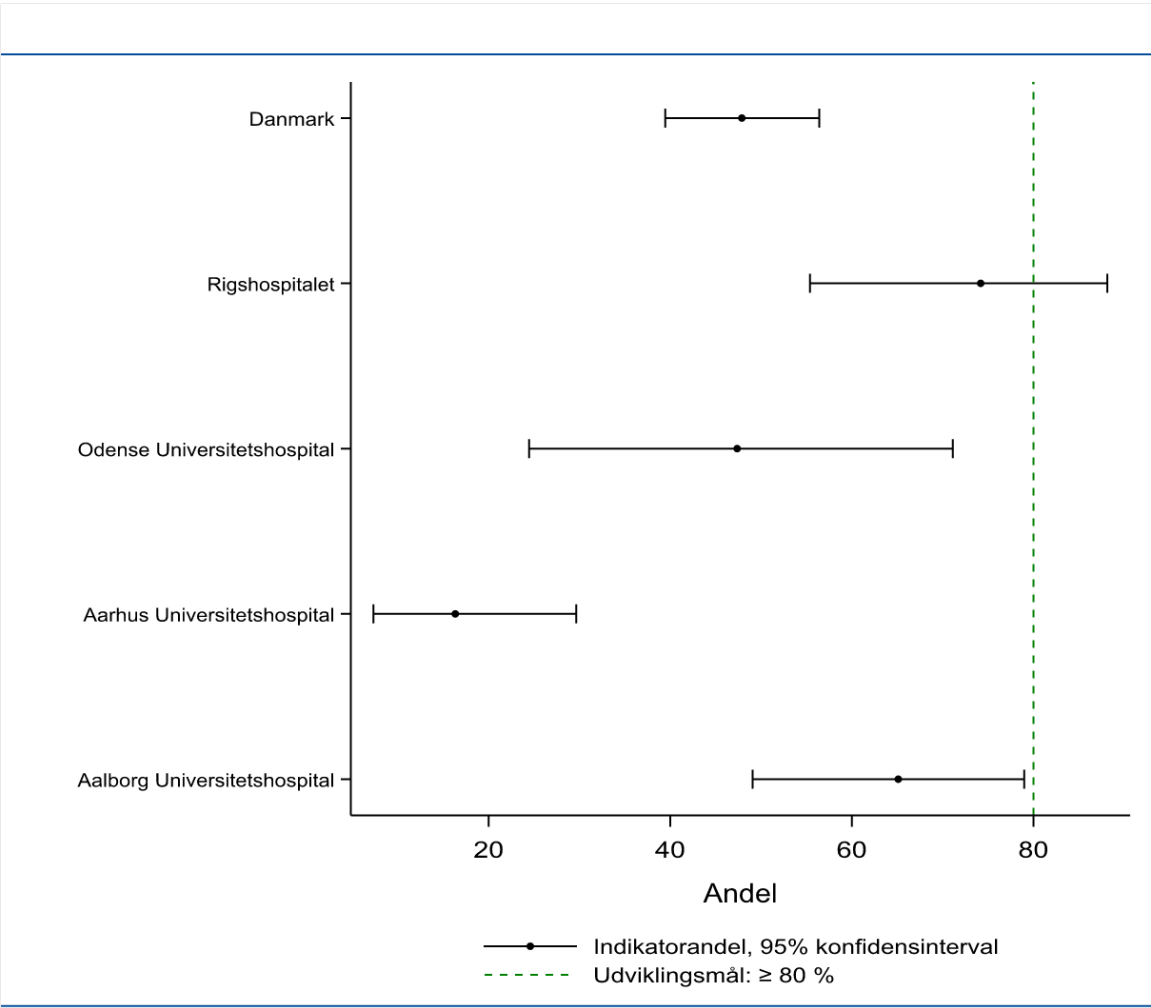
Indikatoren og udviklingsmålet på 15-40 % bibeholdes.

Indikator 3: Intubation – bevidsthed (Traumecentre)

Figur 4.1 - Trendgraf for indikator 3: Intubation – bevidsthed (Traumecentre)

Trendgraf for intubation – bevidsthed (Traumecentre)

Figur 4.2 - Forest plot for indikator 3: Intubation – bevidsthed (Traumecentre)



Forest plot for intubation – bevidsthed på afdelingsniveau (traumecentre)

Tabel 4.3 - Indikatortabel for indikator 3: Intubation – bevidsthed (Traumecentre)

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 80% opnået	Tæller/ nævner		01.05.2025 - 30.04.2026		2024/25	2023/24
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	68 / 142	71 (33)	47,9	(39,4-56,4)	56,0	46,3
Hovedstaden	Nej	23 / 31	17 (35)	74,2	(55,4-88,1)	88,9	52,2
Syddanmark	Nej	9 / 19	22 (54)	47,4	(24,4-71,1)	45,5	56,1
Midtjylland	Nej	8 / 49	30 (38)	16,3	(7,3-29,7)	17,0	18,0
Nordjylland	Nej	28 / 43	2 (4)	65,1	(49,1-79,0)	82,2	76,9
Hovedstaden	Nej	23 / 31	17 (35)	74,2	(55,4-88,1)	88,9	52,2
Rigshospitalet	Nej	23 / 31	17 (35)	74,2	(55,4-88,1)	88,9	52,2
Syddanmark	Nej	9 / 19	22 (54)	47,4	(24,4-71,1)	45,5	56,1

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
Odense Universitetshospital	Nej	9 / 19	22 (54)	47,4	(24,4-71,1)	45,5	56,1
Midtjylland	Nej	8 / 49	30 (38)	16,3	(7,3-29,7)	17,0	18,0
Aarhus Universitetshospital	Nej	8 / 49	30 (38)	16,3	(7,3-29,7)	17,0	18,0
Nordjylland	Nej	28 / 43	2 (4)	65,1	(49,1-79,0)	82,2	76,9
Aalborg Universitetshospital	Nej	28 / 43	2 (4)	65,1	(49,1-79,0)	82,2	76,9

Indikatortabel for intubation – bevidsthed på afdelingsniveau (traumecentre)

Tabel 4.4 - Eksklusioner og uplyste for indikator 3: Intubation – bevidsthed (Traumecentre)

	Årsag	Danmark	Hovedstaden	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Eksklusion:	GCS >= 9 (enten GCSScore eller trgcs fra hhv LPR/lokalt system)	2337	854	501	528	454
	Intuberet ved ankomst (trgcs =88). Fra lokalt system	268	149	70	49	.
	Traumekald ej på traume center	5463	1596	904	1017	145
Uoplyst:	Mangler GCS (hverken trgcs eller GCSScore fra hhv lokalt system/lpr)	71	17	22	30	2

Eksklusioner og uoplyste for intubation – bevidsthed på regionalt niveau (traumecentre)

Datagrundlag

Indikatoren beskriver andelen af traumemodtagelser, hvor GCS < 9 ved ankomsten, og som intuberes indenfor 1 time efter ankomst til sygehuset.

Resultater af indikatoranalysen

Nationalt havde 142 patienter i opgørelsesperioden en GCS < 9. Heraf blev 68 intuberet inden for en time, svarende til en andel på 47,9 %. Udviklingsmålet på ≥ 80 % var således ikke opfyldt.

Andelen varierede mellem regionerne fra 16,3 % i Region Midtjylland til 74,2 % i Region Hovedstaden. Bemærk, at 33 % af de relevante patientforløb manglede information til beregning af indikatoren. I alle tilfælde var der tale om manglende information om GCS.

Det er værd at bemærke, at det udelukkende er de højt specialiserede enheder, der udfylder information om GCS. Det er muligt for alle sygehuse at registrere og indberette til LPR.

Det aktuelle estimat er vist sammen med tilhørende konfidensintervaller i forest plottet [Figur 4.2](#).

Udviklingen i de enkelte regioner er vist over tid i trendgrafnen [Figur 4.1](#).

Diskussion og implikationer af årets resultater

Indikatoren er med i rapporten for fjerde gang. Ingen af Traumecentrene opfylder udviklingsmålet, hvilket er dårligere end sidste år hvor to Traumecentre faktisk opnåede udviklingsmålet. Styregruppen konstaterer, at data fortsat er behæftet med usikkerhed, primært på grund af mangelfuld rapportering af procedurer, men også mange patienter med uoplyst Glasgow Coma Score (bevidsthedsniveau) i forbindelse med behandling i traumemodtagelsen afspejlet i et stort antal uoplyste data.

Styregruppen opfordrer på ny alle Traumecentrene til at gennemgå uoplyste forløb og sikre dataflowet fra klinisk registrering til LPR.

Indikatoren kan ikke beregnes med LPR data alene, hvorfor akutsygehusene ikke indgår i opgørelsen.

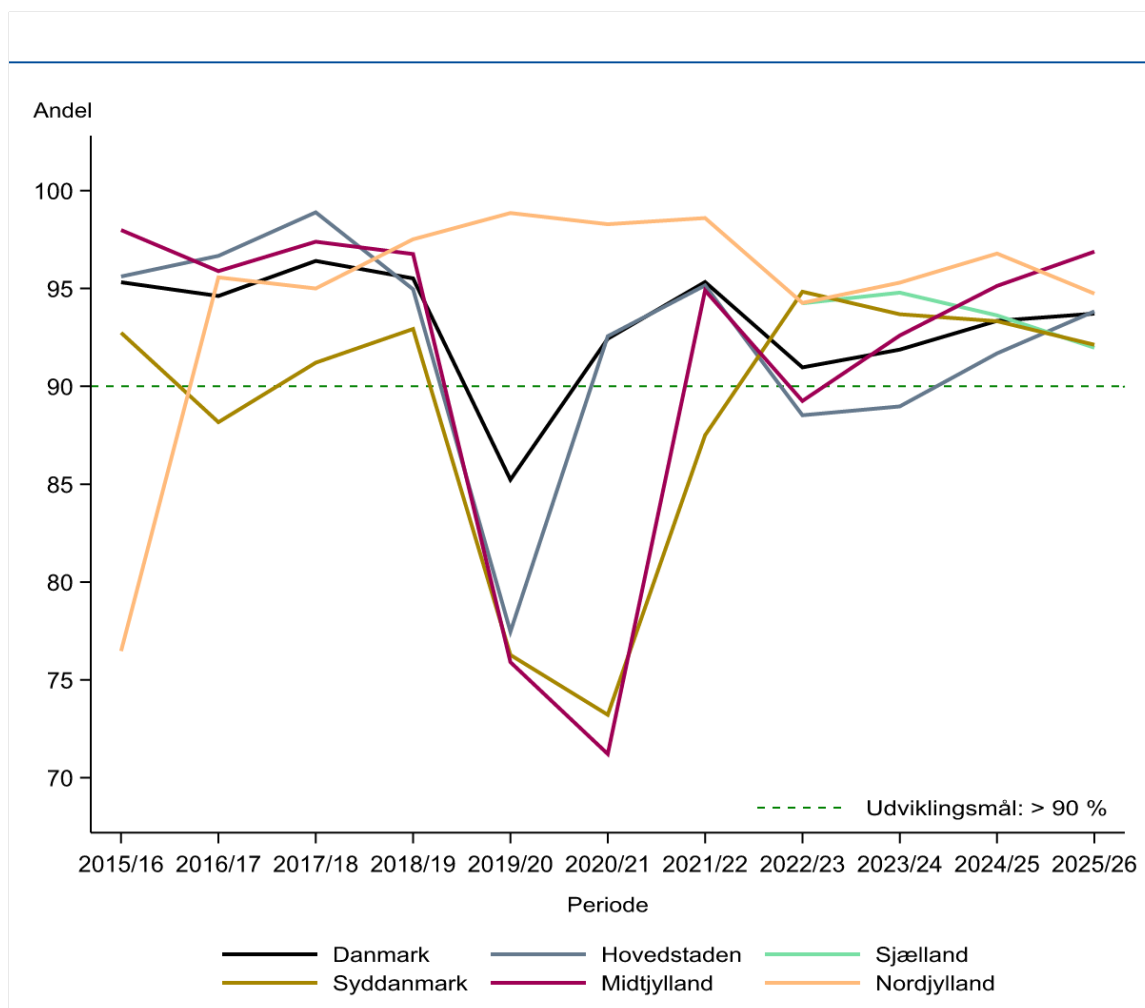
Vurdering af indikatoren

Det skal bemærkes, at langt de fleste af patienter med GCS<9 er ekskluderet, fordi de allerede er blevet intuberet præhospitalt, altså før ankomst. Styregruppen mener, at indikatoren er et godt mål for kvalitet i det samlede traumesystem.

Indikator og udviklingsmålet på ≥ 80 % fastholdes.

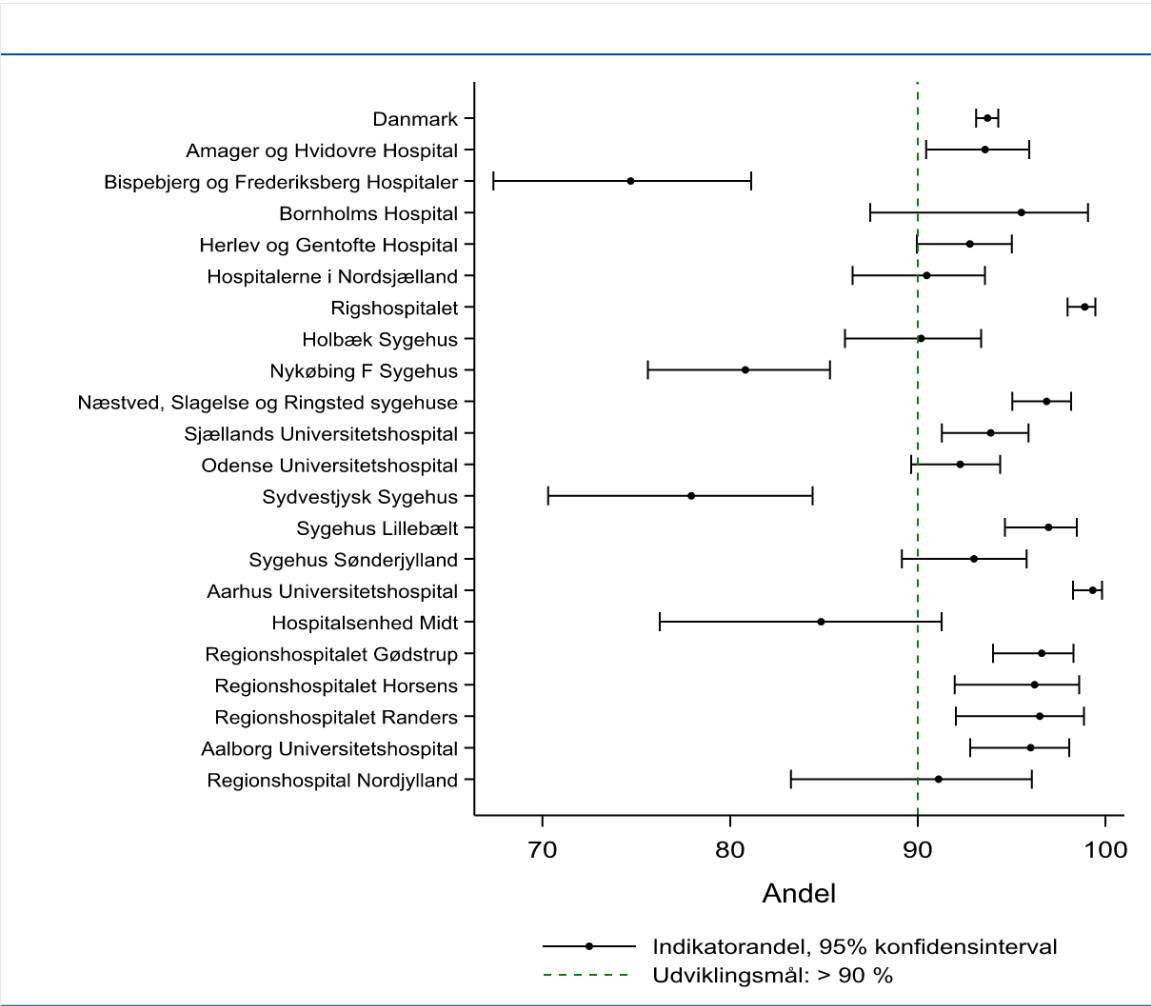
Indikator 4a: Tid til CT-skanning af traumer

Figur 5.1 - Trendgraf for indikator 4a: Tid til CT-skanning af traumer



Trendgraf for tid til CT-skanning af traumer på regionalt niveau

Figur 5.2 - Forest plot for indikator 4a: Tid til CT-skanning af traumer



Forest plot for tid til CT-skanning af traumer på afdelingsniveau

Tabel 5.3 - Indikatortabel for indikator 4a: Tid til CT-skanning af traumer

	Udviklingsmål > 90% opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år 01.05.2025 - 30.04.2026		Tidligere år	
			Andel	95% CI	2024/25	2023/24
					Andel	Andel
Danmark	Ja	6.307 / 6.730	93,7	(93,1-94,3)	93,3	91,9
Hovedstaden	Ja	2.084 / 2.221	93,8	(92,7-94,8)	91,7	89,0
Sjælland	Ja	1.432 / 1.557	92,0	(90,5-93,3)	93,6	94,8
Syddanmark	Ja	1.193 / 1.295	92,1	(90,5-93,5)	93,3	93,7
Midtjylland	Ja	1.274 / 1.315	96,9	(95,8-97,8)	95,1	92,6
Nordjylland	Ja	324 / 342	94,7	(91,8-96,9)	96,8	95,3
Hovedstaden	Ja	2.084 / 2.221	93,8	(92,7-94,8)	91,7	89,0
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	321 / 343	93,6	(90,4-95,9)	86,2	79,7
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	Nej	124 / 166	74,7	(67,4-81,1)	71,9	78,0
Bornholms Hospital	Ja	64 / 67	95,5	(87,5-99,1)	97,3	95,7
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	411 / 443	92,8	(90,0-95,0)	91,5	92,9
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	266 / 294	90,5	(86,5-93,6)	91,0	88,6
Rigshospitalet	Ja	898 / 908	98,9	(98,0-99,5)	99,4	95,4
Sjælland	Ja	1.432 / 1.557	92,0	(90,5-93,3)	93,6	94,8
Holbæk Sygehus	Ja	257 / 285	90,2	(86,1-93,4)	97,1	93,3
Nykøbing F Sygehus	Nej	219 / 271	80,8	(75,6-85,3)	86,3	92,6
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Ja	526 / 543	96,9	(95,0-98,2)	96,3	95,4
Sjællands Universitetshospital	Ja	430 / 458	93,9	(91,3-95,9)	92,5	94,6
Syddanmark	Ja	1.193 / 1.295	92,1	(90,5-93,5)	93,3	93,7
Odense Universitetshospital	Ja	489 / 530	92,3	(89,7-94,4)	92,0	92,8
Sydvestjysk Sygehus	Nej	113 / 145	77,9	(70,3-84,4)	82,0	81,9
Sygehus Lillebælt	Ja	352 / 363	97,0	(94,6-98,5)	98,8	96,3
Sygehus Sønderjylland	Ja	239 / 257	93,0	(89,2-95,8)	95,2	96,6
Midtjylland	Ja	1.274 / 1.315	96,9	(95,8-97,8)	95,1	92,6
Aarhus Universitetshospital	Ja	586 / 590	99,3	(98,3-99,8)	98,5	98,6
Hospitalsenhed Midt	Nej	84 / 99	84,8	(76,2-91,3)	84,4	71,2

Udviklingsmål			Aktuelle år		Tidligere år	
Regionshospitalet Gødstrup	Ja	313 / 324	96,6	(94,0-98,3)	96,5	96,8
Regionshospitalet Horsens	Ja	153 / 159	96,2	(92,0-98,6)	90,4	84,9
Regionshospitalet Randers	Ja	138 / 143	96,5	(92,0-98,9)	84,0	40,0
Nordjylland	Ja	324 / 342	94,7	(91,8-96,9)	96,8	95,3
Aalborg Universitetshospital	Ja	241 / 251	96,0	(92,8-98,1)	97,3	96,0
Aalborg Universitetshospital, Thisted	Ja	###	100,0	(2,5-100,0)		
Regionshospital Nordjylland	Ja	82 / 90	91,1	(83,2-96,1)	94,6	90,7

Indikatortabel for tid til CT-skanning af traumer

Tabel 5.4 - Eksklusioner og uplyste for indikator 4a: Tid til CT-skanning af traumer

	Årsag	Danmark	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Eksklusion:	Der er ikke fortaget CT-scanning.	1407	386	234	203	326	258
	CT-scanningen er ikke fortaget inden for 6 timer fra traumemodtagelsen	144	40	10	18	32	44

Eksklusioner og uoplyste for tid til CT-skanning af traumer på regionalt niveau

Datagrundlag

Indikatoren beskriver andelen der CT-skannes ≤ 1 time1 efter traumemodtagelse blandt patienter med CT-skanning ≤ 6 timer efter traumemodtagelse.

