

Præhospitaldatabasen

Årsrapport

Tidsperiode: 1. januar 2019 – 31. december 2019

Udkast 3



20. januar 2020

Præhospitaldatabasen
Version til offentliggørelse

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram · www.rkkp.dk

Hvorfra udgår rapporten

Rapporten er klinisk auditeret af styregruppen for Præhospitaldatabasen.

Formandskabet for Præhospitaldatabasen udgøres af Erika F. Christensen, professor, overlæge, Aalborg Universitetshospital og medformand Søren Mikkelsen, Professor, Lægelig leder af akutlægebilen i Odense.

Rapporten er udarbejdet af klinisk epidemiolog, overlæge, ph.d. Helle Collatz Christensen og statistiker, cand. scient. Henrik Nielsen, Afdeling for hjerte/kar, kirurgi og Akutområdet, Regionernes Klinisk Kvalitetsudviklingsprogram.

Kontaktperson for Præhospitaldatabasen i RKKP er kvalitetskonsulent, oversygeplejerske, Birgitte Rühmann, Frederiksberg Hospital, Nordre Fasanvej 57, 2000 Frederiksberg. Tlf.+45 2634 7809, e-mail: birruh@rkkp.dk

-Indhold

Hvorfra udgår rapporten	2
Konklusion og anbefalinger	5
Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	9
Oversigt over alle indikatorer	12
Indikatorresultater på lands-, regions- og afdelingsniveau	13
Indikatorresultater for indikator 1: Tid til ankomst af første professionelle præhospital indsatsenhed	13
Indikatorresultater for indikator 2: Tid til ankomst af supplerende præhospital indsatsenhed	17
Indikatorresultater for indikator 3: Tidsforbrug til overdragelse af patient på sygehus	21
Indikatorresultater for indikator 4: Andel af opkald til 1-1-2 (hændelser), hvor der er foretaget en kodning i overensstemmelse med Dansk Indeks for Akuthjælp	22
Indikatorresultater for indikator 5: Andelen af patienter afsluttet telefonisk, der følges af en ny kontakt til AMK-vagtcentralen mindre end 24 timer efter kontakten.	25
Indikatorresultater for indikator 6: Andelen af patienter afsluttet på skadestedet der følges af en ny kontakt til AMK-vagtcentralen mindre end 24 timer efter kontakten. (PPJ data)	29
Indikatorresultater for indikator 7: Andelen af patienter med bevidnet hjertestop som genoplives (Return of Spontaneous Circulation, ROSC)	31
Indikatorresultater for indikator 8: Tid til indbringelse til trombolyse eller endovaskulær behandling efter erkendt apopleksi	34
Indikatorresultater for indikator 9: Behandling med PCI efter STEMI*	35
Indikatorresultater for indikator 10: Andel af opkald til 1-1-2 hvor der er registreret cpr-nummer	36
Supplerende analyser	41
Supplerende analyser til indikator 2.	41
Tid fra opkald til 1-1-2 (hændelser), hvor akutbil med paramediciner/ambulancebehandler er først ankomne supplerende indsatsenhed (PPJ):	41
Tid fra opkald til 1-1-2 (hændelser), hvor akutbil med læge er først ankomne supplerende indsatsenhed (PPJ):	41
Supplerende analyser til indikator 2 (Disponeringsdata).	42
Tid fra opkald til 1-1-2 (hændelser), hvor akutbil med paramediciner/ambulancebehandler eller sygeplejerske er først ankomne supplerende indsatsenhed (Disponeringsdata):	42
Tid fra opkald til 1-1-2 (hændelser), hvor akutbil med læge er først ankomne supplerende indsatsenhed (Disponeringsdata):	43
Supplerende analyse til Indikator 5.	43
Supplerende analyse til indikator 6	45

Analysér til vurdering af mulige nye indikatorer	47
Smertebehandling:	47
Ordnation af Glucose til den bevidstheds påvirket patient:	48
Datagrundlag	51
Styregruppens medlemmer	52
Beregningsregler	53
Regionale kommentarer til rapporten:	56

Konklusion og anbefalinger

Denne årsrapport fra Præhospitalsdatabasen omhandler endnu engang et antal indikatorer, der afspejler kørselstider for ambulancer, akutlægebiler osv., og indikatorer der afspejler kvaliteten af registrering, da det er vigtigt for at kunne følge op på patientbehandlingen. To indikatorer handler om opfølgning på at der er genhenvendelser samme døgn for patienter, der ikke får en ambulance og patienter, der færdigbehandles på stedet og ikke køres til hospital. Samlet set ligger indikatorerne stabilt sammenlignet med tidligere år, og der er kun beskedne variationer mellem regionerne. Denne variation skyldes i høj grad at der er tre forskellige elektroniske ambulancedisponerings-systemer, som ikke alle understøtter indsamlingen af de nødvendige data.

I 2015-16 begyndte man i hele landet at anvende den samme elektroniske patientjournal (PPJ) i alle ambulancer. Dermed blev det muligt at få data om selve patientbehandlingen ude i ambulancerne. I 2018 blev udarbejdet en dokumentalistrapport og på baggrund heraf udvalgt nye kliniske indikatorer. Det drejer sig blandt andet om smertebehandling, kontrol af blodsukker og behandling af evt. lavt blodsukker hos bevidstløse. Disse patientrelaterede indikatorer blev præsenteret i årsrapporten første gang sidste år. Da der stadig afventes godkendelse fra Sundhedsdatastyrelsen af de nye kliniske indikatorer, indgår de kun her som supplerende indikatorer. De kliniske og patientnære indikatorer er meget efterspurgt, både af ledelser og klinikere og af patientrepræsentanten, som nyligt er trådt ind i styregruppen. Styregruppen ser meget frem til Sundhedsdatastyrelsens godkendelse.

Det præhospitale patientforløb

Præhospitalsdatabasen dækker hele det præhospitale patientforløb. Når borgerne ringer 1-1-2 modtages opkaldet først af Politiets Alarmcentral eller Hovedstadens Beredskab, hvorfra opkald vedr. sygdom eller tilskadekomst videregives til en af de fem regioners AMK-vagtcentraler (Akut Medicinsk Koordinering). Når AMK-vagtcentralen modtager 1-1-2-samtalen møder patienten første gang sundhedsvæsenet, nemlig den sundhedsfaglige visitator, der vurderer hvor alvorligt og hastende hændelsen er og visiterer hjælpen herud fra. Dette sker ved hjælp af Dansk Indeks for Akuthjælp (et beslutningsstøttesystem baseret på symptomer og ulykkesmekanismer, kaldes blot 'Dansk Indeks'¹ – se Faktaboks 2). Den sundhedsfaglige visitator visiterer til ambulance eller anden form for hjælp/ henvisning og vurderer med hvilken hastegrad en ambulance skal fremsendes (Faktaboks 2). En teknisk kørselsdisponent sender den/de præhospitale indsatsenheder: ambulancer, akutbiler, akutlægebiler, akutlægehelikopter osv. En eller flere enheder sendes af sted, tilser og behandler den syge/tilskadekomne. Patienten bliver færdigbehandlet på stedet eller bliver transporteret videre til behandling på et hospital. Efter ankomst til hospitalet overdrages patienten til hospitalspersonale, hvorved også patientansvaret overdrages fra den præhospitale organisation til hospitalet. Alle PPJ-data findes samlet på særlig server i Region Nordjylland, der er systemansvarlig region. Efter et længere

¹<http://www.ph.rm.dk/siteassets/prahospitalet/prahospitale-omrader/amk-vagtcentral/dansk-indeks-1.8---landsudgaven.pdf>

udviklingsarbejde, er der nu på denne server PPJ-patientforløbsdata, som leveres herfra til de enkelte regioner.