Resultater af indikatoranalysen

På landsplan indgik 6.730 patienter i indikatoren. Af årets patienter blev 93,7 % af skanningerne inden for 6 timer udført inden for 1 time efter traumemodtagelse, varierende fra 92,0 % i Region Sjælland til 96,9 % i Region Midtjylland. Alle regioner opfyldte udviklingsmålet på > 90 %.

I alt 18 ud af 22 indberettende enheder opfyldte udviklingsmålet i perioden.

Punktestimatet for akutsygehusene og konfidensintervallet er præsenteret i forest plottet [Figur 5.2](#).

Udviklingen over tid er illustreret i trendgrafen [Figur 5.1](#).

Diskussion og implikationer af årets resultater

Målopfyldelsen var generelt høj. Udviklingsmålet er opnået på alle Traumecentre og på de fleste Akuthospitaler. CT-skanning er essentiel i udredningen af traumepatienter ift. identifikation af akutte og livstruende -, samt førlighedstruende tilstande. Der er en association mellem tiden til CT-skanning og forbedrede kliniske outcomes primært i retrospektive studier.

For Region Hovedstaden er indikatoren ikke opfyldt for Bispebjerg- Frederiksberg hospital. Dette blev undersøgt efter årsrapport 2024/25, hvor man fandt forklaringen i lokale forhold i akutmodtagelsen. Man fandt at flere patienter er selvhenvendere som konverteres i skadestuen til traumemodtagelse. Derfor forsinkes tiden til CT-skanning.

For Region Sjælland er udviklingsmålet er ikke opnået for Nykøbing F Sygehus.

For Region Syddanmark er indikatoren er ikke opnået for Sydvestjysk Sygehus.

For Region Midtjylland er indikatoren er ikke opnået for Hospitalsenhed Midt.

Generelt findes god målopfyldelse, men med enkelte udfald, som anført ovenfor.

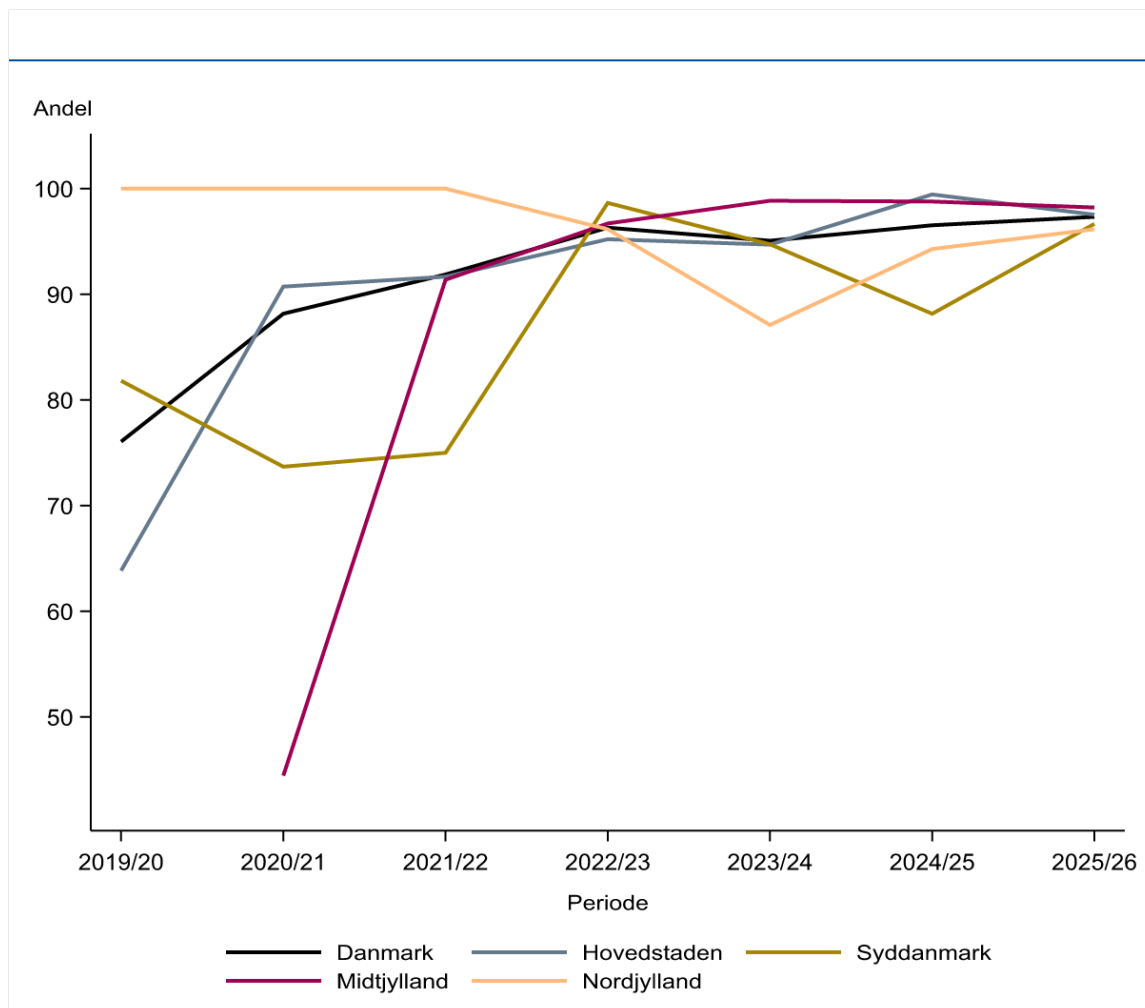
Styregruppen finder det relevant at bevare indikatoren set i lyset af at akutsygehusene nu er inddraget i databasen og vi vil gerne se udviklingen over de kommende år.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren fastholdes. Udviklingsmålet forbliver $\geq 90\%$.

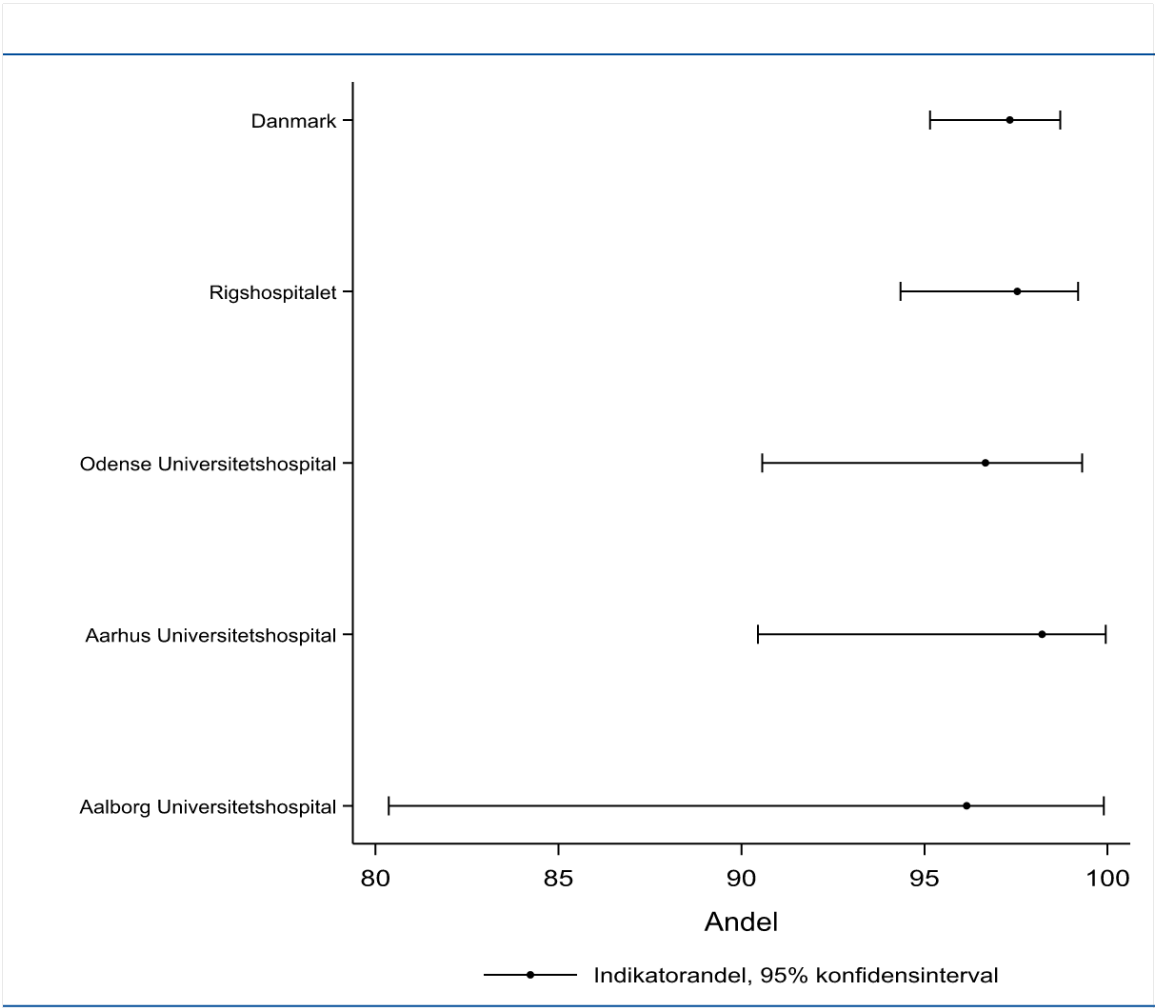
Indikator 4b: Tid til CT-skanning af hoved (ais) (Traumecentre)

Figur 6.1 - Trendgraf for indikator 4b: Tid til CT-skanning af hoved (ais) (Traumecentre)



Trendgraf for tid til CT-skanning af hoved (ais) (Traumecentre)

Figur 6.2 - Forest plot for indikator 4b: Tid til CT-skanning af hoved (ais) (Traumecentre)



Forest plot for tid til CT-skanning af hoved (ais) (Traumecentre)

Tabel 6.3 - Indikatortabel for indikator 4b: Tid til CT-skanning af hoved (ais) (Traumecentre)

Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
		01.05.2025 - 30.04.2026		2024/25	2023/24
		Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	365 / 375	97,3	(95,2-98,7)	96,5	95,1
Hovedstaden	198 / 203	97,5	(94,3-99,2)	99,5	94,7
Syddanmark	87 / 90	96,7	(90,6-99,3)	88,2	94,7
Midtjylland	55 / 56	98,2	(90,4-100,0)	98,8	98,9
Nordjylland	25 / 26	96,2	(80,4-99,9)	94,3	87,1
Hovedstaden	198 / 203	97,5	(94,3-99,2)	99,5	94,7
Rigshospitalet	198 / 203	97,5	(94,3-99,2)	99,5	94,7
Syddanmark	87 / 90	96,7	(90,6-99,3)	88,2	94,7
Odense Univ ersitetshospit al	87 / 90	96,7	(90,6-99,3)	88,2	94,7
Midtjylland	55 / 56	98,2	(90,4-100,0)	98,8	98,9
Aarhus Unive rsitetshospital	55 / 56	98,2	(90,4-100,0)	98,8	98,9

		Aktuelle år		Tidligere år	
Nordjylland	25 / 26	96,2	(80,4-99,9)	94,3	87,1
Aalborg Universitetshospital	25 / 26	96,2	(80,4-99,9)	94,3	87,1

Indikatortabel for tid til CT-skanning af hoved (ais) (Traumecentre)

Tabel 6.4 - Eksklusioner og uplyste for indikator 4b: Tid til CT-skanning af hoved (ais) (Traumecentre)

	Årsag	Danmark	Hovedstaden	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Eksklusion:	CT-scanningen er ikke fortaget inden for 6 timer fra traumemodtagelsen	17	1	1	4	11
	Ingen Ais for hovedregion	1571	549	356	469	197
	Ais for hovedregion mindre end eller lig med 2	216	87	41	49	39
	Ingen CT-hovedscanning	639	211	124	78	226
	Traumekald ej på traume center	5463	1596	904	1017	145

Eksklusioner og uplyste for tid til CT-skanning af hoved (ais) (Traumecentre)

Datagrundlag

Indikatoren beskriver andelen der CT-skannes ≤ 1 time efter traumemodtagelse blandt patienter med hovedtraume, svarende til AIS > 2 for hovedregionen og CT-skanning ≤ 6 timer efter traumemodtagelse.

Resultater af indikatoranalysen

Tidspunkt for CT-skanning var registreret som værende ≤ 1 time for 97,3 % af de 375 traumemodtagelser med CT-skanning ≤ 6 timer efter ankomst og en hovedtraumediagnose under forløbet.

Andelen varierede fra 96,2 % i Region Nordjylland til 98,2 % i Region Midtjylland. Med andre ord er der ingen regional variation.

Udviklingen for regionerne over tid er stabil for de seneste tre perioder. Det bør i fortolkningen tages i betragtning, at patientpopulationerne er ganske små, hvorfor en enkelt patient kan betyde en relativt stor forskel i andel.

Punktestimatet for de fire højt specialiserede traumemodtagelser og konfidensintervallet er præsenteret i forest plottet [Figur 6.2](#).

Udviklingen over tid er illustreret i trendgraf [Figur 6.1](#).

Diskussion og implikationer af årets resultater

Indikatoren viser en meget høj og fortsat stigende andel af patienter med alvorligt hovedtraume, som CT-skannes inden for én time. Den nationale målopfyldelse på 97,3 % og den beskedne variation mellem traumecentrene peger på velfungerende og ensartede arbejdsgange omkring den tidlige diagnostik af alvorligt tilskadekomne patienter.

Det meget høje niveau giver samtidig anledning til at se nærmere på datagrundlaget. Det bør sikres, at det registrerede tidspunkt for CT-skanning afspejler det faktiske tidspunkt, hvor undersøgelsen gennemføres, og ikke eksempelvis tidspunktet for bestilling, oprettelse eller anden administrativ registrering. En validering af tidsregistreringen vil kunne styrke indikatorens validitet og dermed sikkerheden for, at den meget høje målopfyldelse også afspejler den kliniske virkelighed.

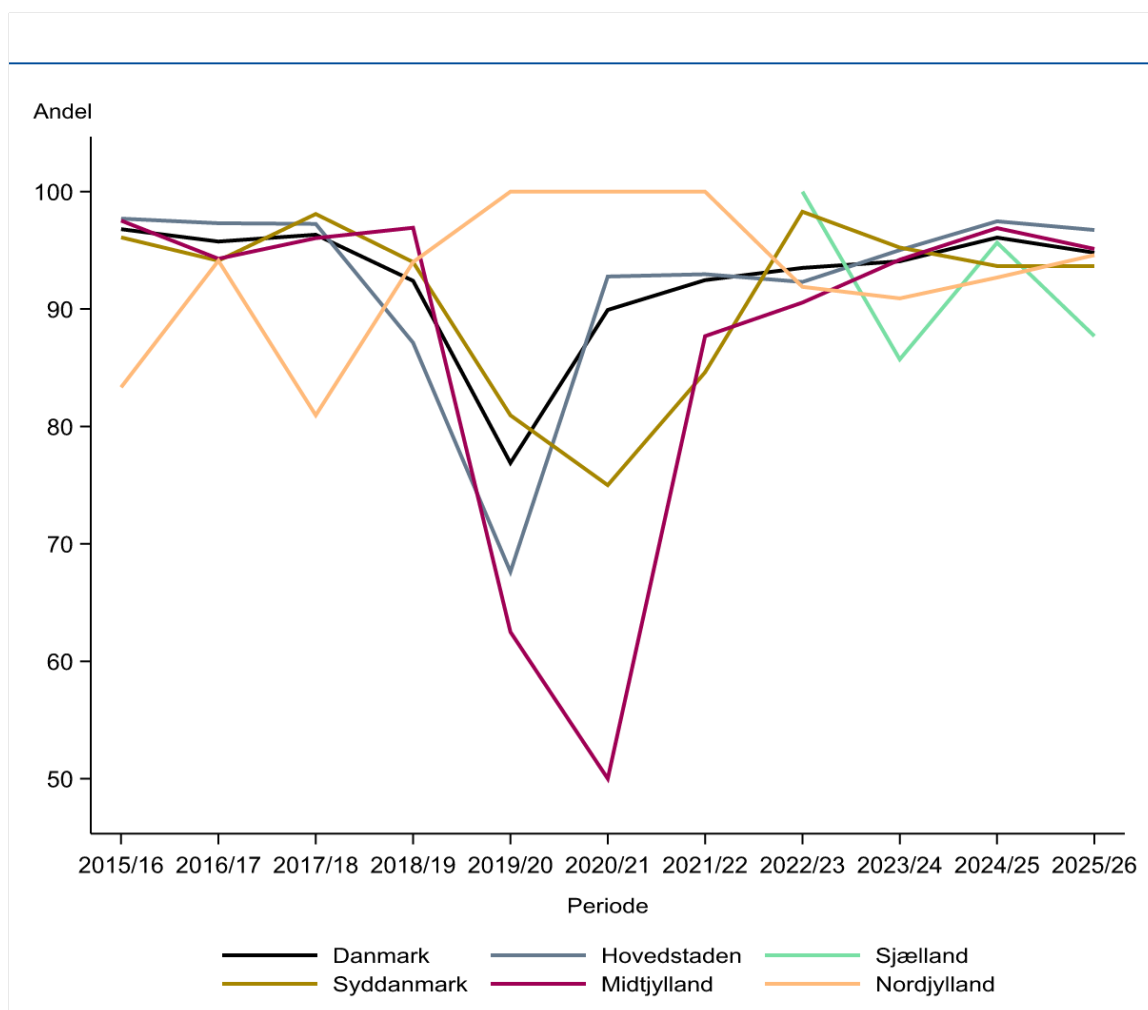
Samlet er resultatet meget positivt og understøtter en hurtig diagnostisk indsats ved alvorligt hovedtraume.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren fastholdes.