Desværre omfatter PPJ ikke hele det præhospital patientforløb, da PPJ første oprettes, når ambulancen er nået frem til patienten. Der mangler oplysninger om, hvorvidt opkaldet kommer fra 1-1-2 eller om det er en bestilling f.eks. fra praktiserende læge eller hospital; og der mangler oplysninger i PPJ om de patienter, hvortil der ikke sendes en ambulance: Disse data må derfor indhentes fra de tre forskellige tekniske ambulancedisponerings-systemer, der anvendes i Danmark og så herefter kobles til patientforløbet

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

Det gælder således stadig at flere af Præhospitaldatabasen indikatorer omhandler tidsintervaller for ambulancekørsler. Traditionelt er fokus på den såkaldte ambulanceresponstid (Se Faktaboks 3), mens indikatoren ser på den samlede tid fra 1-1-2-opkald når den præhospital virksomhed modtager opkaldet fra politiet til ankomst til patientens adresse. Derfor omhandler indikatorer 1 hele tidsintervallet fra AMK-vagtcentralerne modtager den elektroniske melding om et 1-1-2 opkald fra politiet/Hovedstadens Beredskab og indtil den professionelle hjælp er fremme på skadestedet. Dette tidsinterval er længere end den officielle ambulanceresponstid, således som den er defineret i Bekendtgørelse 971² (Faktaboks 3) om planlægning af sundhedsberedskabet. Her beregnes tidsintervallet fra den tekniske kørselsdisponent modtager den elektroniske melding om en opgave til en ambulance, og indtil ambulancen er fremme på stedet. Da sundhedsvæsenet modtager ikke 1-1-2-opkaldene direkte, og derfor skal der altså, set fra patientens synsvinkel, tillægges den tid, der bruges på 1-1-2- opkaldene hos politiet/Københavns Brandvæsen, samt den tid behandleren er hos patienten. Så længe det tidsforløb ikke kan fås oplyst, giver indikatoren i sig selv ikke megen mening, da den ikke belyser det reelle tidsforløb set fra patients side. Dertil kommer, at heller ikke sundhedsfagligt er der stort belæg for kort responstid og overlevelse, når man ser på samtlige ambulanceudrykninger, hvorfor der ikke er angivet standarder for tidsmålene. Korte tidsforløb er alene af betydning for behandlingsresultatet for tidskritiske akut livs- og førlighedstruende tilstande (som f.eks. hjertestop og alvorlig tilskadekomst), men disse udgør en kun en mindre del af alle ambulanceudrykninger. Langt de fleste ambulanceudrykninger går til akutte tilstande, som ikke på samme måde er afhængige af tidskritiske behandlingstiltag. Derfor er det besluttet at lade disse generelle tidsforløb for alle præhospital patienter udgå som indikatorer fremover.

Anbefalinger:

² BEK nr 971 af 28/06/2016: Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet, <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=181681>

Med udgangspunkt i de konkrete anbefalinger fra de enkelte indikatorer har styregruppen følgende anbefalinger:

- At der fortsat arbejdes med at øge registreringen af præhospitale forløb. Det drejer sig om at øge registrering af hastegrader, inklusive de, der afsluttes i telefon. Det vil sige øge fokus på de patienter der afsluttes på stedet, samt af CPR for at gøre det muligt at følge op, bl.a. af evt. genhenvendelser for patienter afsluttet i telefonen eller på stedet.
- Der arbejdes fortsat på at lade indikatorerne, inkl tidsindikatorer for specifikke, potentielt livstruende tilstande, følge det præhospitale patientforløb.
- Da PPJ først oprettes, når der er disponeret en ambulance, indgår alle 1-1-2-opkald og den sundhedsfaglige vurdering på AMK-vagtcentralen ikke direkte i PPJ. Derfor anbefales det at ændre dette PPJ, så PPJ omfatter hele det præhospitale patientforløb, lige fra 1-1-2-opkaldet modtages.
- For tidsindikatorer arbejdes på at få det patientoplevede tidsforløb: fra 1-1-2-opkald indtil ambulancepersonalet er fremme. Det indebærer at regionerne fortsat søger at indhente data om tidspunktet for de enkelte 1-1-2-opkald fra politiet/Hovedstadens Beredskab samt ambulancepersonalets ankomst direkte ved patienten (til forskel fra ambulancens ankomst)

Perspektiver

Målet med Præhospitaldatabasen at få fokus på patienterne, patientbehandlingen og det samlede præhospitale patientforløb, samt på længere sigt, ved kobling til andre databaser - hele det akutte patientforløb. I denne årsrapport er data indhentet både fra PPJ og fra de regionale tekniske disponeringssystemer, som er designet til at styre kørsler/flyvninger. Derfor ser vi frem til at de nye indikatorer godkendes hos Sundhedsdatastyrelsen og træder i kraft. Fremover vil dette blive ændret, idet data om de præhospitale patienter kan fås fra datasættet "PPJ-patientforløb", som bliver en del af den fællesregionale drift af PPJ. De nye indikatorer vedr. den præhospitale kliniske behandlingskvalitet, som styregruppen har besluttet præsenteres forhåbentlig i den næste årsrapport.

Faktaboks1: Præhospitale data – tekniske betegnelser

Præhospitale data omfatter mange elementer. De tekniske begreber er 'hændelser' og 'opgaver'. Dette dækker over at når en borger ringer 1-1-2, så oprettes der en 'hændelse' i de elektroniske systemer på AMK-vagtcentralerne, som registrerer alle driftsmæssige forhold. 'En Opgave' defineres som når der, på baggrund af opkaldets natur, bliver sendt en præhospitale enhed som fx en ambulance, akutbil eller helikopter.

I denne rapport vil vi benytte begreberne 'hændelser', patienter og 'opgaver', præhospitale enheder alternerende.

Denne årsrapport inkluderer 1-1-2-opkald til Politiets og Hovedstadens Beredskab, som er viderestillet til og har medført en hændelse hos AMK-vagtcentralerne. Rapporten inkluderer således i alt 336.801 hændelser (alle hastegrader A-F. Data for Region Hovedstaden omfatter kun hastegrader A-B), som har medført i 422.760 opgaver (f.eks. kørsler) ved AMK-vagtcentralerne i 2019 for de fem regioner (Se tabel nedenfor).

	2019				2018				2017			
	Hændelser	(pr. 100.000 indb.)	Opgaver	(pr. 100.000 indb.)	Hændelser	(pr. 100.000 indb.)	Opgaver	(pr. 100.000 indb.)	Hændelser	(pr. 100.000 indb.)	Opgaver	(pr. 100.000 indb.)
<i>Danmark</i>	336.801	5.792	422.760	7.271	342.997	5.924	436.951	7.547	322.067	5.591	410.063	7.118
<i>Hovedstaden</i>	107.856	5.861	128.133	6.962	109.915	6.020	133.271	7.299	106.865	5.897	129.426	7.142
<i>Sjælland</i>	63.768	7.615	76.492	9.135	64.152	7.670	77.208	9.231	52.087	6.245	58.873	7.059
<i>Syddanmark</i>	66.851	5.462	79.376	6.486	69.209	5.662	82.568	6.755	68.931	5.656	81.911	6.721
<i>Midtjylland</i>	59.659	4.509	84.587	6.393	60.507	4.597	87.622	6.656	57.268	4.377	86.747	6.631
<i>Nordjylland</i>	38.667	6.557	54.172	9.186	39.214	6.659	56.282	9.557	36.916	6.282	53.106	9.038

Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Den præhospitale sektor udgør en væsentlig del af sundhedsvæsenet i forhold til tidlig diagnostik og behandling ved akutte tilstande. Det præhospitale område består af en hel række indsatser. 1-1-2-opkald modtages ikke direkte i sundhedsvæsenet, men besvares først af Politiets Alarmcentral eller Hovedstadens Beredskab, hvorfra en elektronisk meddelelse sendes, og et opkald vedr. sygdom eller tilskadekomst viderestilles, til én af de fem regioners AMK-vagtcentraler (Akut Medicinsk Koordinering). Her vurderer en sundhedsfaglig visitator hastegraden (A, B, C, D, E/F) og hovedsymptomet/ulykken efter Dansk Indeks for Akuthjælp (et symptom-opbygget beslutnings støtte system, kaldes blot 'Dansk Indeks'³). Hastegraden noteres elektronisk og en teknisk kørselsdisponent udvælger og alarmerer elektronisk den/de konkrete indsatsenheder: ambulancer, akutbiler, akutlægebiler, akutlægehelikopter. En eller flere af disse enheder behandler patienterne på stedet og under transport til hospital eller færdigbehandler evt. patienter på stedet. Efter ankomst til hospitalet overdrages patienten til hospitalspersonale, hvorved også patientansvaret overdrages fra den præhospitale organisation til hospitalet.

Faktaboks 2: Dansk Indeks for Akuthjælp

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

Beslutningsstøtteværktøjet bruges til vurdering af alvorlighedsgrad kaldet "hastegradsvurdering", og ligger til grund for prioritering og disponering af de præhospitale indsatsenheder (ambulancer, akutlægebiler mm.) til akut syge og alvorligt tilskadekomne borgere.

Hastegrad

A muligt livs eller førlighedstruende tilstande – ambulance med udrykning,

B hurtigt til mindre alvorlige men hastende tilstande- ambulance

C ikke hastende - ambulance

D ikke hastende – liggende befordring

E/F Ikke behov for ambulance eller liggende befordring

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

Dataoverblikket på området er udfordret af de vilkår der arbejdes under i den præhospitale sektor, hvor patientens identitet ikke altid er kendt. Dertil kommer, at data indsamles fra AMK-vagtcentralerne, der både modtager 1-1-2 og mange andre opkald. Udgangspunktet for indsatsen er den enkelte præhospitale hændelse, som kan være f.eks. én syg patient eller en

³<http://www.ph.rm.dk/siteassets/prahospitalet/prahospitale-omrader/amk-vagtcentral/dansk-indeks-1.8---landsudgaven.pdf>

ulykke med flere involverede. Data indhentes indtil videre fra AMK-vagtcentralernes systemer til teknisk disponering af udsendte indsatsenheder. Der er tale om meget korte samlede tidsforløb, fra minutter til få timer. Alt dette giver særlige udfordringer ift. at beskrive det sammenhængende forløb for den enkelte patient - fra 1-1-2-opkald til overdragelse til hospitalet eller afslutning uden hospitalskontakt. Der anvendes særlige tekniske begreber, som der skal skelnes imellem nemlig af *hændelser* (1-1-2-opkald), *opgaver* (kørsler) og *patienter*. (Faktaboks 1)

Nogle af hændelserne afsluttes telefonisk med råd eller henvisning til egen læge/vagtlæge, hvorimod andre medfører, at der sendes en eller flere præhospitale indsatsenheder (opgaver), typisk ambulancer. I en hændelse kan der leveres ydelser til en eller flere patienter. Det ikke er altid muligt at få information om patientens cpr-nummer i de akutte situationer. Selvom dette er et grundvilkår for området, vil der i databasen blive arbejdet på at øge andelen af opgaver, hvor der er tilknyttet et cpr-nummer på en patient.

Præhospitaldatabasens kvalitetsindikatorer er udvalgt med udgangspunkt i rapporten om nationale kvalitetsmål på det præhospitale område udarbejdet af Danske Regioners temagruppe på det præhospitale område⁴ samt med forslag til nye indikatorer baseret på dokumentalist rapporten fra 2018.

Flere af Præhospitaldatabasens indikatorer omhandler tidsintervaller, idet der traditionelt er fokus på den såkaldte ambulanceresponstid. Der er ikke videnskabelig dokumentation for generel sammenhæng mellem kort responstid og overlevelse når man ser på samtlige ambulanceudrykninger. Korte ambulanceresponstider er kun af betydning for behandlingsresultatet for visse, tidskritiske akut livs- og færighedsstruende tilstande (som f.eks. hjertestop og alvorlig tilskadekomst). Disse udgør en mindre del af alle ambulanceudrykninger, idet langt de fleste ambulanceudrykninger går til akutte, men ikke tidskritiske tilstande. Derfor er der ikke angivet standarder for disse.

I Danmark defineres ambulanceresponstid i Bekendtgørelse 971 (Se Faktaboks 3) om planlægning af sundhedsberedskabet, som tidsintervallet fra den tekniske kørselsdisponent modtager den elektroniske melding om en opgave til en ambulance og indtil ambulancen er fremme på stedet. Præhospitaldatabasens indikatorer søger derimod tidsmål, sådan som patienterne oplever tidsintervallet. Indikator 1 omhandler således hele intervallet fra AMK-vagtcentralerne modtager den elektroniske melding fra politiet/Hovedstadens Beredskab og indtil den første hjælp er fremme. Dette tidsinterval er således typisk længere end ambulanceresponstiden. Hertil kommer, at sundhedsvæsenet ikke modtager 1-1-2-opkaldene direkte, og derfor skal der altså, set fra patientens synsvinkel, tillægges som minimum den tid, der bruges på 1-1-2-opkaldene hos politiet/ Hovedstadens Beredskab.

⁴ <http://www.rkkp.dk/siteassets/om-rkkp/de-kliniske-kvalitetsdatabaser/prahospitalsdatabasen/rapport-af-2013-11-27-om-forslag-til-nationale-kvalitetsmal-for-den-prahospitale-indsats-i-danmark.pdf>

Faktaboks 3: Ambulanceresponstid efter bekendtgørelse

Bekendtgørelse 971 om planlægning af sundhedsberedskabet⁵

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

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

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

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

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

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

I 2018 er der udarbejdet en dokumentalistrapport⁶, som viser at der kan laves mål på den kliniske indsats i det præhospitale forløb fra ambulancepersonalet. De kommende år vil styregruppen arbejde for at implementere ændringer til indikatorsætte, der reflekterer dette.

⁵ BEK nr 971 af 28/06/2016: Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet, <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=181681>

⁶ <https://www.rkkp.dk/siteassets/om-rkkp/databaser/prahospitaldatabasen/dokumentalistrapport-prehosp-kvalitetsindikatorer.pdf>

Oversigt over alle indikatorer

Indikatoroversigt				
ID	Nr	Navn	Format	Standard
	1	Tid til ankomst af første professionelle præhospitale indsatsenhed	Median tid	Ikke fastlagt
	2	Tid til ankomst af første supplerende præhospitale indsatsenhed (stratificeret på hhv. paramediciner, sygeplejerske og læge)	Median tid	Ikke fastlagt
	3	Tidsforbrug til overdragelse af patient på sygehus	Median tid	UDGÅET
	4	Andel af opgaver hvor der er foretaget en kodning i overensstemmelse med Dansk Indeks for Akuthjælp	Andel	≥95 %
	5	Andelen af patienter afsluttet telefonisk der følges af en ny kontakt til AMK-vagtcentralen mindre end 24 timer efter kontakten	Andel	Ikke fastlagt
	6	Andelen af patienter afsluttet på skadestedet der følges af en ny kontakt til AMK-vagtcentralen mindre end 24 timer efter kontakten	Andel	Max 5 %
	7	Andelen af patienter med bevidnet hjertestop som genoplives (Return of Spontaneous Circulation, ROSC)	Andel	Ikke fastlagt
	8	Tid til indbringelse til trombolyse eller endovaskulær behandling efter erkendt apopleksi*	Median tid	Ikke fastlagt
	9	Behandling med PCI r efter STEMI*	Andel	Ikke fastlagt
	10	Andel af opkald til 1-1-2 hvor der er registreret cpr-nummer (Stratificeret på hastegrad)	Andel	≥90 %
*Afventer data fra bl.a. PPJ				

Indikatorresultater på lands-, regions- og afdelingsniveau

Indikatorresultater for indikator 1: Tid til ankomst af første professionelle præhospitale indsatsenhed

Tid fra opkaldet modtages elektronisk hos AMK-vagtcentralen til ankomst for første præhospitale indsatsenhed for opkald, hvori der indgår hastegrad A (median antal minutter og nedre samt øvre kvartil (IQR)). Med "præhospitale indsatsenhed" menes her en professional indsatsenhed, dvs. en ambulance, en akutbil med sundhedsprofessionelle, en akutlægebil eller akutlægehelikopter

Beregning af indikator 1

Tid til ankomst af første professionelle præhospitale indsatsenhed

Standard: ikke fastlagt

Tid fra 1-1-2-opkald (hændelsen) modtages elektronisk hos AMK vagtcentralen til ankomst for første præhospitale indsatsenhed for hændelser, hvori der indgår en hastegrad A

Tæller: Tid fra hændelse modtages elektronisk hos AMK vagtcentralen til manuelt tryk eller elektronisk registrering ved ankomst af første præhospitale indsatsenhed.

Nævner: Alle hændelser indeholdende mindst én indsatsenhed med hastegrad A. I indikator 1 anvendes den sidst registrerede vurdering af hastegraden.

Indikatorresultatet angives som median tid i minutter, da de målte tidsintervallerne ikke er normalfordelt, og gennemsnitsværdier derfor ville være misvisende.