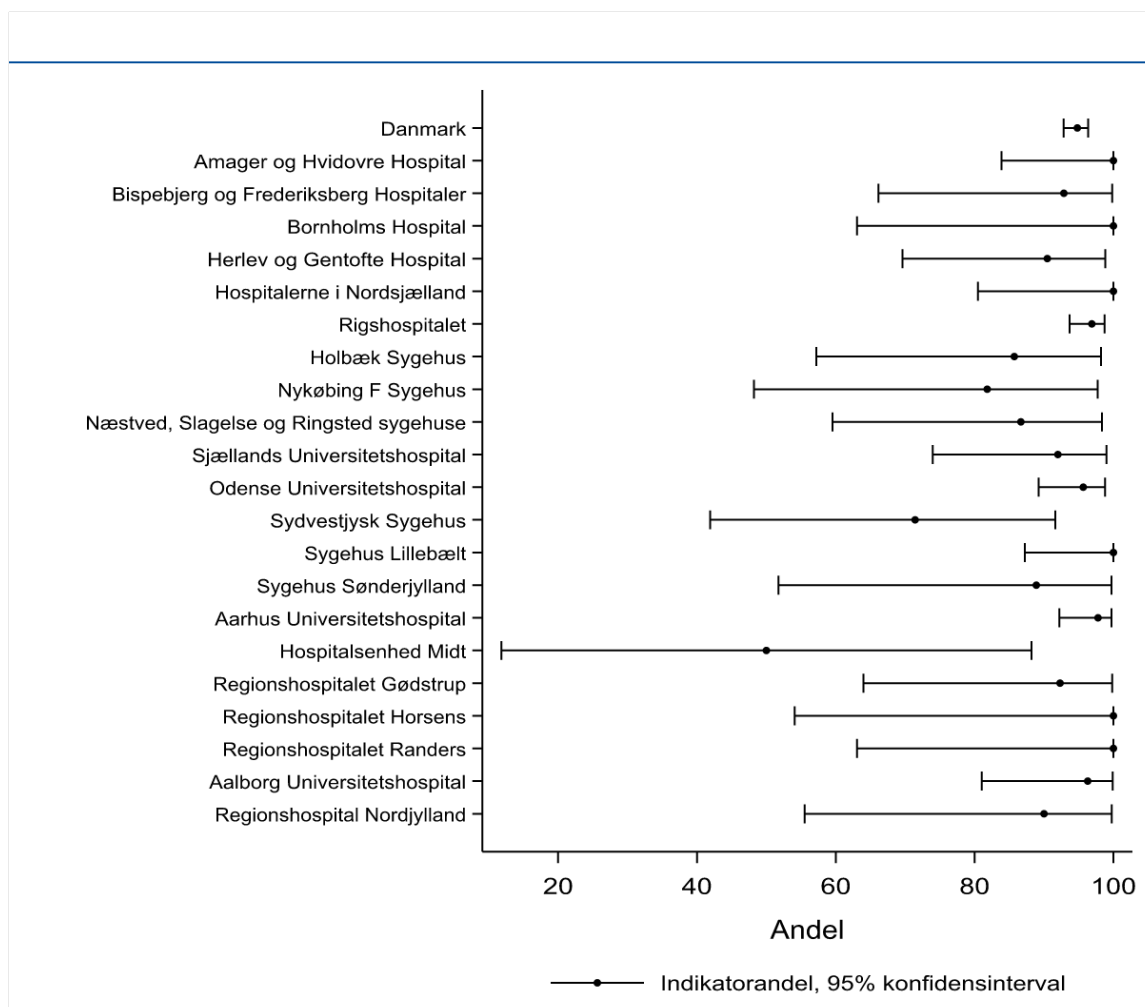
Indikator 4c: Andel af hovedtraumer der CT-skannes indenfor 1 time

Figur 7.1 - Trendgraf for indikator 4c: Andel af hovedtraumer der CT-skannes indenfor 1 time



Trendgraf for andel af hovedtraumer der CT-skannes indenfor 1 time på regionalt niveau

Figur 7.2 - Forest plot for indikator 4c: Andel af hovedtraumer der CT-skannes indenfor 1 time



Forest plot for andel af hovedtraumer der CT-skannes indenfor 1 time på afdelingsniveau

Tabel 7.3 - Indikatortabel for indikator 4c: Andel af hovedtraumer der CT-skannes indenfor 1 time

Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
		01.05.2025 - 30.04.2026		2024/25	2023/24
		Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	638 / 673	94,8	(92,8-96,4)	96,1	94,1
Hovedstaden	296 / 306	96,7	(94,1-98,4)	97,5	95,0
Sjælland	57 / 65	87,7	(77,2-94,5)	95,7	85,7
Syddanmark	133 / 142	93,7	(88,3-97,1)	93,7	95,2
Midtjylland	117 / 123	95,1	(89,7-98,2)	96,9	94,2
Nordjylland	35 / 37	94,6	(81,8-99,3)	92,7	90,9
Hovedstaden	296 / 306	96,7	(94,1-98,4)	97,5	95,0
Amager og Hvidovre Hospital	21 / 21	100,0	(83,9-100,0)	92,9	93,1
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	13 / 14	92,9	(66,1-99,8)	83,3	87,5
Bornholms Hospital	8 / 8	100,0	(63,1-100,0)	100,0	100,0
Herlev og Gentofte Hospital	19 / 21	90,5	(69,6-98,8)	100,0	94,4
Hospitalet i Nordsjælland	17 / 17	100,0	(80,5-100,0)	88,9	100,0
Rigshospitalet	218 / 225	96,9	(93,7-98,7)	99,5	95,8
Sjælland	57 / 65	87,7	(77,2-94,5)	95,7	85,7
Holbæk Sygehus	12 / 14	85,7	(57,2-98,2)	92,3	100,0
Nykøbing F Sygehus	9 / 11	81,8	(48,2-97,7)	92,3	
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	13 / 15	86,7	(59,5-98,3)	94,4	94,4
Sjællands Universitetshospital	23 / 25	92,0	(74,0-99,0)	100,0	75,0
Syddanmark	133 / 142	93,7	(88,3-97,1)	93,7	95,2
Odense Universitetshospital	88 / 92	95,7	(89,2-98,8)	91,4	96,0
Sydvestjysk Sygehus	10 / 14	71,4	(41,9-91,6)	100,0	60,0
Sygehus Lillebælt	27 / 27	100,0	(87,2-100,0)	94,7	100,0
Sygehus Sønderjylland	8 / 9	88,9	(51,8-99,7)	100,0	100,0
Midtjylland	117 / 123	95,1	(89,7-98,2)	96,9	94,2
Aarhus Universitetshospital	88 / 90	97,8	(92,2-99,7)	99,2	97,1
Hospitalsenhed Midt	3 / 6	50,0	(11,8-88,2)	60,0	62,5

		Aktuelle år		Tidligere år	
Regionshospitalet Gødstrup	12 / 13	92,3	(64,0-99,8)	100,0	91,7
Regionshospitalet Horsens	6 / 6	100,0	(54,1-100,0)	71,4	100,0
Regionshospitalet Randers	8 / 8	100,0	(63,1-100,0)	100,0	0,0
Nordjylland	35 / 37	94,6	(81,8-99,3)	92,7	90,9
Aalborg Universitetshospital	26 / 27	96,3	(81,0-99,9)	94,4	90,9
Regionshospital Nordjylland	9 / 10	90,0	(55,5-99,7)	80,0	

Indikatortabel for andel af hovedtraumer der CT-skannes indenfor 1 time

Tabel 7.4 - Eksklusioner og uplyste for indikator 4c: Andel af hovedtraumer der CT-skannes indenfor 1 time

	Årsag	Danmark	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Eksklusion:	CT-scanningen er ikke fortaget inden for 6 timer fra traumemodtagelsen	25	1	.	1	10	13
	Ingen CT-hovedscanning	1816	568	271	282	406	289
	Ingen hovedtraume diagnosekoder angivet i traumeforløbet	5767	1772	1465	1091	1134	305

Eksklusioner og uplyste for andel af hovedtraumer der CT-skannes indenfor 1 time på regionalt niveau

Datagrundlag

Indikatoren beskriver andelen, der CT-skannes ≤ 1 time efter traumemodtagelse blandt patienter med hovedtraume, baseret på LPR, og CT-skanning ≤ 6 timer efter traumemodtagelse. Patienter bliver noteret på det sygehus, hvor skanningen udføres.

Resultater af indikatoranalysen

CT-skanning blev udført inden for 1 time for 94,8 % af de 673 traumemodtagelser med hovedtraume og som blev skannet indenfor 6 timer efter traumemodtagelse i opgørelsesperioden.

Regionalt varierede andelen fra 87,7 % i Region Sjælland til 96,7 % i Region Hovedstaden. Alle regioner havde en høj andel af rettidigt udførte skanninger.

Enkelte afdelinger ligger lavt, og de er samtidig kendetegnet ved at have meget få patienter i gruppen, hvorfor resultaterne bør fortolkes i lyset af, at en enkelt patient vægter tungt i en andel.

Punktestimatet for de indberettende enheder og konfidensintervallet er præsenteret i forest plottet [Figur 7.2](#).

Udviklingen over tid er illustreret i trendgrafen [Figur 7.1](#).

Diskussion og implikationer af årets resultater

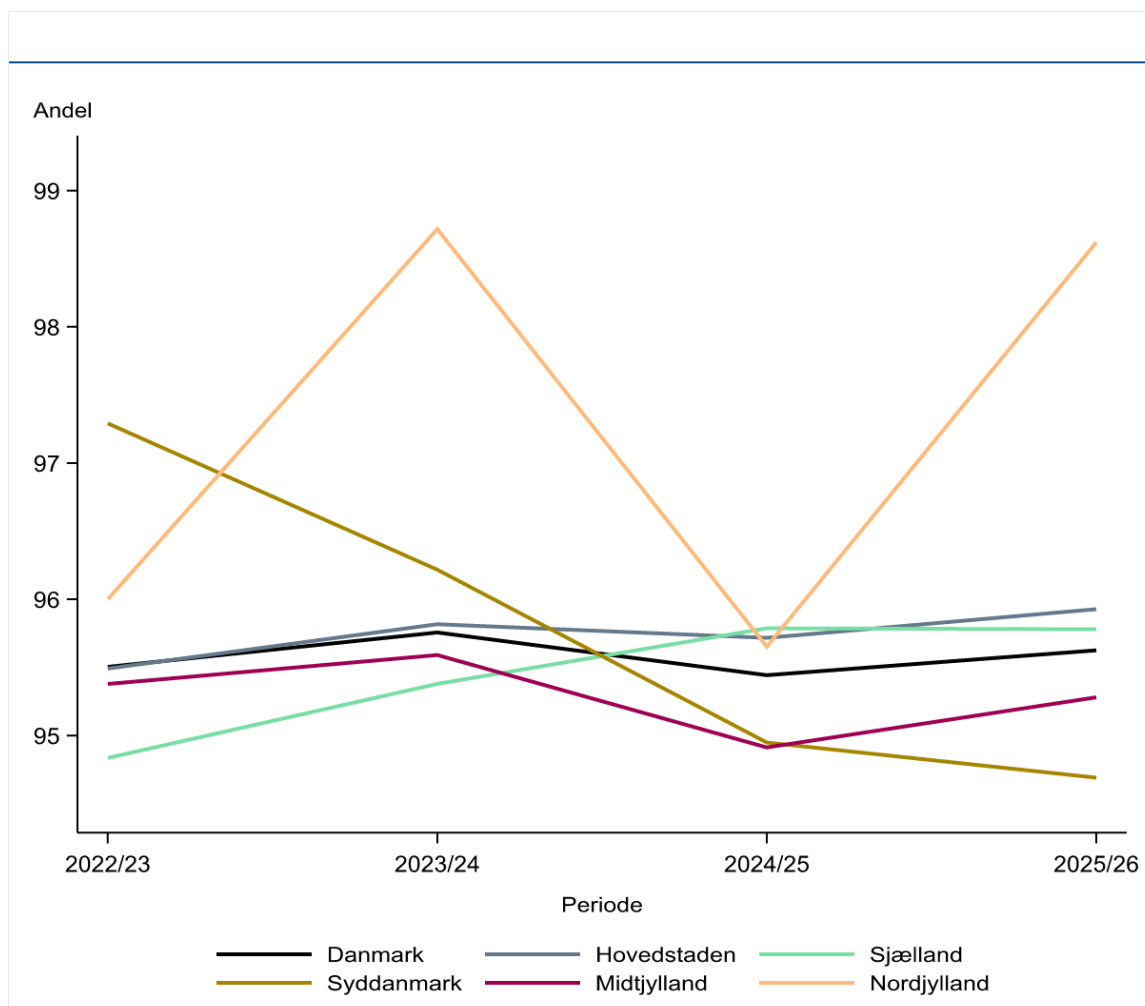
Resultaterne var generelt tilfredsstillende, men viste mindre regionale og lokale variationer. De laveste resultater forekom især på hospitaler med få patienter. Enkelte hospitaler havde desuden lavere resultater på de øvrige CT-indikatorer, hvilket kan pege på lokale forskelle i arbejdsgange, organisering eller registrering. Styregruppen kontakter de sygehuse, der ikke opnår udviklingsmålet.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren er fortsat relevant, fordi den gør det muligt at følge kvaliteten på akutsygehusene. Hospitaler med lave resultater opfordres til at gennemgå patientforløbene og undersøge, om resultaterne skyldes klinisk praksis, få patienter eller registrering. Indikatoren fastholdes, indtil alle hospitaler indberetter AIS-data.

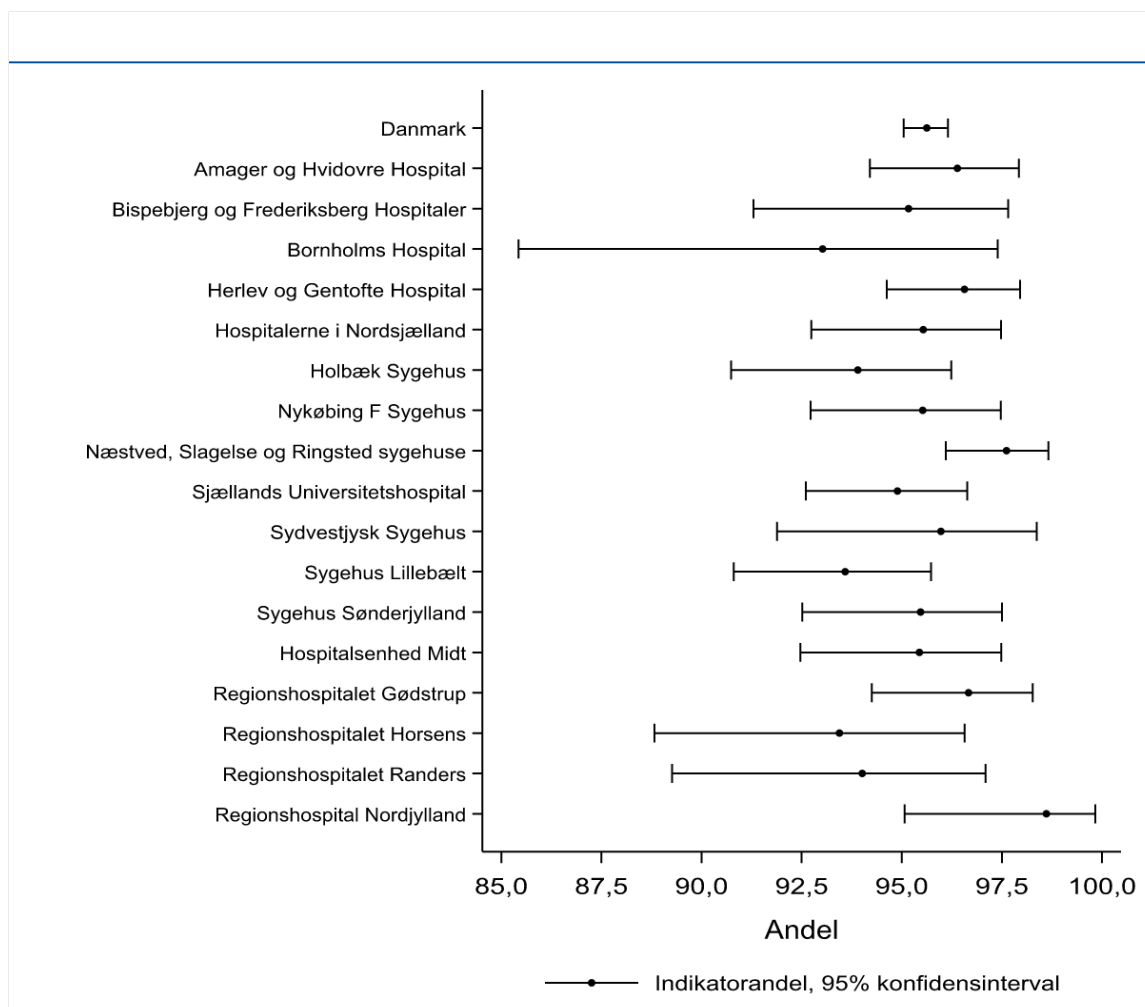
Indikator 5a: Færdigbehandlet akutsygehus