Indikator 1: Tid til ankomst af første professionelle præhospitale indsatsenhed (angivet i minutter)

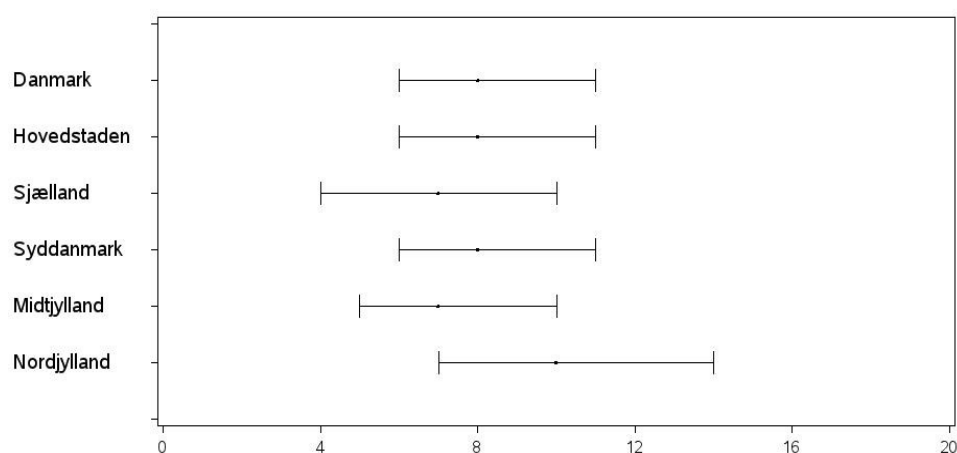
	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard	Antal	antal	01.01.2019 - 31.12.2019	01.01.2018 - 31.12.2018	01.01.2017 - 31.12.2017
	opfyldt		(%)	Median	Median (IQR)	Median (IQR)
Danmark	-	150.955	0(0)	8,0	(6,0;11,0)	8,0 (6,0;11,0)
Hovedstaden	-	45.796	0(0)	8,0	(6,0;11,0)	8,0 (6,0;10,0)
Sjælland	-	24.989	0(0)	7,0	(4,0;10,0)	7,0 (5,0;11,0)
Syddanmark	-	37.665	0(0)	8,0	(6,0;11,0)	8,0 (6,0;11,0)
Midtjylland	-	23.881	0(0)	7,0	(5,0;10,0)	8,0 (6,0;11,0)

Præhospitaldatabasen
Version til offentliggørelse

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram · www.rkkp.dk

	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard	Antal	antal	01.01.2019 - 31.12.2019	01.01.2018 - 31.12.2018	01.01.2017 - 31.12.2017
	opfyldt		(%)	Median IQR	Median (IQR)	Median (IQR)
Nordjylland	-	18.624	0(0)	10,0 (7,0;14,0)	10,0 (7,0;14,0)	10,0 (7,0;14,0)

Indikator 1: Tid til ankomst af første professionelle præhospitale indsatsenhed (angivet i minutter)



Resultater af indikatoranalysen

Totalt set var der i 2019 lidt færre ambulancekørsler hastegrad A, sammenlignet med 2018. Dette gør sig gældende i alle 5 regioner. I indikatoren indgår 150.955 hændelser. Den mediane tid fra opkaldet er modtaget, til første præhospitale indsatsenheds ankomst, lå på landsplan mediant på 8 minutter, varierende mellem regioner fra 7,0 - 10,0 minutter. Dog således at 75% af tiderne var mindre end eller lig 11,0 minutter. Variationen mellem regionerne er således beskeden, så set fra patientperspektiv er kvaliteten målt på denne indikator ret ensartet. på landsplan.

Tid til ankomst af første professionelle præhospitale indsatsenhed har ligget stabilt over de tre afrapporterede perioder.

Diskussion og implikationer

Præhospitaldatabasens indikatorer søger tidsmål, sådan som **patienterne** oplever tidsintervallet. Indikatorerne 1 omhandler således hele tidsintervallet fra AMK-vagtcentralerne

modtager den elektroniske melding fra politiet/ Hovedstadens Beredskab og indtil fx indsatsenheden er fremme. I denne rapport opgøres tiden til ankomst af første professionelle indsatsenhed, uanset om dette er en ambulance, en akutbil, en akutlægebil eller akutlægehelikopteren.

Som tidligere bemærket er denne tid LÆNGERE end bekendtgørelsens definition af ambulanceresponstid og dermed anderledes end de ambulanceresponstider de enkelte regioner vanligvis offentliggør. I Danmark defineres disse responstider i Bekendtgørelse 971 (Faktaboks 3) om planlægning af sundhedsberedskabet, som tidsintervallet fra den tekniske kørselsdisponent modtager den elektroniske melding om en opgave til en ambulance og indtil første ambulance er fremme på stedet. Dette kaldes også ambulanceresponstid. De enkelte regioner rapporterer ambulanceresponstider ud fra de servicemål, som det enkelte regionsråd selv fastsætter (i henhold til bekendtgørelsen). De offentliggjorte værdier kan være opgjort som 90% percentil, gennemsnit eller medianværdier alt afhængig af, hvordan man lokalt har fastlagt servicemålene.

Vurdering af indikatorens anvendelighed

Der er ikke videnskabelig dokumentation for generel sammenhæng mellem kort responstid og overlevelse, når man ser på samtlige ambulanceudrykninger. Korte ambulanceresponstider er kun af betydning for overlevelse og behandlingsresultatet for tidskritiske akut livs- og førlighedstruende tilstande (som f.eks. hjertestop og alvorlig tilskadekomst). Disse udgør kun en mindre del af alle ambulanceudrykninger, idet langt de fleste ambulanceudrykninger går til akutte, men ikke tidskritiske tilstande.

Da det endnu ikke er muligt at afgrænse hændelserne i forhold til om der er tale om tidskritisk sygdom er der ikke sat standard på indikatoren.

Indikatoren i sig selv giver ikke megen mening, da den, som ovenfor beskrevet, ikke belyser det reelle tidsforløb set fra patients side, hvortil kommer, at der ikke er sundhedsfagligt belæg for korte tidsmål og overlevelse, når man ser på samtlige ambulanceudrykninger. Derfor er det besluttet at lade disse generelle tidsforløb for alle præhospitale patienter udgå som indikatorer fremover. I stedet vil indikatorer vedr. tidskrav knyttes til udvalgte, tidskritiske tilstande. Det vil således fortsat forudsætte at tidspunkt for 1-1-2-opkaldet til alarmcentralen kan fås fra hhv. Politiet og Hovedstadens Beredskab.

Til perspektivering af tallene for indikator 1, er der, som supplement, fremstillet en tabel med antal disponerede indsatsenheder med hastegrad A, som indgår i indikatoren fordelt per region per 100.000 indbyggere.

Supplerende til indikator 1: Antal disponerede indsatsenheder med hastegrad A per 100.000 indbyggere for hver region

	<i>Antal A-kørsler 2019</i>	<i>Antal A-kørsler pr. 100.000 indbyggere 2019</i>	<i>Antal A-kørsler 2018</i>	<i>Antal A-kørsler pr. 100.000 indbyggere 2018</i>	<i>Antal A-kørsler 2017</i>	<i>Antal A-kørsler pr. 100.000 indbyggere 2017</i>
<i>Danmark</i>	150.955	2.596	158.272	2.752	157.576	2.735
<i>Hovedstaden</i>	45.796	2.488	47.328	2.592	43.362	2.393
<i>Sjælland</i>	24.989	2.984	26.759	3.199	28.554	3.424
<i>Syddanmark</i>	37.665	3.078	39.501	3.232	40.815	3.349
<i>Midtjylland</i>	23.881	1.805	24.605	1.947	24.857	1.900
<i>Nordjylland</i>	18.624	3.158	20.079	3.415	19.988	3.402

Indikatorresultater for indikator 2: Tid til ankomst af supplerende præhospitale indsatsenhed

Tid fra opkald til 1-1-2 (hændelsen) modtages elektronisk hos AMK vagtcentralen, til ankomst af supplerende behandlingskompetence i et særligt køretøj (eller helikopter) (som ikke er en ambulance, dvs. beregnet til patienttransport på bære). Kun hændelser med mindst en hastegrad A.

Beregning af indikator 2

Tid til ankomst af første supplerende indsatsenhed

Standard: ikke fastlagt

Tid fra opkald til 1-1-2 (hændelsen) modtages elektronisk hos AMK vagtcentralen (Akut Medicinsk Koordinering) til ankomst af supplerende behandlingskompetence i et særligt køretøj (eller helikopter) (som ikke er en ambulance, dvs. beregnet til patienttransport på bære)

De supplerende indsatsenheder opdeles i:

- a) Paramediciner/behandler i akutbil
- b) Sygeplejerske i akutbil
- c) Læge i akutlægebil

Tæller: Tid fra hændelse modtages elektronisk hos AMK vagtcentralen til manuelt tryk ved ankomst af første supplerende præhospitale indsatsenhed i den elektroniske patientjournal. Stratificeret på type af først ankomne præhospitale indsatsenhed.

Nævner: Alle 1-1-2-hændelser indeholdende mindst én hastegrad A og hvor der er mindst én supplerende præhospitale indsatsenhed som ikke aflyses før ankomst til skadested.