Figur 8.1 - Trendgraf for indikator 5a: Færdigbehandlet akutsygehus



Trendgraf for færdigbehandlet på akutsygehus på regionalt niveau

Figur 8.2 - Forest plot for indikator 5a: Færdigbehandlet akutsygehus



Forest plot for færdigbehandlet på akutsygehus på afdelingsniveau

Tabel 8.3 - Indikatortabel for indikator 5a: Færdigbehandlet akutsygehus

Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
		01.05.2025 - 30.04.2026		2024/25	2023/24
		Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	5.224 / 5.463	95,6	(95,0-96,2)	95,4	95,8
Hovedstaden	1.531 / 1.596	95,9	(94,8-96,8)	95,7	95,8
Sjælland	1.725 / 1.801	95,8	(94,7-96,7)	95,8	95,4
Syddanmark	856 / 904	94,7	(93,0-96,1)	94,9	96,2
Midtjylland	969 / 1.017	95,3	(93,8-96,5)	94,9	95,6
Nordjylland	143 / 145	98,6	(95,1-99,8)	95,7	98,7
Hovedstaden	1.531 / 1.596	95,9	(94,8-96,8)	95,7	95,8
Amager og Hvidovre Hospital	427 / 443	96,4	(94,2-97,9)	95,1	94,6
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	197 / 207	95,2	(91,3-97,7)	95,7	95,0
Bornholms Hospital	80 / 86	93,0	(85,4-97,4)	91,8	91,9
Herlev og Gentofte Hospital	506 / 524	96,6	(94,6-98,0)	97,4	96,7
Hospitalerne i Nordsjælland	321 / 336	95,5	(92,7-97,5)	94,9	97,6
Sjælland	1.725 / 1.801	95,8	(94,7-96,7)	95,8	95,4
Holbæk Sygehus	308 / 328	93,9	(90,7-96,2)	94,2	92,3
Nykøbing F Sygehus	320 / 335	95,5	(92,7-97,5)	93,4	98,8
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	614 / 629	97,6	(96,1-98,7)	97,0	95,3
Sjællands Universitetshospital	483 / 509	94,9	(92,6-96,6)	96,8	95,0
Syddanmark	856 / 904	94,7	(93,0-96,1)	94,9	96,2
Sydvestjysk Sygehus	167 / 174	96,0	(91,9-98,4)	94,7	95,3
Sygehus Lillebælt	394 / 421	93,6	(90,8-95,7)	95,0	96,4
Sygehus Sønderjylland	295 / 309	95,5	(92,5-97,5)	95,0	96,1
Midtjylland	969 / 1.017	95,3	(93,8-96,5)	94,9	95,6
Hospitalsenhed Midt	293 / 307	95,4	(92,5-97,5)	95,0	94,5
Regionshospitalet Gødstrup	348 / 360	96,7	(94,2-98,3)	95,0	97,3
Regionshospitalet Horsens	171 / 183	93,4	(88,8-96,6)	95,0	95,5
Regionshospitalet Randers	157 / 167	94,0	(89,3-97,1)	94,5	94,2

	Aktuelle år		Tidligere år	
Nordjylland	143 / 145	98,6	(95,1-99,8)	95,7
Aalborg Universitetshospital, Thisted	###	100,0	(2,5-100,0)	
Regionshospital Nordjylland	142 / 144	98,6	(95,1-99,8)	95,7

Indikatortabel for færdigbehandlet på akutsygehus

Tabel 8.4 - Eksklusioner og uplyste for indikator 5a: Færdigbehandlet akutsygehus

	Årsag	Danmark	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Eksklusion :	Traume center	2818	1051	.	612	656	499

Eksklusioner og uoplyste for færdigbehandlet på akutsygehus på regionalt niveau

Datagrundlag

Indikatoren beskriver hvor stor en andel af traumemodtagelserne på akutsygehusene i Danmark, der færdigbehandles på samme sygehus.

Resultater af indikatoranalysen

På landsplan blev 95,6 % (i alt 5.224) af de 5.463 traumemodtagelser på akutsygehuse færdigbehandlet på samme sygehus. Andelen varierede fra 94,7 % i Region Syddanmark og Region Midtjylland til 98,6 % i Region Nordjylland.

Punktestimatet for akutsygehusene og konfidensintervallet er præsenteret i forest plottet [Figur 8.2](#).

Udviklingen over tid er illustreret i trendgrafene [Figur 8.1](#).

Diskussion og implikationer af årets resultater

Den høje andel af patienter, der færdigbehandles på akutsygehusene, er et væsentligt positivt resultat. Andelen af overflytninger kan dog ikke stå alene som mål for kvalitet, da visitationspraksis og regionale samarbejder påvirker tallene. I Region Nordjylland visiteres mange patienter f.eks. direkte til Aalborg, mens den stigende andel af overflyttede fra Rigshospitalet blandt andet kan skyldes et tættere samarbejde med Region Sjælland.

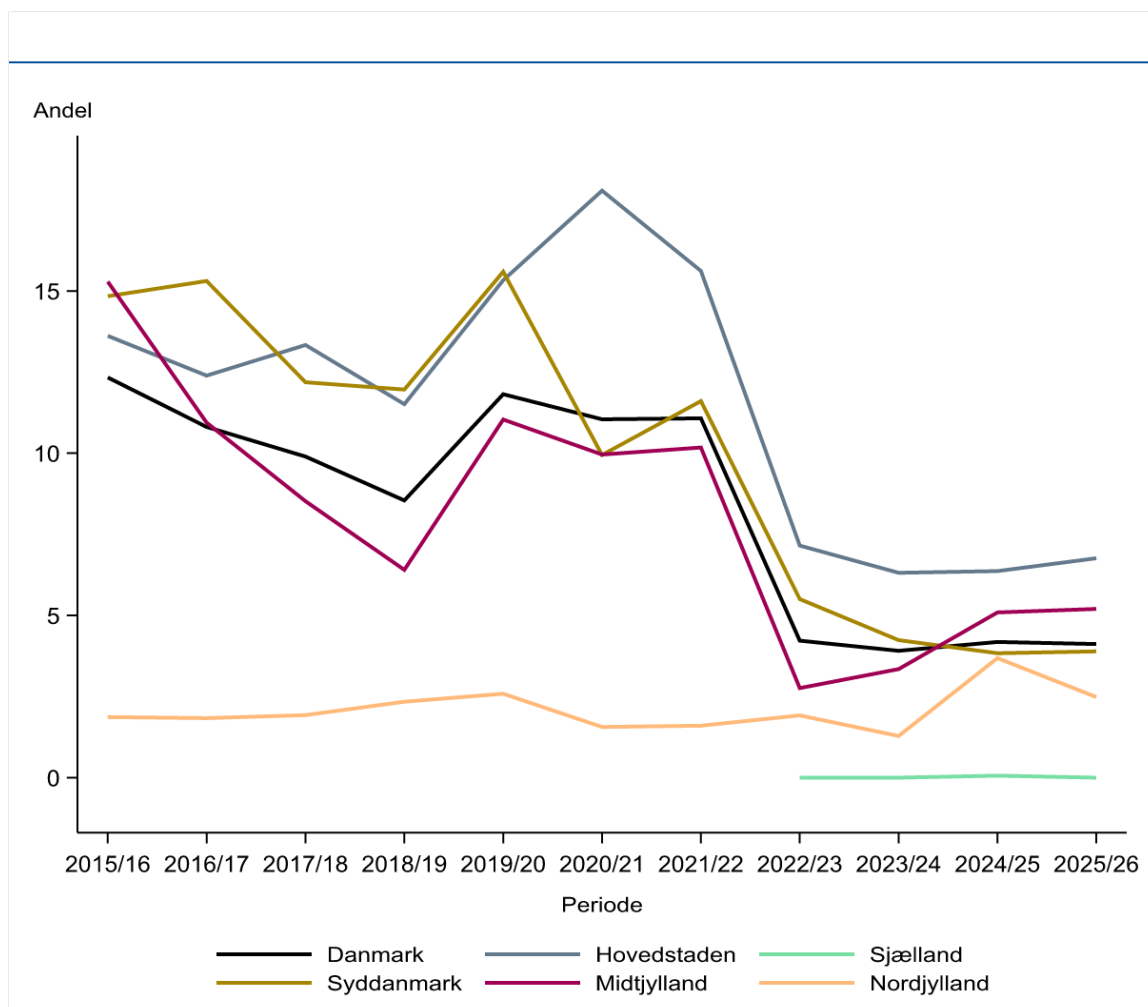
Vurdering af indikatoren

Akutsygehusene færdigbehandler langt størstedelen af patienterne og varetager dermed en væsentlig del af den samlede traumeopgave.

Indikatoren og det tilhørende udviklingsmål fastholdes.

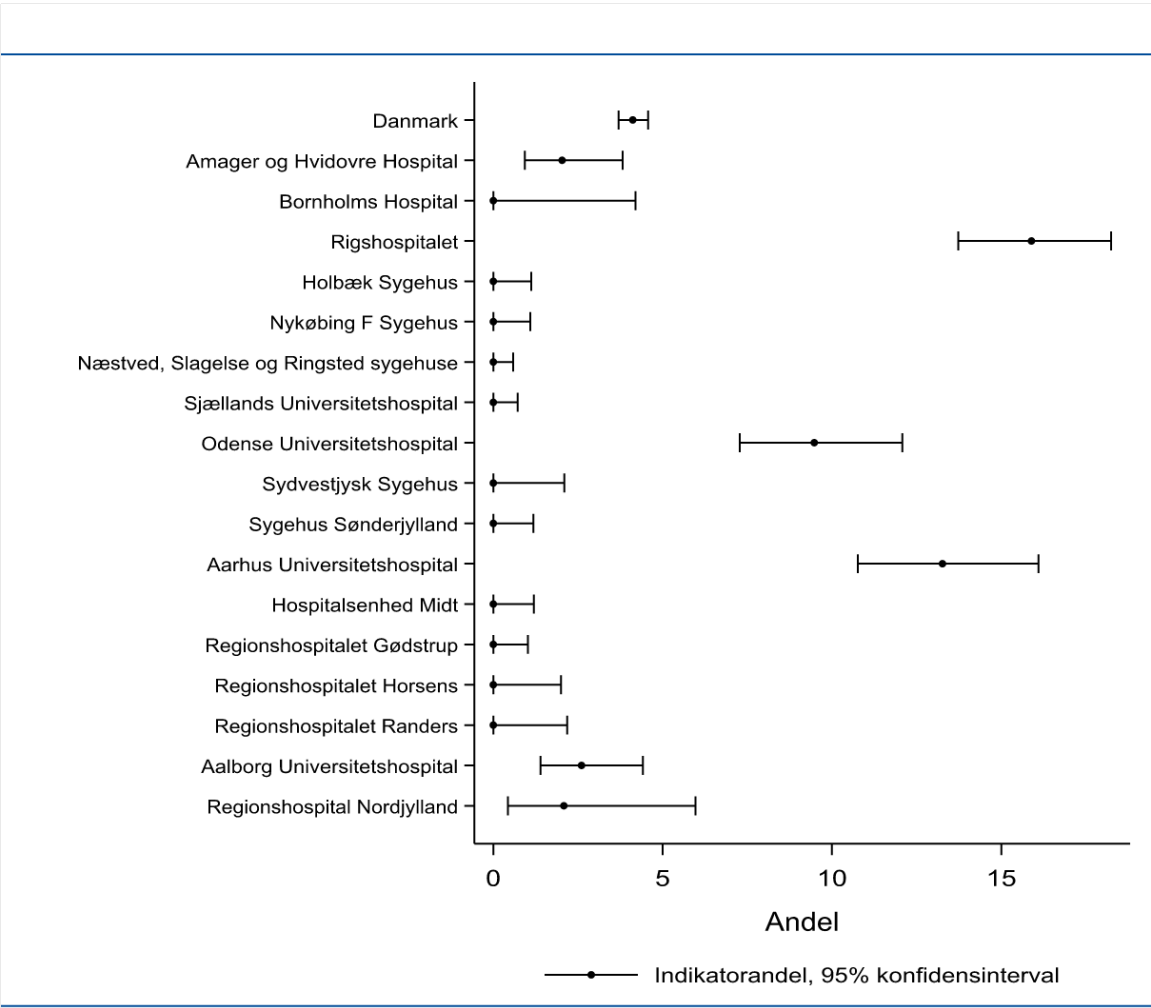
Indikator 5b: Andel overflyttere

Figur 9.1 - Trendgraf for indikator 5b: Andel overflyttere



Trendgraf for andel overflyttere på regionalt niveau

Figur 9.2 - Forest plot for indikator 5b: Andel overflyttere



Forest plot for andel overflyttere på afdelingsniveau

Tabel 9.3 - Indikatortabel for indikator 5b: Andel overflyttere

Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
		01.05.2025 - 30.04.2026		2024/25	2023/24
		Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	341 / 8.281	4,1	(3,7-4,6)	4,2	3,9
Hovedstaden	179 / 2.647	6,8	(5,8-7,8)	6,4	6,3
Sjælland	0 / 1.801	0,0	(0,0-0,2)	0,1	0,0
Syddanmark	59 / 1.516	3,9	(3,0-5,0)	3,8	4,2
Midtjylland	87 / 1.673	5,2	(4,2-6,4)	5,1	3,3
Nordjylland	16 / 644	2,5	(1,4-4,0)	3,7	1,3
Hovedstaden	179 / 2.647	6,8	(5,8-7,8)	6,4	6,3
Amager og Hvidovre Hospital	9 / 443	2,0	(0,9-3,8)	1,1	1,1
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	###	0,5	(0,0-2,7)	0,7	0,5
Bornholms Hospital	0 / 86	0,0	(0,0-4,2)	0,0	0,0
Herlev og Gentofte Hospital	###	0,2	(0,0-1,1)	0,0	0,2
Hospitalet i Nordsjælland	###	0,3	(0,0-1,6)	0,0	0,0
Rigshospitalet	167 / 1.051	15,9	(13,7-18,2)	16,8	18,0
Sjælland	0 / 1.801	0,0	(0,0-0,2)	0,1	0,0
Holbæk Sygehus	0 / 328	0,0	(0,0-1,1)	0,0	0,0
Nykøbing F Sygehus	0 / 335	0,0	(0,0-1,1)	0,0	0,0
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	0 / 629	0,0	(0,0-0,6)	0,2	0,0
Sjællands Universitetshospital	0 / 509	0,0	(0,0-0,7)	0,0	0,0
Syddanmark	59 / 1.516	3,9	(3,0-5,0)	3,8	4,2
Odense Universitetshospital	58 / 612	9,5	(7,3-12,1)	9,6	8,9
Sydvestjysk Sygehus	0 / 174	0,0	(0,0-2,1)	0,0	0,0
Sygehus Lillebælt	###	0,2	(0,0-1,3)	0,0	0,0
Sygehus Sønderjylland	0 / 309	0,0	(0,0-1,2)	0,3	0,0
Midtjylland	87 / 1.673	5,2	(4,2-6,4)	5,1	3,3
Aarhus Universitetshospital	87 / 656	13,3	(10,8-16,1)	13,2	9,2
Hospitalsenhed Midt	0 / 307	0,0	(0,0-1,2)	0,0	0,0

	Aktuelle år			Tidligere år	
Regionshospitalet Gødstrup	0 / 360	0,0	(0,0-1,0)	0,0	0,0
Regionshospitalet Horsens	0 / 183	0,0	(0,0-2,0)	0,3	0,8
Regionshospitalet Randers	0 / 167	0,0	(0,0-2,2)	0,0	0,0
Nordjylland	16 / 644	2,5	(1,4-4,0)	3,7	1,3
Aalborg Universitetshospital	13 / 499	2,6	(1,4-4,4)	4,0	1,5
Aalborg Universitetshospital, Thisted	##	0,0	(0,0-97,5)		
Regionshospital Nordjylland	3 / 144	2,1	(0,4-6,0)	2,2	0,0

Indikatortabel for andel overflyttere

Datagrundlag

Indikatoren beskriver hvor stor en andel af traumemodtagelserne på akutsygehusene i Danmark, der sker efter overflytning fra andet sygehus.

Resultater af indikatoranalysen

På landsplan var 4,1 % (i alt 341) af de 8.281 traumemodtagelser forudgået af kontakt på et andet sygehus. Andelen varierede fra 0,0 % i Region Sjælland til 6,8 % i Region Hovedstaden.

Resultaterne på hospitalsniveau viser tydeligt, at det især er traumecentrene, der modtager patienter overflyttet fra andre sygehuse. Eksempelvis var andelen 15,9 % på Rigshospitalet og 13,3 % på Aarhus Universitetshospital, mens langt de fleste øvrige sygehuse havde en andel tæt på 0 %.

Udviklingen over tid er faldende, efter akutsygehusene er blevet inkluderet i opgørelsen. Dette skyldes, at patienter kun sjældent overflyttes mellem akutsygehuse, hvilket reducerer andelen af forløb med tidligere kontakt.

Punktestimatet for akutsygehusene og konfidensintervallet er præsenteret i forest plottet [Figur 9.2](#).

Udviklingen over tid er illustreret i trendgrafen [Figur 9.1](#).

Diskussion og implikationer af årets resultater

Indikatoren peger på en positiv udvikling i det danske traumesystem med en tendens til mere præcis præhospital visitation og øget centralisering af behandlingen af de alvorligst tilskadekomne.

Udviklingen tyder på, at patienter med alvorlige skader i stigende grad identificeres præhospitalt og visiteres direkte til det relevante traumecenter frem for først at blive behandlet på et akuthospital på hovedfunktionsniveau og efterfølgende overflyttet. Dette understøtter intentionen om, at den rette patient bringes til det rette behandlingsniveau fra starten.