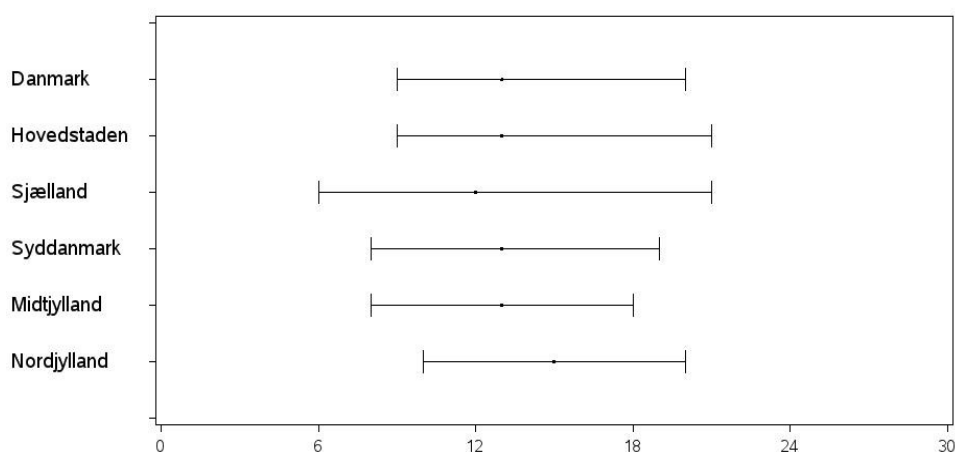
Angives som mediantid i minutter.

I [supplerende analyser](#) bagerst i rapporten vises tal for denne indikator med den tidligere variable fra disponeringssystemet, som teknisk set er generet manuelt. Derudover findes opgørelse af indikator 2 stratificeret på personalemæssige ressource. a) Paramediciner/ ambulancebehandler eller sygeplejerske, b) Læge.

Indikator 2: Tid til ankomst af første supplerende indsatsenhed; alle indsatsenhedstyper (i minutter):

	Uoplyst			Aktuelle år		Tidligere år
	Standard	Antal	antal	01.01.2019 - 31.12.2019		01.01.2018 - 31.12.2018
	opfyldt		(%)	Median	IQR	Median (IQR)
Danmark	-	30.507	2868(9)	13,0	(9,0;20,0)	13,0 (8,0;19,0)
Hovedstaden	-	8.133	1591(16)	13,0	(9,0;21,0)	12,0 (9,0;19,0)
Sjælland	-	2.374	174(7)	12,0	(6,0;21,0)	11,0 (6,0;18,0)
Syddanmark	-	7.901	0(0)	13,0	(8,0;19,0)	13,0 (9,0;19,0)
Midtjylland	-	5.121	0(0)	13,0	(8,0;18,0)	12,0 (8,0;18,0)
Nordjylland	-	6.978	1103(14)	15,0	(10,0;20,0)	15,0 (10,0;20,0)

Indikator 2: Tid til ankomst af supplerende præhospitale indsatsenhed (minutter)



Beregning af indikatoren

Indikator 2 beskriver tiden fra opkald til 1-1-2 (hændelsen) først modtages af AMK-vagtcentralen til ankomst for første supplerende præhospitale indsatsenhed for hændelser med mindst en hastegrad A, hvor den præhospitale indsatsenhed ikke aflyses før ankomst. Der anvendes sidste registrerede hastegrad i hændelsen. Supplerende præhospitale indsatsenhed er defineret, som en indsatsenhed med avanceret behandlerudstyr, men ingen bære til transport af en patient. Dette kan inkludere akutbil med paramediciner/behandler eller akutlægebil samt lægehelikopter, hvor denne er registreret, som en disponeret indsatsenhed og kommer efter den første præhospitale indsatsenhed – typisk en ambulance.

Når der sendes (mindst) én ambulance til 1-1-2-opkald, vurderet som hastegrad A, skal ambulancen ifølge bekendtgørelser 1264 (Se Faktaboks 3) være bemannet med mindst to personer, og heraf skal mindst én være uddannet ambulancebehandler. Ud over en ambulance, kan der sendes en eller flere supplerende præhospitale enheder til særligt alvorlige tilfælde. Det kan være akutbil med ambulancebehandler, paramediciner og/eller sygeplejerske, eller det kan være læge i form af en akutlægebil eller akutlægehelikopter.

I flere regioner er nogle ambulancer bemannet med en paramediciner. Indikatoren her fokuserer imidlertid på at der ankommer mere end ét køretøj til patienten, altså en supplerende indsatsenhed, hvorfor paramedicinere i førstkommende ambulancer ikke er medregnet.

Resultater af indikatoranalysen

Denne anden opgørelse, hvor vi benytter data fra journalen i bilerne (PPJ), viser at i indikator 2 indgår 30.507 hændelser (tæller) efter eksklusion af 2868 (9%) hændelser med manglende oplysninger om hastegrad. Mediantiden er 13,0 minutter (interkvartil område (IQR) 9,0 – 20,0 minutter). Regionalt varierer den 12,0 - 15,0 minutter. Det skal bemærkes at patienterne kan have fået avanceret behandling ved paramediciner i primærambulancen (den første professionelle præhospitale indsatsenhed) eller evt. førstkommende akutlægebil eller akutbil med paramediciner eller sygeplejerske uden at det regnes med i denne opgørelse, idet denne kun opgør supplerende indsatsenheder. Desuden skal det bemærkes, at lægehelikopter er medregnet i det totale antal (alle typer), men at der ikke opgøres tal på lægehelikopteren særskilt.

Diskussion og implikationer

Beregningen af denne indikator benytter data PPJ og kan ikke umiddelbart sammenlignes med tidligere tal fra ambulancedisponeringsdata, i de [supplerende tabeller](#) ses stort set ens resultater, ud fra data fra disponeringssystemerne.

Regionerne har forskellige antal og typer af indsatsenheder med avanceret behandlingsudstyr og forskelle i bemanningen, hvilket afspejles i resultaterne. Med hensyn til helikopter så er det ikke alle ture man får med hvis data baserer sig på PPJ data. Der er en proces i gang hvor

lægerne i helikopteren skal bruge PPJ til at dokumentere deres behandling i og derfor forventer vi at tallene ændre sig i de kommende år. Der er desuden stadig behov for, at det bliver tydeliggjort over for reddere og behandlere at responstiden tænkes som tid fra opkald til man kan 'røre' ved patienten.

Vurdering af indikatorens anvendelighed

Forhold om tidsintervaller som kvalitetsmål gør sig gældende her, som ved indikator 1. Der er ikke videnskabelig dokumentation for generel sammenhæng mellem kort responstid og overlevelse, når man ser på samtlige ambulanceudrykninger. Korte ambulanceresponstider er kun af betydning for overlevelse og behandlingsresultatet for tidskritiske akut livs- og førlighedstruende tilstande (som f.eks. hjertestop og alvorlig tilskadekomst). Disse udgør kun en mindre del af alle ambulanceudrykninger, idet langt de fleste ambulanceudrykninger går til akutte, men ikke tidskritiske tilstande. Derfor er der ikke angivet standarder for disse.

Indikatoren i sig selv ikke megen mening, da der ikke er sundhedsfagligt belæg for korte tidsmål og overlevelse, når man ser på samtlige ambulanceudrykninger, hvorfor der ikke er angivet standarder for tidsmålene. Korte tidsforløb er alene af betydning for behandlingsresultatet for tidskritiske akut livs- og førlighedstruende tilstande (som f.eks. hjertestop og alvorlig tilskadekomst), og disse udgør kun en mindre del af alle ambulanceudrykninger. Derfor er det besluttet at lade disse generelle tidsforløb for alle præhospitale patienter udgå som indikatorer fremover, og stedet anvende den ved to tidskritiske tilstande, nemlig hjertestop og mistanke om alvorlig hovedskade.

Indikatorresultater for indikator 3: Tidsforbrug til overdragelse af patient på sygehus

Tid fra ankomst på hospital til patienten er overtaget af hospitalspersonale for opgaver, hvori der indgår en hastegrad A og opgaven afsluttet med aflevering på hospital.

UDGÅET indtil videre da dels data, men også den reelle værdi af denne indikator, ikke afspejler den virkelighed vi ønsker at måle kvalitet på.

Indikatorresultater for indikator 4: Andel af opkald til 1-1-2 (hændelser), hvor der er foretaget en kodning i overensstemmelse med Dansk Indeks for Akuthjælp

Andel af indsatser, hvor der er kodet korrekt i overensstemmelse med 'Dansk Indeks', dvs. der skal være registreret bogstav (A-F) og fire cifre (som parvis skal være >00).

Standarden er sat til ≥ 95 %.

Faktaboks 2: Dansk Indeks for Akuthjælp

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

Beslutningsstøtteværktøjet bruges til vurdering af alvorlighedsgrad kaldet "hastegradsvurdering", og ligger til grund for prioritering og disponering af de præhospitalt indsat enheder (ambulancer, akutlægebiler mm.) til akut syge og alvorligt tilskadede borgere.

Hastegrad

A muligt livs eller førlighedsstruende tilstande – ambulance med udrykning,

B hurtigt til mindre alvorlige men hastende tilstande- ambulance

C ikke hastende - ambulance

D ikke hastende – liggende befordring

E/F Ikke behov for ambulance eller liggende befordring

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

Indikator 4 beskriver andelen af opkald til 1-1-2 som bliver registreret korrekt i forhold til Dansk Index for akuthjælp. I indikator 4 anvendes den sidst registrerede vurdering af hastegraden.

Beregning af indikator 4

Andel af 1-1-2-opkald (hændelser), hvor der er foretaget en kodning i overensstemmelse med Dansk Indeks for Akuthjælp

Standard: ≥ 95 %

Andel af hændelser, hvor der er kodet korrekt i overensstemmelse med 'Dansk Indeks', dvs. der skal være registreret bogstav (A-E/F) og fire gyldige cifre som parvis skal være >00. (Sidste hastegrad i hændelsen).

Tæller: Antal hændelser hvor der er mindst ét gyldigt 'Dansk Indeks' registreret, dvs. med bogstav A-E/F og fire cifre som parvis er >00.

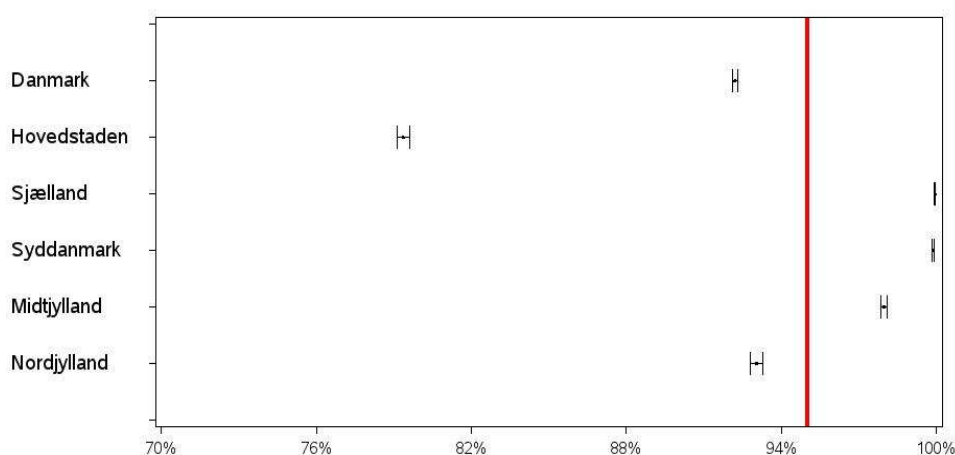
Nævner: Alle hændelser

Angives som andel

Indikator 4: Andel af opgaver hvor der er foretaget en kodning i overensstemmelse med Dansk Indeks for Akuthjælp

			Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard	Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2019 - 31.12.2019 %	95 % CI	01.01.2018 - 31.12.2018 % (95 % CI)	01.01.2017 - 31.12.2017 % (95 % CI)
Danmark	Nej	310.534/336.801	0(0)	92,2	(92,1;92,3)	93,0 (92,9;93,1)	92,0 (91,9;92,1)
Hovedstaden	Nej	85.604/107.856	0(0)	79,4	(79,1;79,6)	81,6 (81,4;81,8)	83,5 (83,3;83,8)
Sjælland	Ja	63.736/63.768	0(0)	99,9	(99,9;100,0)	100,0 (99,9;100,0)	93,2 (93,0;93,5)
Syddanmark	Ja	66.771/66.851	0(0)	99,9	(99,9;99,9)	99,5 (99,4;99,5)	99,0 (98,9;99,1)
Midtjylland	Ja	58.445/59.659	0(0)	98,0	(97,8;98,1)	98,0 (97,8;98,1)	97,8 (97,7;97,9)
Nordjylland	Nej	35.978/38.667	0(0)	93,0	(92,8;93,3)	94,6 (94,4;94,8)	92,3 (92,0;92,5)

Indikator 4: Andel af opgaver hvor der er foretaget en kodning i overensstemmelse med Dansk Indeks for Akuthjælp



Beregning af indikatoren

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

Registrering af hastegrad (bogstav) og symptom (fire cifre) i forhold til Dansk Index er en opgave, som blev indført i forbindelse med etableringen af de danske AMK-vagtcentraler, for at sikre den nødvendige dokumentation af den vurdering, der sker ved den sundhedsfaglige visitationen, om hvor alvorligt og hastende (hastegrad udtrykt ved bogstav A-E/F) sagen er. Derudover angiver cifrene vurderingen af hovedårsagen til henvendelsen, dvs. symptom eller

Præhospitaldatabasen
Version til offentliggørelse

ulykkestype (fire cifre iht. 'Dansk Indeks'). Denne dokumentation blev indført ved AMK-vagtcentralernes etablering efter rådgivning fra Sundhedsstyrelsen, og den udgør det minimum, der skal registreres, da det ikke er muligt at dokumentere skriftligt i større grad under samtalen. Herudover gemmes dokumentationen i form af lydlogs af samtaler.

Resultater af indikatoranalysen

I indikator 4 indgår alle 310.534 registrerede 1-1-2-opkald (hændelser). På landsplan havde 92,2 % (95 % konfidensinterval (CI) 92,1-92,3 %) korrekt registreret 'Dansk Indeks', varierende 79,4 % - 99,9 %. Tre regioner opfyldte standarden, hvorimod standarden ikke er opfyldt på landsplan i 2019.

Diskussion og implikationer

På landsplan ligger indikatorresultatet nærmest uændret fra 2018, hvor tre regioner opfylder standarden. I Region Hovedstaden ses dog et fald hen over de afrapporterede år, til nu 79,4 %. Dette lave tal kan til dels forklares integration mellem 1-1-2 og 1813-akuttelefonen, hvor der er mulighed for at omstille opkald fra 1-1-2 til videre samtale ved personalet på 1813-akuttelefonen. Denne procedure kodes ikke med 'Dansk Indeks' fx E/F, men med en anden kode specifik for registreringen på 1813-akuttelefonen fx SS.22.01.02.01.04 Traume / Tilskadekomst, Hoved / Hals / Nakke, Øje, Skade/fremmedlegeme i øje/øjnområde, Svejseøjne med svære smerter/ øvrige stråleskader.

Da registrering af hastegrad og symptom iht. 'Dansk Indeks' udgør dokumentationen for den sundhedsfaglige vurdering, bør der stræbes mod fuld opfyldelse.

Vurdering af indikatorens anvendelighed

Indikatoren fastholdes med standarden ≥ 95 %.

Indikatorresultater for indikator 5: Andelen af patienter afsluttet telefonisk, der følges af en ny kontakt til AMK-vagtcentralen mindre end 24 timer efter kontakten.

Andel afsluttede patienter (med gyldigt cpr-nummer), der har fornyet kontakt til AMK-vagtcentralen (samme cpr-nummer optræder i nyt opkald til 1-1-2 (hændelse)) indenfor 24 timer. I supplerende analyser er der vist delanalyser til beregning af denne indikator med disponeringsdata og data fra den elektroniske patientjournal (PPJ).

Andelen af hændelser som er afsluttet telefonisk, men har en kontakt til AMK-vagtcentral inden for 24 timer (Disponeringsdata). Her er ingen standard sat på da tallene er taget fra disponeringssystemet, som ikke længere er hovedkilden til data.

Beregning af indikator 5

Andel afsluttede patienter telefonisk (med gyldigt cpr-nummer), der har fornyet kontakt til AMK-vagtcentralen (samme cpr-nummer optræder i nyt opkald til 1-1-2 (hændelse)) indenfor 24 timer.

Standard: ikke fastlagt

Tæller: Antal med ny hændelse med samme cpr-nummer < 24 timer efter første hændelses (som var afsluttet telefonisk) start.