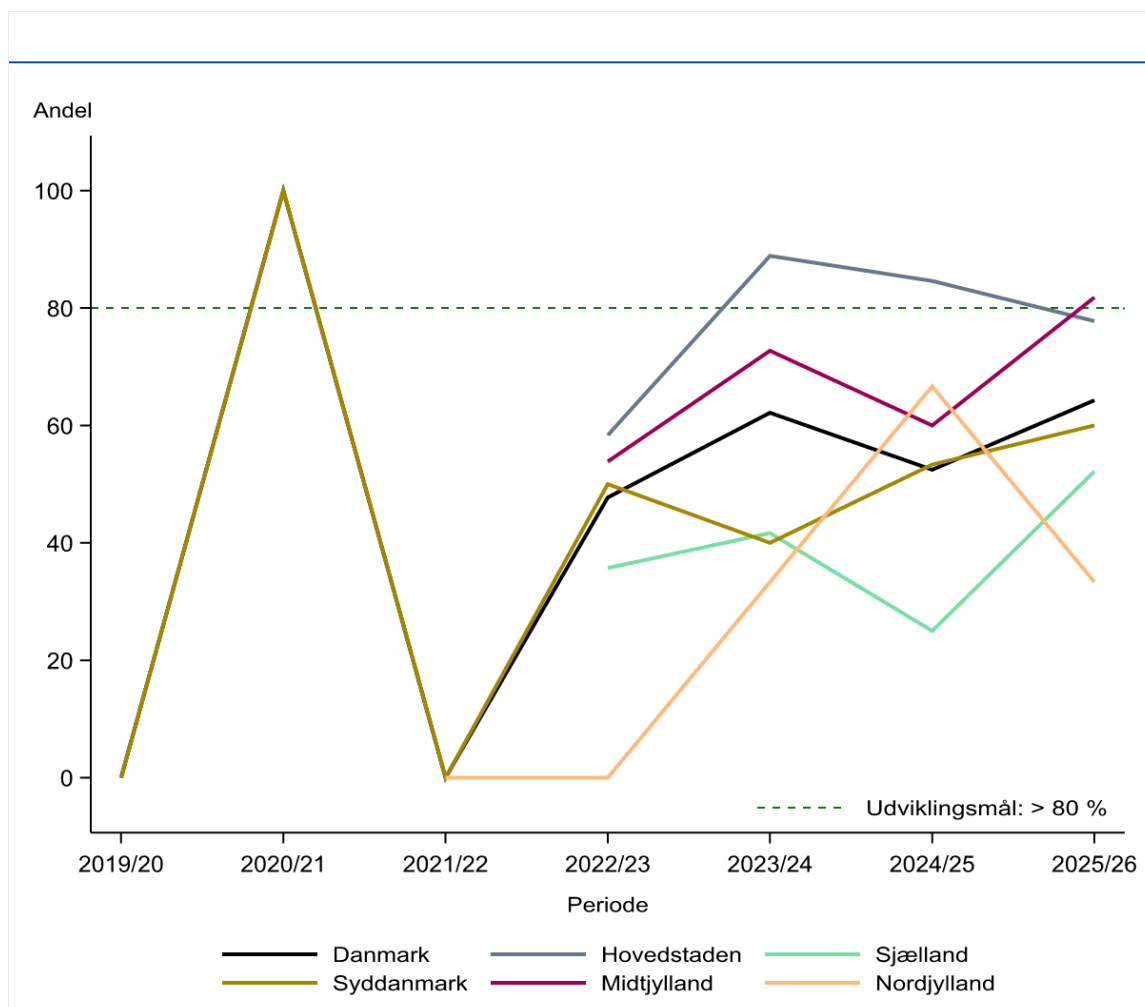
Resultatet kan således ses som et positivt tegn på et modent og sammenhængende nationalt traumesystem med bedre præhospital selektion og centralisering af den højt specialiserede traumebehandling.

Vurdering af indikatoren

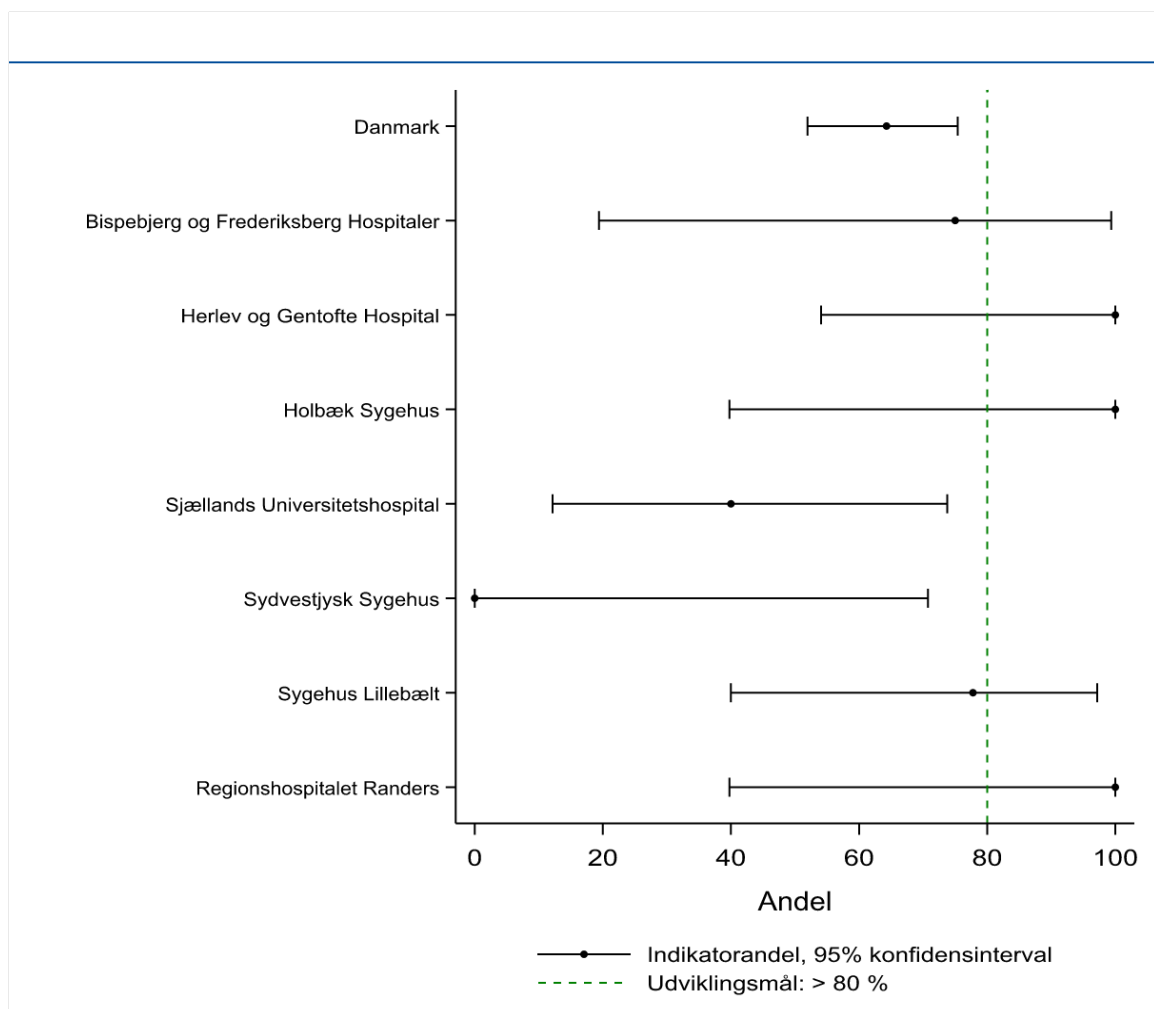
Indikatoren fastholdes.

Indikator 5c: Overflyttere, hovedtraume

Figur 10.1 - Trendgraf for indikator 5c: Overflyttere, hovedtraume



Trendgraf for overflyttere med hovedtraume på regionalt niveau

Figur 10.2 - Forest plot for indikator 5c: Overflyttere, hovedtraume

Forest plot for overflyttere med hovedtraume på afdelingsniveau

Tabel 10.3 - Indikatortabel for indikator 5c: Overflyttere, hovedtraume

	Udviklingsmål > 80% opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år 01.05.2025 - 30.04.2026		Tidligere år	
			Andel	95% CI	2024/25	2023/24
					Andel	Andel
Danmark	Nej	45 / 70	64,3	(51,9-75,4)	52,5	62,2
Hovedstaden	Nej	14 / 18	77,8	(52,4-93,6)	84,6	88,9
Sjælland	Nej	12 / 23	52,2	(30,6-73,2)	25,0	41,7
Syddanmark	Nej	9 / 15	60,0	(32,3-83,7)	53,3	40,0
Midtjylland	Ja	9 / 11	81,8	(48,2-97,7)	60,0	72,7
Nordjylland	Nej	##	33,3	(0,8-90,6)	66,7	
Hovedstaden	Nej	14 / 18	77,8	(52,4-93,6)	84,6	88,9
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	##	100,0	(15,8-100,0)	100,0	50,0
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	Nej	3 / 4	75,0	(19,4-99,4)	100,0	100,0
Bornholms Hospital	Nej	##	50,0	(1,3-98,7)	0,0	100,0
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	6 / 6	100,0	(54,1-100,0)	66,7	100,0
Hospitalerne i Nordsjælland	Nej	##	50,0	(6,8-93,2)	100,0	100,0
Sjælland	Nej	12 / 23	52,2	(30,6-73,2)	25,0	41,7
Holbæk Sygehus	Ja	4 / 4	100,0	(39,8-100,0)	25,0	
Nykøbing F Sygehus	Nej	##	33,3	(4,3-77,7)	20,0	
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	Nej	##	66,7	(9,4-99,2)	20,0	0,0
Sjællands Universitetshospital	Nej	4 / 10	40,0	(12,2-73,8)	33,3	83,3
Syddanmark	Nej	9 / 15	60,0	(32,3-83,7)	53,3	40,0
Sydvestjysk Sygehus	Nej	0 / 3	0,0	(0,0-70,8)	33,3	33,3
Sygehus Lillebælt	Nej	7 / 9	77,8	(40,0-97,2)	33,3	100,0
Sygehus Sønderjylland	Nej	##	66,7	(9,4-99,2)	85,7	
Midtjylland	Ja	9 / 11	81,8	(48,2-97,7)	60,0	72,7
Hospitalsenhed Midt	Nej	##	50,0	(6,8-93,2)	25,0	50,0
Regionshospitalet Gødstrup	Ja	##	100,0	(15,8-100,0)	100,0	100,0
Regionshospitalet Horsens	Ja	##	100,0	(2,5-100,0)	0,0	100,0
Regionshospitalet Randers	Ja	4 / 4	100,0	(39,8-100,0)		100,0

Udviklingsmål			Aktuelle år		Tidligere år
Nordjylland	Nej	###	33,3	(0,8-90,6)	66,7
Aalborg Universitetshospital	Nej	###	0,0	(0,0-84,2)	
Regionshospital Nordjylland	Ja	###	100,0	(2,5-100,0)	66,7

Indikatortabel for overflyttere med hovedtraume

Tabel 10.4 - Eksklusioner og uplyste for indikator 5c: Overflyttere, hovedtraume

	Årsag	Danmark	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Eksklusion:	Overflyttes ikke	535	225	43	113	103	51
	Ej traumekald på efterfølgende hospital	199	107	7	34	34	17
	Ingen diagnose eller ais-koder (større end 2) for hovedtraume angivet i traumeforløbet	7477	2297	1728	1354	1525	573

Eksklusioner og uplyste for overflyttere med hovedtraume på regionalt niveau

Datagrundlag

Indikatoren måler om de patienter, der har hovedtraume og som overføres til højt specialiseret traumecenter overføres indenfor 3 timer.

Indikatoren beskriver andelen af forløb, hvor patienten havde hovedtraume (AIS-region 1 og AIS-score > 2) og som inden for 180 minutter ankommer til et højt specialiseret center fra andet (umiddelbart forudgående) hospital. Resultaterne afhænger af korrekt registrering af tidspunkt for ankomst til forudgående hospital og tidspunkt for traumemodtagelses-procedurekoden (Se afsnit om Komplethed på traumemodtagelsesniveau under Datagrundlag). Udviklingsmålet er fastsat til at 90 % bør være < 180 minutter.

Det er væsentligt at både afgivende og modtagende hospital har anvendt traumekoden for patienten ved modtagelse. Hvis dette ikke er tilfældet, kommer observationen ikke med i indikatoren.

Resultater af indikatoranalysen

Andelen af patienter med hovedtraume, som blev overført fra et andet hospital til et højt specialiseret center, og hvor overførslen skete direkte til traumemodtagelsen, var 64,3 % af de 70 relevante patienter på landsplan i opgørelsesperioden.

Andelen varierede fra 33,3 % i Region Nordjylland til 81,8 % i Region Midtjylland. Kun Region Midtjylland opfyldte udviklingsmålet på > 80 %. Det samlede datagrundlag er begrænset, og de regionale forskelle bør fortolkes med forbehold.

Punktestimatet for de fire højt specialiserede traumemodtagelser og konfidensintervallet er præsenteret i forest plottet [Figur 10.2](#).

Udviklingen over tid er illustreret i trendgrafen [Figur 10.1](#).

Diskussion og implikationer af årets resultater

Indikatoren beskriver akuthospitalernes håndtering af hovedtraumer, med behov for overflytning til hospital med Neurokirurgisk kompetence. Da tilstanden formodes at være tidskritisk, er tidsfaktoren på 3 timer fra primære traumemodtagelse til modtagelse på modtagende hospital sat som et generelt kvalitetsmål for akuthospitalernes proces i traumemodtagelsen.

Resultaterne beror på få patienter fra de enkelte akuthospitaler, hvorfor enkelte patientforløb derfor kan påvirke resultaterne væsentligt. Indikatoren kan for nuværende ikke alene danne grundlag for generelle konklusioner om kvaliteten på de enkelte hospitaler.

I indikatoren er der ikke taget hensyn til de store regionale forskelle i forhold til afstand mellem hospitaler og de regionale forskelle i det præ-hospitale setup.

Hvorfor mange af akuthospitalerne opnår ikke kvalitetsmålet på 80% er uvist, men kan tyde på lokale forskelle i arbejdsgange, organisering eller registrering.

Styregruppen kontakter de sygehuse, der ikke opfylder udviklingsmålet

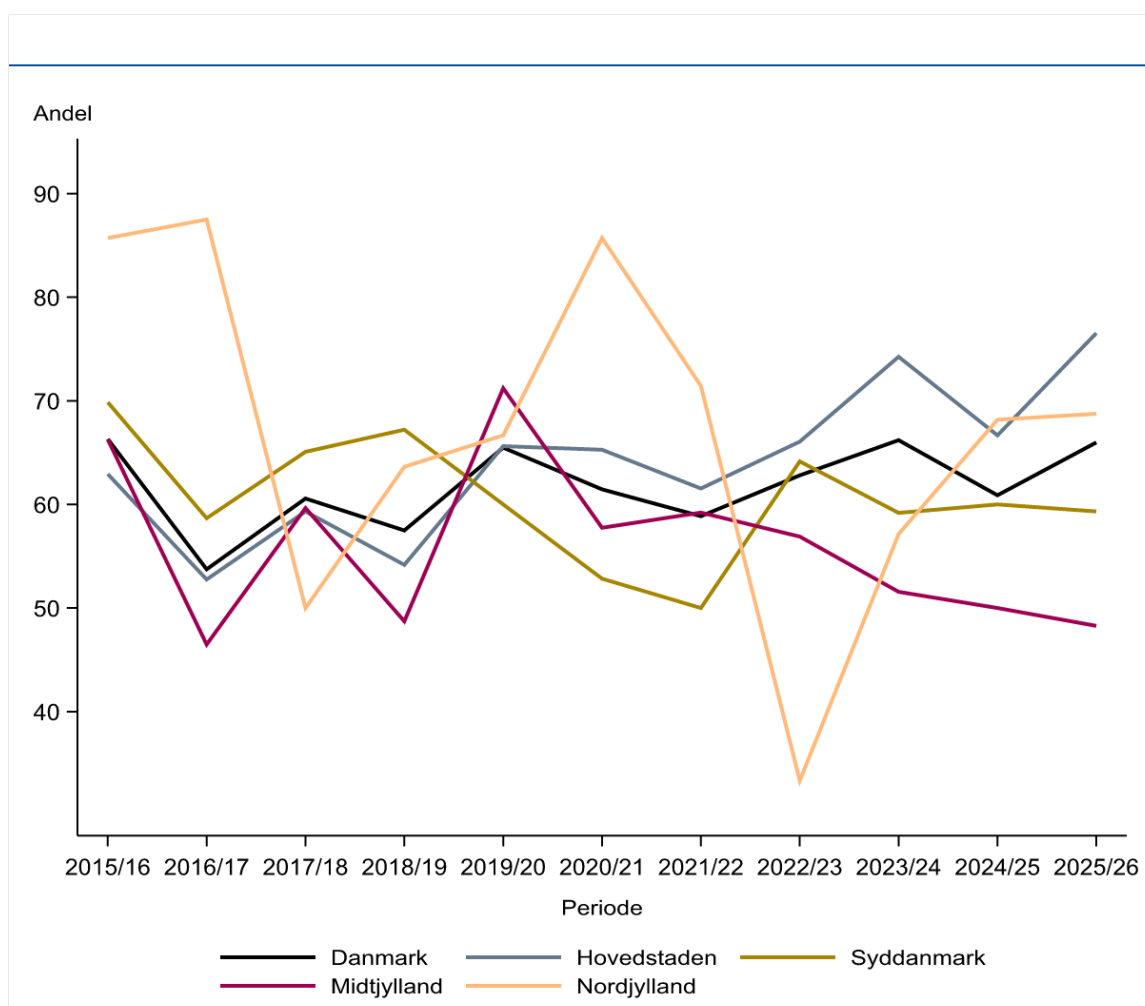
Vurdering af indikatoren

Indikatoren er fortsat relevant, fordi den gør det muligt at følge kvaliteten på akutsygehusene.

En gennemgang på patientniveau er dog nødvendig for at afgøre, om indikatoren afdækker det relevante kvalitetsproblem.

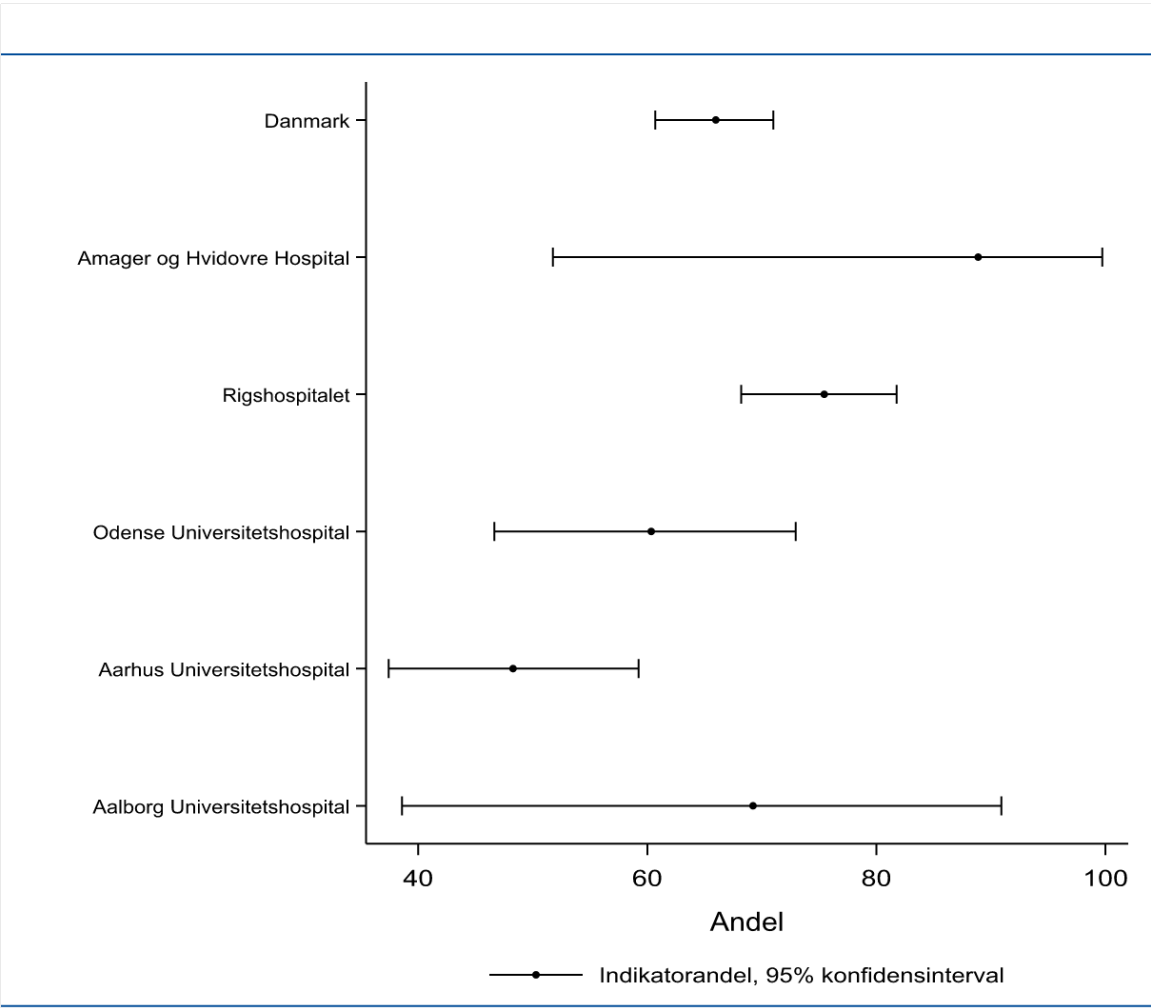
Indikator 5d: Overflyttere, tid

Figur 11.1 - Trendgraf for indikator 5d: Overflyttere, tid



Trendgraf for overflyttere indenfor fire timer på regionalt niveau

Figur 11.2 - Forest plot for indikator 5d: Overflyttere, tid



Forest plot for overflyttere indenfor fire timer på afdelingsniveau

Tabel 11.3 - Indikatortabel for indikator 5d: Overflyttere, tid

Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
		01.05.2025 - 30.04.2026		2024/25	2023/24
		Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	225 / 341	66,0	(60,7-71,0)	60,9	66,2
Hovedstaden	137 / 179	76,5	(69,6-82,5)	66,7	74,3
Syddanmark	35 / 59	59,3	(45,7-71,9)	60,0	59,2
Midtjylland	42 / 87	48,3	(37,4-59,2)	50,0	51,6
Nordjylland	11 / 16	68,8	(41,3-89,0)	68,2	57,1
Hovedstaden	137 / 179	76,5	(69,6-82,5)	66,7	74,3
Amager og Hvidovre Hospital	8 / 9	88,9	(51,8-99,7)	100,0	71,4
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	##	100,0	(2,5-100,0)	100,0	0,0
Herlev og Gentofte Hospital	##	100,0	(2,5-100,0)		100,0
Hospitalet i Nordsjælland	##	100,0	(2,5-100,0)		
Rigshospitalet	126 / 167	75,4	(68,2-81,8)	65,2	74,7
Syddanmark	35 / 59	59,3	(45,7-71,9)	60,0	59,2
Odense Universitetshospital	35 / 58	60,3	(46,6-73,0)	61,1	59,2
Sygehus Lillebælt	##	0,0	(0,0-97,5)		
Midtjylland	42 / 87	48,3	(37,4-59,2)	50,0	51,6
Aarhus Universitetshospital	42 / 87	48,3	(37,4-59,2)	49,5	54,2
Nordjylland	11 / 16	68,8	(41,3-89,0)	68,2	57,1
Aalborg Universitetshospital	9 / 13	69,2	(38,6-90,9)	65,0	57,1
Regionshospital Nordjylland	##	66,7	(9,4-99,2)	100,0	

Indikatortabel for overflyttere indenfor fire timer

Tabel 11.4 - Eksklusioner og uplyste for indikator 5d: Overflyttere, tid

	Årsag	Danmark	Hovedstaden	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Eksklusion:	Ingen forudgående hospitalskontakt (andet hospital) inden traumemodtagelse	7940	2468	1457	1586	628

Eksklusioner og uoplyste for mediantid for overflyttere på regionalt niveau

Datagrundlag

Indikatoren beskriver andelen af forløb, som inden for 240 minutter ankommer til et højt specialiseret traumecenter fra andet (umiddelbart forudgående) hospital. Resultaterne afhænger af korrekt registrering af tidspunkt for ankomst til forudgående hospital og tidspunkt for traumemodtagelses-procedurekoden.

Resultater af indikatoranalysen

Andelen af transporterede patienter, som ankom til et højt specialiseret traumecenter fra et andet, umiddelbart forudgående hospital, var 66,0 % af de 341 patienter på landsplan.

Andelen varierede fra 48,3 % i Region Midtjylland til 76,5 % i Region Hovedstaden. Region Sjælland indgår ikke i beskrivelsen af hensyn til diskretion.

Udviklingen over tid er vanskelig at kommentere, idet patientpopulationerne er så små, at selv én patient kan påvirke andelen betydeligt.

Punktestimatet for akutsygehusene og konfidensintervallet er præsenteret i forest plottet [Figur 11.2](#).

Udviklingen over tid er illustreret i trendgrafene `{{trend5d}}`.

Diskussion og implikationer af årets resultater

Indikatoren belyser organiseringen af det samlede traumesystem og kan bruges til at identificere urimelige forsinkelser på primære sygehuse samt følge udviklingen i en periode med mange organisatoriske ændringer. En meningsfuld opgørelse forudsætter dog, at de registrerede forløb reelt omfatter patienter, der efter modtagelse på en regional akutafdeling har et primært behov for umiddelbar overflytning til fornyet traumemodtagelse på et af de fire centre.

Grænsen på 240 minutter er valgt arbitrært og understøttes ikke af internationale retningslinjer eller anbefalinger. Styregruppen er samtidig opmærksom på, at forløb på mere end 240 minutter ikke nødvendigvis er udtryk for dårlig kvalitet. På den baggrund fastsættes der ikke et udviklingsmål for indikatoren i år.

Trendgrafene viser et stabilt tidsforbrug til overflytning over de seneste 10 år. Det er drøftet, hvorvidt indikatoren kan omdefineres til mere meningsfyldt afrapportering f.eks. kun at medtage overflytninger der sker højst 24 timer efter ankomst til akutsygehuset. Skal drøftes videre på et udviklingsmøde.

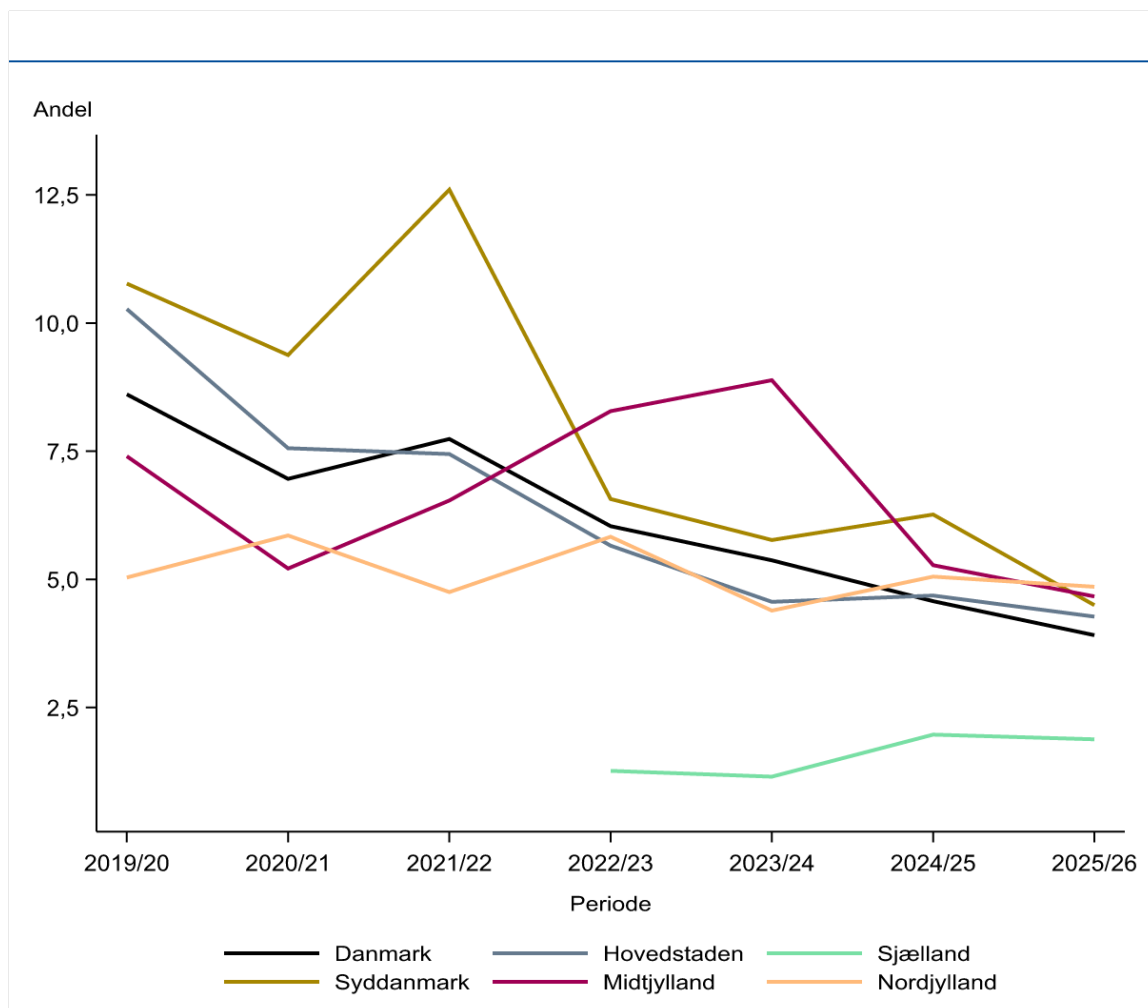
Vurdering af indikatoren

Indikatoren fastholdes uden udviklingsmål.

En mulig afgrænsning til overflytninger inden for 24 timer drøftes på udviklingsmødet.

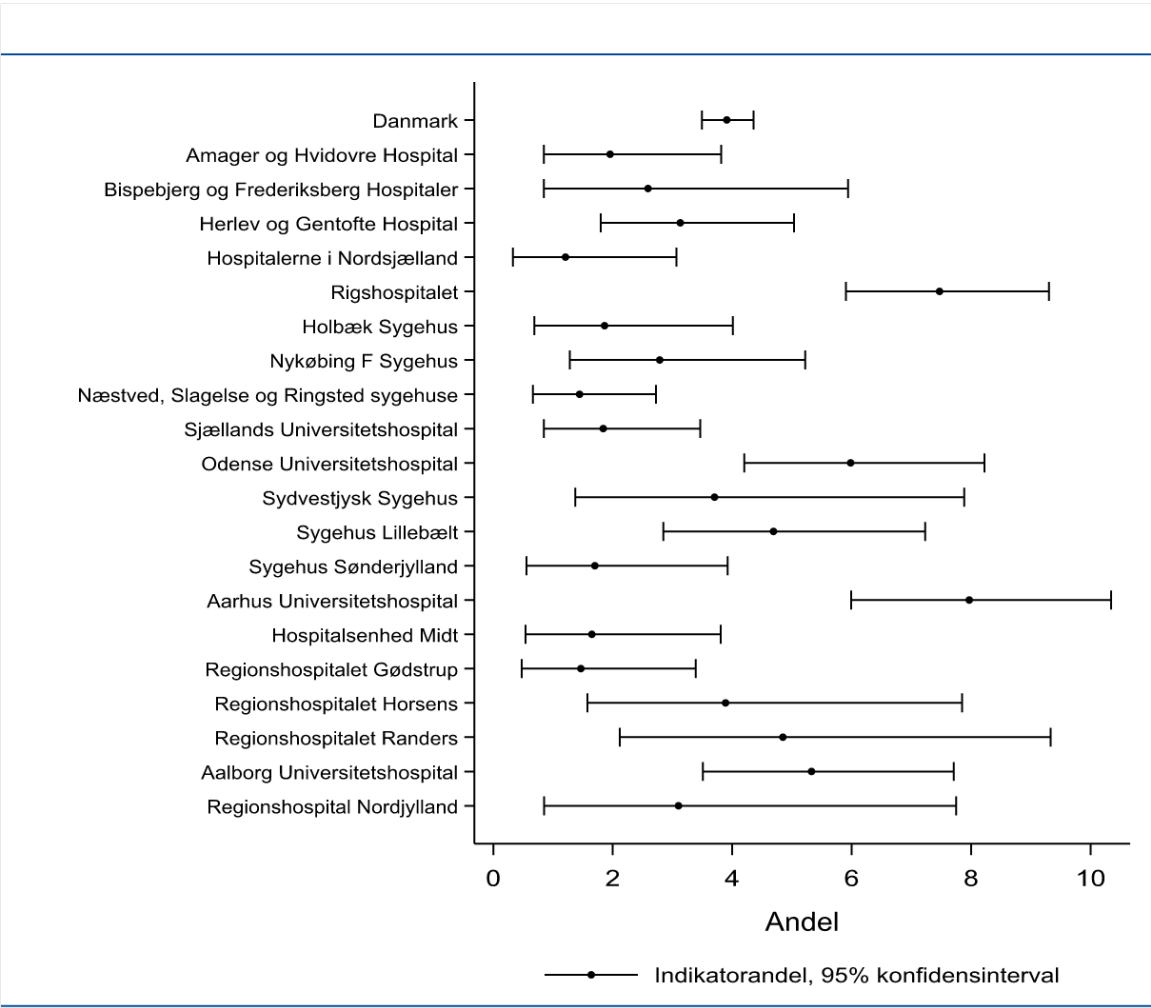
Indikator 6: Mortalitet, andel

Figur 12.1 - Trendgraf for indikator 6: Mortalitet, andel



Trendgraf for mortalitet på regionalt niveau

Figur 12.2 - Forest plot for indikator 6: Mortalitet, andel



Forest plot for mortalitet på afdelingsniveau

Tabel 12.3 - Indikatortabel for indikator 6: Mortalitet, andel

Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
		01.05.2025 - 30.04.2026		2024/25	2023/24
		Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	311 / 7.955	3,9	(3,5-4,4)	4,6	5,4
Hovedstaden	107 / 2.505	4,3	(3,5-5,1)	4,7	4,6
Sjælland	33 / 1.757	1,9	(1,3-2,6)	2,0	1,1
Syddanmark	65 / 1.446	4,5	(3,5-5,7)	6,3	5,8
Midtjylland	76 / 1.629	4,7	(3,7-5,8)	5,3	8,9
Nordjylland	30 / 618	4,9	(3,3-6,9)	5,1	4,4
Hovedstaden	107 / 2.505	4,3	(3,5-5,1)	4,7	4,6
Amager og Hvidovre Hospital	8 / 409	2,0	(0,8-3,8)	3,1	1,6
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	5 / 193	2,6	(0,8-5,9)	2,4	2,5
Bornholms Hospital	##	1,2	(0,0-6,5)	6,4	5,6
Herlev og Gentofte Hospital	16 / 511	3,1	(1,8-5,0)	3,5	2,6
Hospitalet i Nordsjælland	4 / 331	1,2	(0,3-3,1)	1,1	3,4
Rigshospitalet	73 / 977	7,5	(5,9-9,3)	8,2	9,1
Sjælland	33 / 1.757	1,9	(1,3-2,6)	2,0	1,1
Holbæk Sygehus	6 / 322	1,9	(0,7-4,0)	2,5	0,0
Nykøbing F Sygehus	9 / 323	2,8	(1,3-5,2)	0,8	0,0
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	9 / 623	1,4	(0,7-2,7)	2,5	1,3
Sjællands Universitetshospital	9 / 489	1,8	(0,8-3,5)	1,6	1,3
Syddanmark	65 / 1.446	4,5	(3,5-5,7)	6,3	5,8
Odense Universitetshospital	35 / 585	6,0	(4,2-8,2)	9,9	7,6
Sydvestjysk Sygehus	6 / 162	3,7	(1,4-7,9)	2,2	6,1
Sygehus Lillebælt	19 / 405	4,7	(2,8-7,2)	4,2	3,9
Sygehus Sønderjylland	5 / 294	1,7	(0,6-3,9)	4,3	3,3
Midtjylland	76 / 1.629	4,7	(3,7-5,8)	5,3	8,9
Aarhus Universitetshospital	51 / 640	8,0	(6,0-10,3)	6,4	8,2
Hospitalsenhed Midt	5 / 303	1,7	(0,5-3,8)	1,5	0,9

	Aktuelle år			Tidligere år	
Regionshospitalet Gødstrup	5 / 341	1,5	(0,5-3,4)	2,6	3,2
Regionshospitalet Horsens	7 / 180	3,9	(1,6-7,8)	10,6	16,4
Regionshospitalet Randers	8 / 165	4,8	(2,1-9,3)	1,9	4,6
Nordjylland	30 / 618	4,9	(3,3-6,9)	5,1	4,4
Aalborg Universitetshospital	26 / 488	5,3	(3,5-7,7)	4,9	4,7
Aalborg Universitetshospital, Thisted	###	0,0	(0,0-97,5)		
Regionshospital Nordjylland	4 / 129	3,1	(0,9-7,7)	5,6	2,7

Indikatortabel for mortalitet

Tabel 12.4 - Eksklusioner og uplyste for indikator 6: Mortalitet, andel

	Årsag	Danmark	Hovedstade n	Sjælland	Syddanmar k	Midtjylland	Nordjylland
Eksklusion :	Ej relevant vitalstatus	326	142	44	70	44	26

Eksklusioner og uoplyste for mortalitet på regionalt niveau

Datagrundlag

Indikatoren beskriver andelen af traumemodtagelser, der ender med at patienten dør indenfor 30 dage efter traumemodtagelse. Der er ikke taget højde for forskelle i patientsammensætning, alvorlighed og fysiologisk tilstand ved ankomst.

Resultater af indikatoranalysen

På landsplan døde 3,9 % af de 7.955 patienter inden for 30 dage efter traumemodtagelse i den aktuelle opgørelsesperiode.

Andelen varierede mellem regionerne fra 1,9 % i Region Sjælland til 4,9 % i Region Nordjylland. Forskelle i patientsammensætning, herunder traumesværhedsgrad og komorbiditet, forventes at bidrage til den observerede variation i dødelighed.

Det er værd at bemærke, at særligt de højt specialiserede traumecentre har en høj dødelighed, hvilket er forventeligt, da de mest alvorligt tilskadekomne patienter behandles der.

Punktestimatet for akutsygehusene og konfidensintervallet er præsenteret i forest plottet [Figur 12.2](#).