Nævner: Antal patienter med gyldigt cpr-nummer, som er afsluttet telefonisk ved primær hændelse

Angives som andel

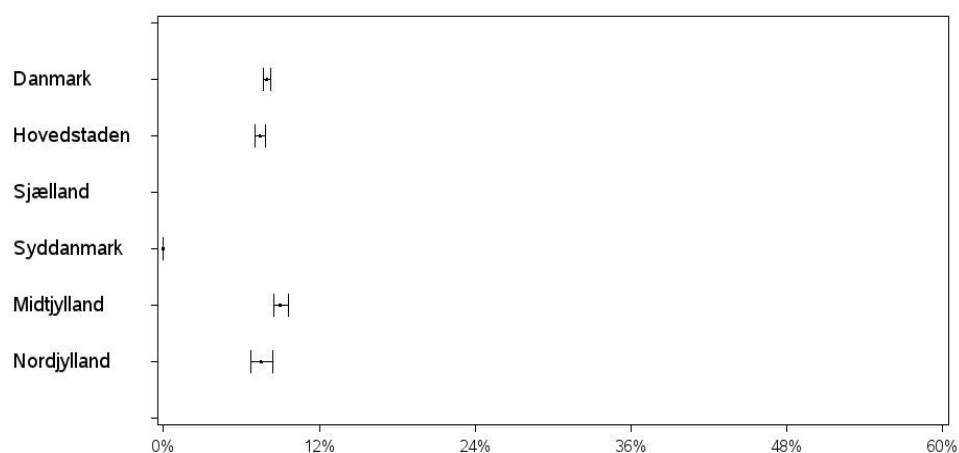
indikator 5: Andel afsluttede patienter telefonisk (med gyldigt cpr-nummer), der har fornyet kontakt til AMK-vagtcentralen (samme cpr-nummer optræder i ny hændelse) indenfor 24 timer (opgjort med disponeringsdata)

	Uoplyst			Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard	Tæller/	antal	01.01.2019 - 31.12.2019		01.01.2018 - 31.12.2018	01.01.2017 - 31.12.2017
	opfyldt	nævner	(%)	%	95 % CI	% (95 % CI)	% (95 % CI)
Danmark	-	2.362/29.624	44861(60)	8,0	(7,7;8,3)	9,4 (9,1;9,7)	8,7 (8,4;9,1)
Hovedstaden	-	1.192/15.999	16812(51)	7,5	(7,0;7,9)	8,2 (7,8;8,7)	8,2 (7,8;8,7)
Sjælland	-	##	14316(100)	#	(#;#)	# (#;#)	# (#;#)
Syddanmark	-	0/0	3066(100)	0,0	(0,0;0,0)	0,0 (0,0;0,0)	0,0 (0,0;0,0)
Midtjylland	-	872/9.665	5262(35)	9,0	(8,5;9,6)	11,0 (10,4;11,6)	9,7 (9,0;10,3)
Nordjylland	-	297/3.953	5405(58)	7,5	(6,7;8,4)	9,4 (8,5;10,5)	7,8 (6,8;9,0)

Analysen er også opgjort på baggrund af data fra den elektroniske patientjournal.

	Uoplyst			Aktuelle år		Tidligere år
	Standard	Tæller/	antal	01.01.2019 - 31.12.2019		01.01.2018 - 31.12.2018
	opfyldt	nævner	(%)	%	95 % CI	% (95 % CI)
Danmark	Nej	2.363/29.922	44861(60)	7,9	(7,6;8,2)	9,3 (9,0;9,6)
Hovedstaden	Nej	1.192/15.999	16812(51)	7,5	(7,0;7,9)	8,2 (7,8;8,7)
Sjælland	Ja	0/6	14316(100)	0,0	(0,0;45,9)	0,0 (0,0;97,5)
Syddanmark	Ja	##	3066(92)	#	(#;#)	1,5 (0,5;3,4)
Midtjylland	Nej	872/9.688	5262(35)	9,0	(8,4;9,6)	11,0 (10,4;11,6)
Nordjylland	Nej	297/3.955	5405(58)	7,5	(6,7;8,4)	9,4 (8,5;10,5)

Indikator 5: Andelen af hændelser som er afsluttet telefonisk, men har en kontakt til AMK-vagtcentral inden for 24 timer (disponeringsdata).



Resultater af indikatoranalysen

Indikator 5 er 8,0 % på landsplan beregnet ud fra disponeringsdata og 7,9 % beregnet ud fra data fra PPJ. Tallene fra Region Sjælland og Region Syddanmark er for mangelfulde til at indgå i kvalitetsvurderingen. De resterende regioners andel varierer fra 7,5 i Region Nordjylland og i Region Hovedstaden til 9,0 % for Region Midtjylland, både når man ser på data fra disponeringssystemerne og ud fra data fra PPJ.

Diskussion og implikationer

For de tre regioner, der har data, er der stor lighed i andelen der genhenvender sig.

Der er to årsager til at denne indikator ikke registreres komplet, nemlig PPJs opbygning og cpr nummer registrering på AMK-vagtcentralen:

PPJ oprettes først, når der er disponeret en ambulance. Derfor indgår alle 1-1-2-opkald og den sundhedsfaglige vurdering på AMK-vagtcentralen ikke direkte i PPJ, hvilket kan overvejes som en fremtidig ændring i PPJ. Indtil da er kobling af 1-1-2-opkald fra disponeringsdata til PPJ data nødvendig.

Problemet med manglende cpr-numre er at patienter, der afsluttes telefonisk, kan være om situationer, hvor det er svært at få cpr-nummer oplyst. Samtidigt er det essentielt at der arbejdes med systemer, der understøtter at cpr nummer registreres for at kunne følge op på det samlede patientforløb og outcome– ikke mindst for de, der rådgives om anden hjælp end en ambulance. I Region Syddanmark har man fået lavet en ændring af sit disponeringssystem således at man fra september 2019 kan registrere cpr numre. Dette gør sig ikke gældende i Region Sjælland endnu.

Variationen imellem regionerne indikerer, at der er et potentiale for at øge andelen med registreret cpr-nummer selvom der arbejdes under omstændigheder, hvor cpr-nummer ikke altid kan indhentes telefonisk, men må efterregistreres.

Yderligere erfaring er nødvendig før standard fastlægges.

Vurdering af indikatorens anvendelighed

Indikatoren fastholdes, standard fastsættes ikke

Indikatorresultater for indikator 6: Andelen af patienter afsluttet på skadestedet der følges af en ny kontakt til AMK-vagtcentralen mindre end 24 timer efter kontakten. (PPJ data)

Andel afsluttede patienter (med gyldigt cpr-nummer), der har fornyet kontakt til AMK-vagtcentralen (cpr-nummer optræder i nyt opkald til 1-1-2 (hændelse)) indenfor 24 timer. (PPJ data). Her er ingen standard sat på da tallene er taget fra disponeringssystemet som ikke længere er hovedkilden til data.

Beregning af indikator 6

Andel afsluttede patienter på skadestedet (med gyldigt cpr-nummer), der har fornyet kontakt til AMK-vagtcentralen (cpr-nummer optræder i nyt opkald til 1-1-2 (hændelse)) indenfor 24 timer (PPJ data).

Standard: ikke fastlagt

Tæller: Antal med ny hændelse med samme cpr-nummer < 24 timer efter første hændelses (som var afsluttet på skadestedet) start.

Nævner: Antal patienter med gyldigt cpr-nummer, som er afsluttet på skadestedet ved primær hændelse.

Angives som andel

Indikator 6: Andel afsluttede patienter på skadestedet, der har fornyet kontakt til AMK vagtcentralen inden for 24 timer.

Analysen er opgjort på baggrund af data fra den elektroniske patientjournal (PPJ).

	Uoplyst			Aktuelle år		Tidligere år
	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2019 - 31.12.2019		01.01.2018 - 31.12.2018
				%	95 % CI	% (95 % CI)
Danmark	Ja	930/25.136	44861(64)	3,7	(3,5;3,9)	3,9 (3,6;4,1)
Hovedstaden	Ja	209/5.290	16812(76)	4,0	(3,4;4,5)	4,1 (3,7;4,7)
Sjælland	Ja	250/6.773	14316(68)	3,7	(3,3;4,2)	3,4 (3,0;3,9)
Syddanmark	Ja	168/4.903	3066(38)	3,4	(2,9;4,0)	3,4 (2,9;3,9)
Midtjylland	Ja	228/5.794	5262(48)	3,9	(3,4;4,5)	4,3 (3,7;4,8)
Nordjylland	Ja	75/2.376	5405(69)	3,2	(2,5;3,9)	4,6 (3,8;5,5)

Resultater af indikatoranalysen

Præhospitaldatabasen
Version til offentliggørelse

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram · www.rkkp.dk

Indikator 6 er, som indikator 5, afhængig af at der er tilknyttet et gyldigt cpr nummer på alle opkald til 1-1-2 (hændelser), også dem som afsluttes på stedet. I denne rapport er der kun vist data fra den elektroniske patientjournal (PPJ).