Udviklingen over tid er illustreret i trendgrafen [Figur 12.1](#).

Diskussion og implikationer af årets resultater

Indikatoren viser små forskelle, som ligger inden for 95 % konfidensintervallerne, både på landsplan og mellem de fire Traumecentre.

Den ujusterede 30-dagesmortalitet var 3,9 % og dermed lavere end i tidligere år. Den lavere mortalitet på akutsygehusene er forventelig, fordi disse sygehuse modtager patienter med mindre alvorlige skader.

Det vigtigt at bemærke, at den angivne mortalitet ikke er justeret for alvorlighed af tilskadekomst og patientens fysiologiske tilstand ved ankomst eller andre faktorer.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren fastholdes.

Justeret overlevelsesanalyse

Justeret overlevelse

Idet der er erkendt forskel på de populationer, der behandles på landets fire traumecentre, er det nødvendigt at supplere den absolutte mortalitetsratio med en justeret. Til dette formål er valgt at anvende samme model som TARN (Trauma Audit & Research Network), som inkluderer alder, køn, komorbiditet, GCS (Glasgow Coma Score) og ISS (Injury Severity Score). TARN-modellen hører hjemme i Storbritannien, og opdateres hvert 2. eller 3. år. Den aktuelle model er kalibreret i 2019. DTR opdaterer så vidt muligt løbende, men der kan være forsinkelser, hvis der inkluderes nye data i modellen, f.eks. hvis COVID-19 skal indgå kræver det tilladelse fra Sundhedsdatastyrelsen til at anvende disse data.

Den aktuelle justerede mortalitetsanalyse er baseret på TARNs Ps19-model (Probability of survival).

Nedenstående er uddrag fra TARNs hjemmeside:

$\log_e$ is the natural logarithm.

ISS is transformed using fractional polynomial technique for a better fit of the model. mCCI represents the categorised modified Charlson Comorbidity Index.

b = is defined as the linear combination of the regression coefficients and the values of the corresponding patient's characteristics (ISS, GCS, modified CCI, age and gender) and the constant $e = 2.718282$ (the base of Napierian logarithms).

Tabel 1: Outcome efter 30 dage

Prædiktorer Koefficienter

-2.04374

-1.909581

GCS = 3 -4.49297

GCS 4-5 -3.34416

GCS 6-8 -2.35783

GCS 9-12 -1.60302

GCS 13 - 14 -0.52474

GCS 15 (reference) 0.00000

GCS "Intubated" -3.685728

mCCI Not Known -0.99161

mCCI 0 (reference) 0.00000

mCCI 1 - 5 -0.51906

mCCI 6 - 10 -0.96600

mCCI > 10 -1.53458

Age < 1 -0.01109

Age 1 - 10 +0.17983

Age 11 - 15 -0.16049

Age 16 - 44 (reference) 0.00000

Age 45 - 54 -0.39462

Bemærkninger vedr. beregningen af justeret mortalitet

AIS og ISS

AIS-scoren er en otte-cifret kode, som angiver, hvilken skade der er på kroppen og hvilken alvorlighed skaden har i forhold til risikoen for død. Det er altså selve skaden, der er subjekt og i praksis betyder det, at hver patient i princippet kan have uendeligt mange AIS-scorer. Koden viser, hvor på kroppen skaden er observeret, samt hvor alvorlig den enkelte skade er. Registreringen finder ikke sted i den akutte fase, men tager udgangspunkt i den faktuelle information fra patientjournalen, herunder information, der er identificeret under operation, prøvesvar og billeddiagnostik, samt i visse tilfælde obduktionsrapporter. Registreringen foretages efter autoriseret manual og udelukkende af sundhedspersonale, som er autoriseret til at foretage registreringen. Når der for en patient er en færdig liste af AIS-scorer, kan ISS beregnes.

ISS beregnes som $ISS = A^2 + B^2 + C^2$, hvor A, B og C er AIS-scorer for de tre alvorligste skade, men i forskellige tilskadekomne regioner af kroppen.

Anvendelse af "uspecificeret" i kodningen

I AIS-kodningen er det muligt at angive 9 for "uspecificeret" som samlet vurdering af skadens alvorlighed. Således vil værdien 9 give den højst mulige ISS-værdi, selvom det betyder, at sværhedsgraden ikke er specificeret. Derfor er AIS-scorer, med sværhedsgrad 9, udelukket fra beregningerne. Patientens øvrige AIS-scorer indgår fortsat.

Døde uden registrerbare skader på kroppen

I beregningen af den justerede mortalitet, er det nødvendigt at fjerne patienter, som er døde, men hvor der ikke er nogen skade, der kan registreres som en gyldig AIS-score. Det skyldes, at der ikke er en fysisk skade, men patienten er afgået ved døden. Hvis sådanne observationer indgår i beregningen, vil de indgå som døde uden skader, og således trække justeringen i retning af at patienter dør uden at være kommet til skade, hvilket ikke er korrekt. De koder, der udgår af analysen, er følgende:

Uskadt 910000.9

Ikke set af læge 210000.9

Død ved ankomst, ikke obduceret 930000.9

Medicinsk årsag 940000.9

Forbrænding 950000.9

Asfyxi/hængning/kvælning 960000.9

Hypotermi 970000.9

Drukning 980000.9

Andet (elektrisk, kemisk mm, herunder dokumenteret fravalg af livreddende behandling eksempelvis blodtransfusion) 990000.9

Starttidspunkt

I beregningen af 30 dages overlevelse, er tidspunkt for ankomst til traumecenter valgt som starttidspunkt.

Justeret overlevelse fordelt på de fire højt specialiserede traumecentre

I denne årsrapport præsenteres for første gang resultaterne af justerede mortalitetsanalyser baseret på TARN-modellen, som er beskrevet ovenfor. Idet TARN traditionelt afrapporteres på en anden måde, end kvalitetsindikatorerne i den øvrige rapport, præsenteres resultaterne her i TARN-versionen.

Hvert højt specialiseret traumecenter præsenteres i egen tabel, som er opstillet som følger:

I venstre kolonne præsenteres "survival band". Det er den sandsynlighed, der er for overlevelse for den enkelte patient baseret på TARN-scoren. I de følgende kolonner præsenteres antal patienter i gruppen, antal forventede overlevende og det observerede antal overlevende. Dernæst kommer forskellen på det forventede og observerede, og sidst den justerede forskel for hvert survival band og total. Det totale antal viser altså traumecentrets justerede overlevelse sammenlignet med det forventede.

Bemærk i den forbindelse, at modellen er etableret med udgangspunkt i TARN-observationerne fra England, dvs. ikke en dansk population. Hvorvidt en dansk og engelsk population er forskellig på afgørende parametre, er ikke undersøgt til denne årsrapport.

I beregningen af TARN er værdierne 0 og missing for ISS fjernet, således at patienter med disse værdier ikke optræder i tabellerne. Det skyldes, at værdierne er udtryk for fejl i registreringen idet den lavest mulige ISS-score er 1. Således er antallet af patienter i nedenstående tabeller ikke svarende til antallet af patienter vist i {indi6}. Hvis der var 100 registreringer, ville antallet være det samme. Oversigt over fjernede observationer, er præsenteret efter TARN-beregningerne.

Tabel 13.1 - Eksklusioner fra TARN-analysen

	Antal før eksklusi oner ialt	Erstat-c pr*	Ais 9'er (uskadet)*	Ais 9'er (ej uskadet)*	Ais mangler *	Gcs mangler *	Eksklud eres ialt	Eksklud eres ialt pct	Antal der indgår i Tarn
Rigshosp	1051	47	69	34	16	.	166	15.8	885
Odense	612	15	1	0	115	14	145	23.7	467
Aarhus	656	10	86	0	63	13	172	26.2	484
Aalborg	499	8	63	10	26	1	108	21.6	391
Total	2818	80	219	44	220	28	591	21.0	2227

* Eksklusions-årsag

Observationer, der ikke kunne indgå i TARN-beregningerne er opgjort i følgende tabel. Den viser, hvor mange patienter, der udgår af beregningen af TARN, samt hvor mange %, de udgør. * Eksklusionsårsag

Tabel 13.2 - TARN- Aalborg

	Number in group	Expected survivors	Observed survivors within ps bands	Difference	Adjusted difference
Survival band	338	335.18	335	-0.05	-0.04
0.95 - 1.00					
0.90 - 0.95	17	15.73	17	7.48	1.10
0.80 - 0.90	5	4.30	3	-25.93	-2.41
0.65 - 0.80	5	3.68	4	6.47	0.26
0.45 - 0.65	9	5.26	7	19.30	0.40
0.25 - 0.45	4	1.37	3	40.63	0.59
0.00 - 0.25	13	2.29	4	13.13	0.16
Total	391	367.82	373	61.02	0.05

* Eksklusions-årsag

Rate of Survival Breakdown for Aalborg Universitetshospital

Tabel 13.3 - TARN- Rigshospitalet

	Number in group	Expected survivors	Observed survivors within ps bands	Difference	Adjusted difference
Survival band	696	689.93	691	0.15	0.10
0.95 - 1.00					
0.90 - 0.95	44	40.72	39	-3.91	-0.58
0.80 - 0.90	36	30.56	32	4.01	0.37
0.65 - 0.80	38	27.23	26	-3.24	-0.13
0.45 - 0.65	29	16.22	19	9.59	0.20
0.25 - 0.45	21	6.66	11	20.66	0.30
0.00 - 0.25	21	2.57	7	21.12	0.26
Total	885	813.88	825	48.40	0.53
* Eksklusions-årsag					

Rate of Survival Breakdown for Rigshospitalet

Tabel 13.4 - TARN - Odense Universitetshospital

	Number in group	Expected survivors	Observed survivors within ps bands	Difference	Adjusted difference
Survival band	381	377.40	377	-0.11	-0.07
0.95 - 1.00					
0.90 - 0.95	34	31.48	33	4.47	0.66
0.80 - 0.90	18	15.36	17	9.13	0.85
0.65 - 0.80	10	7.70	5	-27.04	-1.07
0.45 - 0.65	7	3.83	4	2.46	0.05
0.25 - 0.45	10	3.94	4	0.57	0.01
0.00 - 0.25	7	1.18	4	40.22	0.49
Total	467	440.90	444	29.71	0.92
* Eksklusions-årsag					

Rate of Survival Breakdown for Odense Universitetshospital

Tabel 13.5 - TARN - Aarhus Universitetshospital

	Number in group	Expected survivors	Observed survivors within ps bands	Difference	Adjusted difference
Survival band	391	387.70	387	-0.18	-0.12
0.95 - 1.00					
0.90 - 0.95	30	27.81	26	-6.04	-0.89
0.80 - 0.90	14	12.10	13	6.45	0.60
0.65 - 0.80	12	9.07	10	7.72	0.31
0.45 - 0.65	15	8.46	8	-3.04	-0.06
0.25 - 0.45	11	3.91	3	-8.24	-0.12
0.00 - 0.25	11	1.61	2	3.58	0.04
Total	484	450.65	449	0.26	-0.24

* Eksklusions-årsag

Rate of Survival Breakdown for Aarhus Universitetshospital

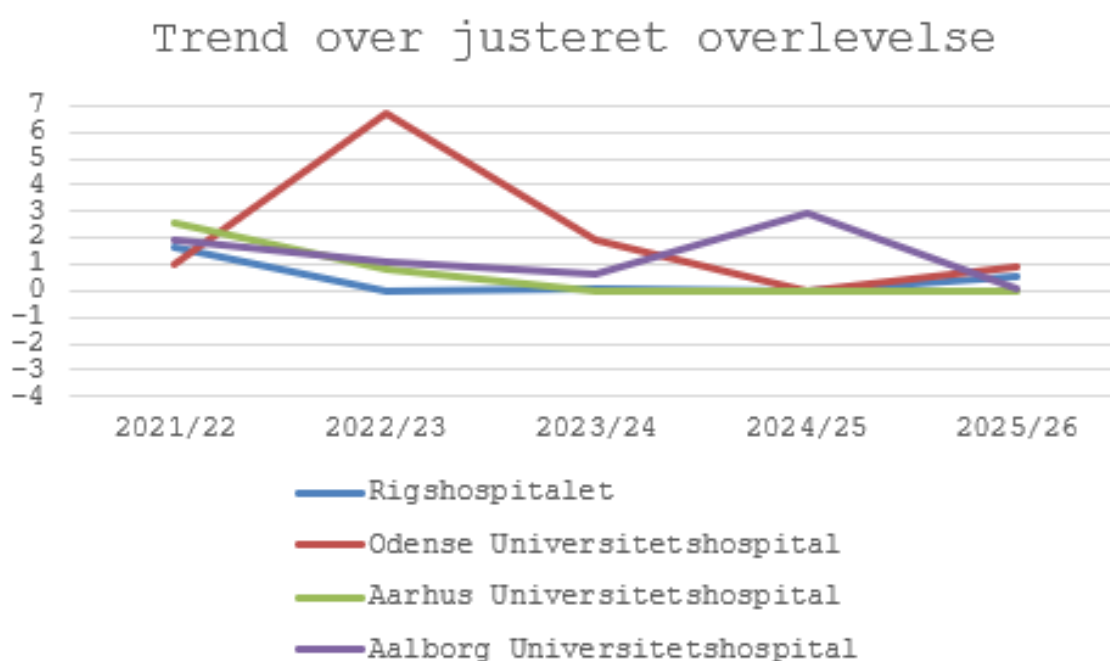
Tabel 13.6 - Tarnindikator

Udviklingsmål	Overlevere: Forventede/ Observerede	Aktuelle år		Tidligere år	
		01.05.2025 - 30.04.2026		2024/25	2023/24
opnået		Justeret forskøl	Antal patienter	Justeret forskøl	Justeret forskøl
Danmark					
Hovedstaden	813 / 825	0.53	885	-0,11	0.04
Sjælland	-	-	-	-	-
Syddanmark	441 / 444	0.92	467	-3,20	1.92
Midtjylland	451 / 449	-0,24	484	-0,01	-5,35
Nordjylland	368 / 373	0.05	391	2.91	0.67
Hovedstaden	813 / 825	0.53	885	-0,11	0.04
Rigshospitalet	813 / 825	0.53	885	0,11	0.04
Sjælland	-	-	-	-	-
Syddanmark	441 / 444	0.92	467	-3,20	1.92

Udviklingsmål	Overlevende:	Aktuelle år		Tidligere år	
Odense Universitetshospital	441 / 444	0.92	467	-3,20	1.92
Midtjylland	451 / 449	-0,24	484	-0,01	-5,35
Aarhus Universitetshospital	451 / 449	-0,24	484	-0,01	-5,35
Nordjylland	368 / 373	0.05	391	2.91	0.67
Aalborg Universitetshospital	368 / 373	0.05	391	2.91	0.67
Regionshospitalet Nordjylland	-	-	-	-	-

Tabellen viser udviklingen over den samlede TARN score for de seneste tre perioder

Figur 13.7 - TARN trendgraf



Trendgrafen viser den samlede TARN score for de fire højt specialiserede traumecentre over tid

Diskussion og implikationer af årets resultater for Justeret overlevelsesanalyse

Analyserne belyser behandlingskvaliteten på de danske Traumecentre målt ved overlevelse og justeret for forhold, som traumecentrene ikke har indflydelse på, herunder patienternes alder og komorbiditet samt traumets sværhedsgrad. En negativ værdi for "Adjusted difference" nederst til højre i tabellerne betyder, at flere patienter er døde end forventet ifølge beregningen sammenlignet med behandlingskvaliteten på et gennemsnitligt Traumecenter i Storbritannien. En positiv værdi betyder tilsvarende, at flere patienter har overlevet end forventet; værdien kan omregnes til et beregnet antal ekstra overlevende patienter.

Årets resultat viser overordnet set en positiv justeret overlevelse på danske Traumecentre, sammenlignet med data fra TARN. Der er små forskelle imellem de enkelte Traumecentre, men der er også statistisk usikkerhed på tallene.

Det er vigtigt at påpege, at analysen omfatter og påvirkes af alle traumecenterets funktioner, modtagelse, udredning, operationer, radiologiske invasive procedurer, intensiv observation og behandling mm.

Årsrapporten indeholder desuden trendgrafer for den justerede mortalitet, som viser en ensartet og god behandlingskvalitet på tværs af de danske Traumecentre.

Udvikling i databasen

2025: Alle traumepatienter i Danmark inkluderet i databasen

Her blev data fra landets akutsygehuse præsenteret på lige fod med data fra de højt specialiserede traumemodtagelser.

I løbet af det kommende år arbejdes på at implementere data fra den Præhospitale Patientjournal til at vise, om patienter er intuberede forud for ankomst til sygehuset. Når denne oplysning kan indhentes, vil det blive muligt også at beregne indikator 3 meningsfuldt for akutsygehusene.

Supplerende opgørelser

Tabel 14.1 - Deskriptiv tabel

01.05.2025 - 30.04.2026	Danmark		Hovedstaden		Sjælland		Syddanmark		Midtjylland		Nordjylland	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	8.281	100,0	2.647	100,0	1.801	100,0	1.516	100,0	1.673	100,0	644	100,0
CT-scanning	6.762	81,7	2.227	84,1	1.563	86,8	1.288	85,0	1.314	78,5	370	57,5
Modtaget fra forudgående hospital	295	3,6	148	5,6	0	0,0	57	3,8	76	4,5	14	#
Modtaget patienter fra Level 1 center	14	#	#	#	0	0,0	#	#	11	#	0	0,0
Hovedtraum e	663	8,0	299	11,3	52	#	128	8,4	130	7,8	54	8,4
Mænd	5.314	64,2	1.742	65,8	1.064	59,1	985	65,0	1.091	65,2	432	67,1
Kvinder	2.967	35,8	905	34,2	737	40,9	531	35,0	582	34,8	212	32,9
Alder: 0-10	504	6,1	176	6,6	122	6,8	76	5,0	100	6,0	30	4,7
Alder: 10<-20	1.391	16,8	417	15,8	334	18,5	260	17,2	277	16,6	103	16,0
Alder: 20<-30	1.373	16,6	432	16,3	304	16,9	246	16,2	285	17,0	106	16,5
Alder: 30<-40	1.036	12,5	345	13,0	213	11,8	191	12,6	202	12,1	85	13,2
Alder: 40<-50	872	10,5	271	10,2	196	10,9	165	10,9	175	10,5	65	10,1
Alder: 50<-60	1.054	12,7	332	12,5	237	13,2	180	11,9	222	13,3	83	12,9
Alder: 60<-70	832	10,0	268	10,1	170	9,4	147	9,7	165	9,9	82	12,7
Alder: 70<-80	735	8,9	229	8,7	137	7,6	155	10,2	159	9,5	55	8,5
Alder: 80<-90	410	5,0	149	5,6	76	4,2	82	5,4	73	4,4	30	4,7
Alder: 90<-100	72	#	27	#	12	#	14	#	14	#	5	#
Alder: 100+	#	#	#	#	0	0,0	0	0,0	#	#	0	0,0

Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Identifikation af traumemodtagelse under akutte hospitalskontakter

Landspatientregisteret (LPR) er baseret på kontakter, dvs. i LPR vil alle kontakter, inklusiv overflytninger imellem afdelinger og sygehuse, tælle som ny kontakt. Idet der i denne database ønskes fokus på kvaliteten af det samlede hospitalsforløb, foretages en sammenkobling af kontakterne, således at kontakter, hvor udskrivelsestidspunkt efterfølges af en ny kontakt indenfor 4 timer, antages at være ét og samme hospitalsforløb (se figur nedenfor). De 4 timer er valgt ud fra, at det forventes, at de fleste overflytninger imellem hospitaler foregår på mindre end 4 timer, og idet der samtidig ønskes et tilstrækkelig kort interval til at tidlige genhenvendelser identificeres.

I forbindelse med indførelsen af LPR3, har Sundhedsdatastyrelsen endvidere udarbejdet en analytisk definition af en genindlæggelse. Denne definition er alene bestemt af tiden mellem to kontakter. I Sundhedsdatastyrelsens definition er anvendt et vindue på fire timer, hvorfor der altså er overensstemmelse mellem DTRs definition og Sundhedsdatastyrelsens.

Registrerede kontakter til anæstesiaafdelingens lægeambulancer er ekskluderet vha. sygehusafdelingskode for disse. Således vil kontakten for disse starte ved evt. ankomst til hospital.

Traumemodtagelsen tillægges hospitalet for det højt specialiseret traumecenter, som er registreret som producerende afdeling for procedurekoden for traumemodtagelse (BWST1F). Såfremt der er flere registrerede traumemodtagelser under det samlede hospitalsforløb, vil patienten blive medtaget for hvert af de højt specialiserede centre, der har "produceret" en traumemodtagelse, men dog kun én gang på hvert center.

Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Dansk Traumeregister (ved etableringen benævnt Multitraumedatabasen) er etableret 1. januar 2015 med det formål at udvikle kvaliteten af behandlingen af traumepatienter på danske hospitaler. I den forbindelse er der i løbet af 2014 udviklet et indikatorsæt for databasen og der blev i 2016 udarbejdet den første pilotrapport baseret på data fra 2015.

Der har før nuværende kvalitetsdatabase været forskellige lokale IT løsninger. Med disse lokale databaser, og samarbejde om regelmæssige traumekonferencer var udgangspunktet for databasen, at alle fire **højt specialiserede** traumecentre (Aalborg, Aarhus, Odense og København) skulle indgå i Dansk Traumeregister.

Under udviklingsarbejdet med Databasen for Akutte Hospitalskontakter er der ved anvendelse af Landspatientregisteret blevet etableret en stor national kohorte bestående af alle ca. 1,7 mio. årlige akutte kontakter til danske hospitaler. Traumepatienter udgør en delmængde af disse, og der er for få år siden indført en procedureregistrering af traumemodtagelse, som muliggør identifikation af traumemodtagelser i Landspatientregisteret.

Anvendelsen af data fra Landspatientregisteret frembyder både fordele og ulemper sammenlignet med en dedikeret indberetningsplatform. Fordelene er, at databasen langt hurtigere kan være i drift med minimal arbejdsbyrde for afdelingerne, og at alle traumemodtagelser i Danmark kan inkluderes. Det har dog været nødvendigt at indføre mulighed for registrering af en række kliniske variable i Landspatientregisteret, som er nødvendige i databasen. Primært drejer det sig om en score for alvorlighed (AIS – abbreviated injury score), men også registrering af Glasgow Coma Scale Score ved ankomst samt systolisk blodtryk. GCS og systolisk blodtryk kan nu indberettes til Landspatientregisteret. AIS og den afledte ISS er af væsentlig betydning for beregning af indikatorer og for case-mix justering.

Indførelsen af LPR3 i løbet af 2019 har medført muligheden for resultatindberetning, der tillader registrering af AIS med alle cifre, hvilket indtil nu ikke har været muligt. Der arbejdes således på at få udarbejdet resultatindberetning for relevante scorere. Resultatindberetningen er dog ikke færdigbehandlet ved udgivelsestidspunktet for denne årsrapport.

Vi forventer at kombinationen af indførelse af LPR3 og resultatindberetning vil føre til resultater for alle indikatorer.

Desuden er der en række kliniske procedure (CT-skanning og intubation), der foretages ved modtagelse og behandling af traumepatienter og kun kan inkluderes fra Landspatientregisteret såfremt validiteten findes sufficient.

Det er således afgørende for måling af kvaliteten af traumemodtagelser at de nødvendige variable, som nu er indført i Landspatientregisteret, bliver implementeret på alle traumecentre iht. databasens datadefinitioner.

Terminologi

For læsevenlighedsens skyld, er de fire centre med højt specialiseret funktion jf. [specialeplanen for ortopædisk kirurgi](#), i denne rapport omtalt som traumecentrene (Rigshospitalet, Århus Universitetshospital, Odense Universitetshospital og Aalborg Universitetshospital). De øvrige sygehuse, der indgår i rapporten er omtalt som akutsygehuse, selvom de i visse regioner kaldes akuthospitaler. Navnene på den enkelte sygehuse er tilpasset navngivningen i Danske Regioners oversigt over akutfunktioner:

Kilde: regioner.dk/sundhed/behandling-paa-hospitaler/akut-og-praehospital/

Datagrundlag

Rapportens data er analyseret d. 26. juni 2026 baseret på udtræk fra LPR foretaget d. 16. juni 2026.

Dansk Traumeregister (DTR) inkluderer data fra Landspatientregisteret (LPR) og CPR-registeret. Alle fire højt specialiserede traumecentre indberetter via Landspatientregisteret til databasen. Desuden leveres data vedr. AIS-score fra 2019 fra de fire traumecentre til SundK via en sikker fildelingsserver.

Komplethed på traumemodtagelsesniveau

Korrekt registrering af traumemodtagelsen med procedurekode BWST1F er afgørende for afgrænsning af patienter i databasen. Der blev i etableringsfasen lavet flere valideringer op imod lokale traumeregistreringer, som var tilgængelig på Odense Universitetshospital, Aarhus Universitetshospital, Rigshospitalet samt det patientadministrative system på Aalborg Universitetshospital. En validering af indberetninger til DTR via LPR i januar 2015 viste, at der var 152 registreringer i LPR og 151 registreringer i lokale data, sv.t. en positiv prædiktiv værdi (PPV) af LPR-registrering på 99 %. Derudover fandtes 21 forløb, som kun var i lokale registreringer sv.t. at LPR havde en komplethed på 88 %. Ved pilotrapporten for hele 2015 fandt flere afdelinger dog større uoverensstemmelser sammenlignet med lokale data, og det blev derfor besluttet at tilbyde validering af data for hele 2015. OUH meldte tilbage, at de i deres lokale traumeregister havde 542 traumemodtagelser, hvor man i DTR via LPR fandt 498 traumemodtagelser. Forskellen skyldtes primært at 37 ikke havde fået BWST1F-koden for traumemodtagelse. Ni traumemodtagelser blev ikke identificeret af DTR. På Aarhus Universitetshospital fandt man fin overensstemmelse mellem lokal registrering og DTR. Aalborg Universitetshospital havde ikke mulighed for at dokumentere mulig underrapportering, da de ikke har lokal registrering. Rigshospitalet fandt for 2015 en diskrepans på 100 patienter, men gentog valideringen for perioden januar til og med september 2016 hvor man fandt god overensstemmelse med 849 i lokale registreringer mod 851 traumemodtagelser med BWST1F-kode i det patientadministrative system. Overensstemmelsen blev bekræftet, da man i DTR fandt, at Rigshospitalet i perioden 1. januar – 6. oktober 2016 havde 849 forløb.

På baggrund af disse valideringer er det sandsynliggjort at kompletheden er > 90 % og med de seneste tilbagemeldinger fra 2016 tyder det på at den er tættere på 100 %, hvilket er meget tilfredsstillende.

Datakvalitet af variable

Datakvaliteten blev vurderet ved valideringen af data for januar 2015. Der fandtes overordnet god overensstemmelse imellem tidspunkt for traumemodtagelse og registreret tidspunkt i DTR via BWST1F-koden i LPR. Den maksimale afvigelse var 92 minutter.

Registrering af CT-skanning i DTR (fra LPR) havde komplethed på 71 %, og PPV på 94 %. Det var dog primært betinget af lav komplethed på Odense Universitetshospital, hvor det viste sig at CT-skanninger kunne være registreret under planlagt ambulante besøg, som ikke blev identificeret i DTR.

Tidspunkt for CT-skanning er ligeledes problematisk, da der er forskel på, hvilket tidspunkt der er registreret, selvom det bør være start på den radiologiske undersøgelse. Manglende integration mellem de billeddiagnostiske systemer (RIS/PACS) og de patientadministrative systemer (herunder EPJ) kan forklare udfordringen med korrekt tidsregistrering.

Overensstemmelse

Idet databasen midlertidigt har to datakilder, LPR og lokale registre, er det muligt at opgøre overensstemmelsesgrad og dækningsgrad for databasen.

Således præsenteres i indeværende rapport, overensstemmelsen for DTR. Den er beregnet som fællesmængden i de lokale systemer og LPR (patienter, der er registreret begge steder) i forhold til antallet af patienter registreret i LPR.

En patient betragtes som registreret, hvis CPR-nummeret optræder (ingen tidsbegrænsning). Erstatnings-CPR-numre er inkluderet i beregningen.

Overensstemmelsen var 91,6 % i opgørelsesperioden. Patienter i kolonnen Uoplyst, er patienter, der optræder i LPR, men ikke i de lokale systemer.

Overensstemmelsen er ikke beregnet for akutsygehusene, idet der udelukkende er brugt data fra LPR til indikatorberegning for akutsygehusene, og der er således ikke en ekstra datakilde at sammenholde med.

Dækningsgrad

Dækningsgraden er beregnet som antallet af patienter registeret i LPR i forhold til det samlede antal patienter registreret i de lokale systemer og LPR.

En patient betragtes som registreret, hvis CPR-nummeret optræder (± 2 dage). Erstatnings-CPR-numre er inkluderet i beregningen.

Dækningsgraden var 96,5 % i opgørelsesperioden.

Dækningsgraden er ikke beregnet for akutsygehusene, idet der udelukkende er brugt data fra LPR til indikatorberegning for akutsygehusene, og der er således ikke en ekstra datakilde at sammenholde med.

Tabel 15.1 - Overensstemmelse

	Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
			01.05.2025 - 30.04.2026		2024/25	2023/24
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		2.717 / 2.962	91,7	(90,7-92,7)	91,3	91,9
Hovedstaden		1.034 / 1.051	98,4	(97,4-99,1)	99,4	98,7
Syddanmark		493 / 612	80,6	(77,2-83,6)	75,5	75,5
Midtjylland		584 / 656	89,0	(86,4-91,3)	91,8	93,3
Nordjylland		606 / 643	94,2	(92,2-95,9)	92,5	95,6
Hovedstaden		1.034 / 1.051	98,4	(97,4-99,1)	99,4	98,7
Rigshospitalet		1.034 / 1.051	98,4	(97,4-99,1)	99,4	98,7
Syddanmark		493 / 612	80,6	(77,2-83,6)	75,5	75,5
Odense Univ ersitetshospit al		493 / 612	80,6	(77,2-83,6)	75,5	75,5
Midtjylland		584 / 656	89,0	(86,4-91,3)	91,8	93,3
Aarhus Unive rsitetshospital		584 / 656	89,0	(86,4-91,3)	91,8	93,3
Nordjylland		606 / 643	94,2	(92,2-95,9)	92,5	95,6
Aalborg Unive rsitetshospital		471 / 499	94,4	(92,0-96,2)	97,0	96,6
Regionshospi tal Nordjylland		135 / 144	93,8	(88,5-97,1)	67,4	89,7

Overensstemmelsen er beregnet som fællesmængden i de lokale systemer og LPR (patienter, der er registreret begge steder) i forhold til antallet af patienter registreret i LPR.

Tabel 15.2 - Eksklusioner og uoplyste for overensstemmelse

	Årsag	Danmark	Hovedstaden	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Eksklusion:	Ej DTR-patient (i lokal database men ej i LPR)	114	45	20	2	47
	Hospital indberetter ikke ais-koder.	5319	1596	904	1017	1

Eksklusioner og uoplyste for overensstemmelse

Tabel 15.3 - Dækningsgrad

	Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
			01.05.2025 - 30.04.2026		2024/25	2023/24
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		2.962 / 3.076	96,3	(95,6-96,9)	96,5	94,2
Hovedstaden		1.051 / 1.096	95,9	(94,5-97,0)	97,4	93,8
Syddanmark		612 / 632	96,8	(95,2-98,1)	95,3	97,9
Midtjylland		656 / 658	99,7	(98,9-100,0)	99,4	96,7
Nordjylland		643 / 690	93,2	(91,0-95,0)	93,0	88,6
Hovedstaden		1.051 / 1.096	95,9	(94,5-97,0)	97,4	93,8
Rigshospitalet		1.051 / 1.096	95,9	(94,5-97,0)	97,4	93,8
Syddanmark		612 / 632	96,8	(95,2-98,1)	95,3	97,9
Odense Univ ersitetshospit al		612 / 632	96,8	(95,2-98,1)	95,3	97,9
Midtjylland		656 / 658	99,7	(98,9-100,0)	99,4	96,7
Aarhus Unive rsitetshospital		656 / 658	99,7	(98,9-100,0)	99,4	96,7
Nordjylland		643 / 690	93,2	(91,0-95,0)	93,0	88,6
Aalborg Unive rsitetshospital		499 / 503	99,2	(98,0-99,8)	98,4	98,3

		Aktuelle år		Tidligere år	
Regionshospitalet Nordjylland	144 / 187	77,0	(70,3-82,8)	71,3	55,7

Dækningsgraden er beregnet som antallet af patienter registeret i LPR i forhold til det samlede antal patienter registreret i de lokale systemer og LPR.

Tabel 15.4 - Eksklusioner og uoplyste for dækningsgraden

	Årsag	Danmark	Hovedstaden	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Eksklusion:	Hospital indberetter ikke ais-koder.	5319	1596	904	1017	1

Eksklusioner og uoplyste for dækningsgraden

Styregruppens medlemmer

Tabel 16.1 - Styregruppens medlemmer

Navn	Titel	Rolle	Selskabsforankring	Organisation	Organisatorisk tilknytning	Dato for tiltrædelse
Morten Schultz Larsen	Overlæge	Formand	Dansk Ortopædisk Selskab	Odense Universitetshospital	Region Syddanmark	
Søren Steemann Rudolf	Overlæge, traumemanager	Styregruppedlem		Rigshospitalet	Region Hovedstaden	
Christian Svane	Ledende overlæge	Styregruppedlem		Rigshospitalet	Region Hovedstaden	
Nikolaj Raaber	Overlæge	Styregruppedlem	Dansk Selskab for Akutmedicin	Aarhus Universitetshospital	Region Midtjylland	
Mikkel Andersen	Afdelingslæge	Styregruppedlem	Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin	Aarhus Universitetshospital	Region Midtjylland	
Line Overholt Nielsen	Overlæge	Styregruppedlem		Aalborg Universitetshospital	Region Nordjylland	2024-04-11 07:34:33.940000
Luis Ferreira	Afdelingslæge	Styregruppedlem	Dansk Ortopædisk Traumeselskab	Aalborg Universitetshospital	Region Nordjylland	
Nini Bundgaard Ringgren	Ledende oversygeplejerske	Styregruppedlem	Dansk Sygepleje Selskab	Aalborg Universitetshospital	Region Nordjylland	
Frederik Borup Danielsson	Afdelingslæge, ph.d.	Styregruppedlem		Odense Universitetshospital	Region Syddanmark	
Jens Lauritsen	Overlæge	Styregruppedlem		Odense Universitetshospital	Region Syddanmark	
Jakob Klim Danker	Klinisk lektor, funktionsansvarlig overlæge	Styregruppedlem		Sjællands Universitetshospital, Køge	Region Sjælland	
Anders Jordy	Cheflæge	Styregruppedlem		Kolding Sygehus	Region Syddanmark	2023-03-31 22:00:00
Torben Linde Mikaelsen	Patientrepræsentant	Patientrepræsentant				2023-03-31 22:00:00
Henning Voss	Hospitalsdirektør	Ledelsesrepræsentant	Regionssundhedsdirektørkr edsen	Regionshospitalet Horsens	Region Midtjylland	2025-02-25 20:32:13.663000
Annette Odby	Seniorkonsulent	Repræsentant for den dataansvarlige myndighed/kontaktperson		SundK - Kvalitetsenhed B		2025-09-01 22:00:00
Helle Hulegaard Sørensen		Datamanager		Sundk - Enhed for Data		2018-05-10 22:00:00
Anne-Kirstine Dyrvig		Epidemiolog		SundK - Kvalitetsenhed B		2024-08-30 09:43:16.947000
Lars Tambour Hansen	Cheflæge	Andet	Dansk Ortopædisk Traumeselskab	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Region Syddanmark	2025-08-27 10:51:08.040000

Regionale kommentarer

Region Hovedstaden

Ingen kommentarer

Region Sjælland

Sjællands Universitetshospital, Køge

Indikator 1: Generelt i Region Sjælland, ser vi ikke at opfylde kvalitetskravet for indikatoren.

Indikatoren ser på Traumeforløb med indlæggelsestid > 24 timer.

Til forskel fra andre Regioner, har Region Sjælland IKKE et Højt specialiseret Traumecenter, hvorfor Traumepopulationen udelukkende er traumer visiteret til et Akutsygehus.

Denne andel er sjældent kommet svært til skade, hvorfor den lave procentsats kun viser at størstedelen af de svære traumer visiteres uden om regionens hospitaler.

Sekundært viser tallet også, at vi i Region Sjælland opererer med en betydelig overtriagering.

Indikator 5C: Indikatoren opfyldes hvis tiden fra at svære neurotraumer modtages på et akuthospital til det sekundært modtages på et Traumecenter ikke overstiger 180min.

SUH Køge opfylder langt fra dette kriterie med 4/10 (40%)

Audit på disse pt., viser at størstedelen ikke har haft et akut behandlingskrævende problem, og er overflyttet til Neuro- Intensivt afsnit via Traumecenter.

Såfremt Indikatoren skal vise tidslinien for interventionskrævende neurotraumer, er tallet 5/6 (83%)

Region Syddanmark

Ingen kommentarer

Region Midtjylland

Ingen kommentarer

Region Nordjylland

Ingen kommentarer