Indikator 6 er 3,7 % på landsplan beregnet ud fra data fra PPJ. Regionernes andel varierer fra 4,0 % for Region Hovedstaden til 3,2 % for Region Nordjylland.

Diskussion og implikationer

Selvom der traditionelt har været færre registreringer i PPJ- data end sammenlignet med ambulancedisponeringsdata, kan det skyldes at 'afslutning' ikke altid registreres, men derudover kan tallene heller ikke sammenlignes helt, da ambulance disponeringsdata kun indirekte kan bruges til at vurdere antal afsluttede på stedet.

Kun 3.7 % af de patienter, der færdigbehandles uden hospitalskontakt, henvendte sig i 2019 igen til 1-1-2 inden for de første 24 timer, og der er stor lighed mellem regionerne. Dette findes sundhedsfagligt forsvarligt og tilfredsstillende. De enkelte regioner kan evt. gå i dybden med journal audit med henblik på at vurdere udvalgte patientforløb.

Vurdering af indikatorens anvendelighed

Indikatoren fastholdes, og standard fastsættes til 5 %

Indikatorresultater for indikator 7: Andelen af patienter med bevidnet hjertestop som genoplives (Return of Spontaneous Circulation, ROSC)

Andelen af patienter der registreres med bevidnet hjertestop, som opnår cirkulation (ROSC) før ankomst til hospital. Er beregnet som antal bevidnede hjertestoppatienter med ROSC divideret med det samlede antal bevidnede hjertestoppatienter.

Beregning af indikator 7

Andelen af patienter med bevidnet hjertestop som genoplives (Return of Spontaneous Circulation, ROSC)

Standard: ikke fastlagt

Andelen af patienter der registreres med bevidnet hjertestop, som opnår cirkulation (ROSC) før ankomst til hospital.

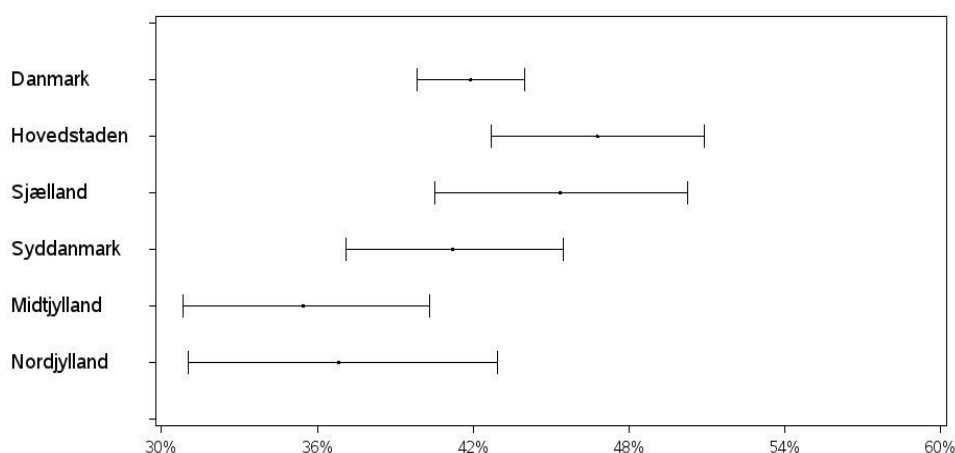
Tæller: Antal bevidnede hjertestoppatienter med ROSC.

Nævner: Samlede antal bevidnede hjertestoppatienter.

Angives som andel

Indikator 7: Andelen af patienter med bevidnet hjertestop som genoplives (Return of Spontaneous Circulation, ROSC) baseret på hjertestopfanebladet i PPJ

	Uoplyst			Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard	Tæller/	antal	01.01.2019 - 31.12.2019		01.01.2018 - 31.12.2018	01.01.2017 - 31.12.2017
	opfyldt	nævner	(%)	%	95 % CI	% (95 % CI)	% (95 % CI)
Danmark	-	938/2.238	0(0)	41,9	(39,9;44,0)	39,1 (37,1;41,1)	28,0 (26,3;29,8)
Hovedstaden	-	277/592	0(0)	46,8	(42,7;50,9)	41,3 (37,3;45,5)	39,6 (35,7;43,7)
Sjælland	-	191/421	0(0)	45,4	(40,5;50,3)	43,4 (38,7;48,3)	8,6 (6,7;10,8)
Syddanmark	-	228/553	0(0)	41,2	(37,1;45,5)	38,7 (34,6;42,9)	35,4 (31,3;39,6)
Midtjylland	-	144/406	0(0)	35,5	(30,8;40,3)	36,6 (32,3;41,0)	34,2 (29,5;39,1)
Nordjylland	-	98/266	0(0)	36,8	(31,0;42,9)	33,4 (28,2;39,0)	33,7 (28,2;39,5)



Resultater af indikatoranalysen

Formålet med denne indikator er, at få et mål for hvor stor en andel af patienter med bevidnede hjertestop (uden for hospital), der genoplives og oplever egen blodcirkulation (ROSC – Return of Spontaneous Circulation). Data til beregning af indikatoren er taget fra de særlige hjertestop 'faneblade' i PPJ. Dette er ikke altid udfyldt, hvorfor man i f.eks i Dansk Hjertestop Register har søgt på andre variable i PPJ og dermed er man kommet frem til at større antal hjertestop patienter i alt og flere hjertestop med ROSC sammenlignet med tal fra 'Hjertestop-fanebladet' registreret i PPJ.

Indikator 7: Tal fra 2019 Dansk Hjertestop Register - Andelen af patienter med bevidnet hjertestop som genoplives (Return of Spontaneous Circulation, ROSC)

	Tæller/Nævner	Missing	% [95% Confidence Interval]
Danmark	1522/5551	16	27,5 [26,3;28,7]
Hovedstaden	415/1482	1	28,0 [25,7;30,4]
Sjælland	302/1073	4	28,3 [25,6;31,1]
Midtjylland	283/1103	3	25,7 [23,2;28,4]
Syddanmark	360/1245	1	28,9 [26,4;31,5]
Nordjylland	162/648	7	25,3 [22,0;28,8]

Diskussion og implikationer

Denne indikator afspejler behandlingsresultat for den mest tidskritiske akutte tilstand, og er derfor en central indikator for den samlede præhospitale indsats.

Styregruppen opfordrer alle regionerne til at øge deres indsats i forhold til procedure for registrering af kliniske data, især i forhold til behandlingsresultater efter hjertestop.

Registreringen i de særlige 'faneblade' i PPJ i tilfælde af hjertestop bør forbedres.

Vurdering af indikatorens anvendelighed

Indikatoren forventes opgjort via Dansk Hjertestop Register og udgår derfor som kvalitetsindikator i Præhospitaldatabasen

Indikatorresultater for indikator 8: Tid til indbringelse til trombolyse eller endovaskulær behandling efter erkendt apopleksi

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

Opgørelse af indikatoren afventer data vedr. apopleksi og behandling fra Dansk Apopleksiregister⁷.

Vurdering af indikatorens anvendelighed

Denne indikator hænger sammen med muligheden for et vellykket behandlingsresultat for en alvorlig og tidskritisk tilstand, og er derfor en central indikator for kvaliteten af den samlede præhospitale indsats.

Dette er en vigtig indikator og det anbefales at det prioriteres at muliggøre rapportering.

⁷ <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/apopleksi/>

Indikatorresultater for indikator 9: Behandling med PCI efter STEMI*

Denne indikator er endnu ikke endelig fastlagt og er under revision med henblik på at belyse andelen af patienter med STEMI (ST-Elevation Myocardial Infarction), der ankommer til kardiologisk laboratorium inden for det anbefalede tidsrum fra diagnosen er stillet præhospitalt med elektrokardiogram (EKG) (som proxy anvendes tidspunkt for foretaget præhospital EKG). Den endelige definition af indikatoren er dog endnu ikke fastlagt, og vil bl.a. afhænge af de tilgængelige data vedr. PCI (Perkutan Coronar Intervention) og STEMI.

Afventer data for STEMI og PCI bliver tilgængelige fra de kliniske kvalitetsdatabaser på hjerteområdet f.eks. Dansk Hjerteregister⁸ før denne opgøres.

Vurdering af indikatorens anvendelighed

Denne indikator afspejler behandlingsresultat for en alvorlig og tidskritisk tilstand, akut blodprop i hjertet, hvor tiden er afgørende for vellykket behandlingsresultat. Det er derfor en central indikator for kvaliteten af den samlede præhospital indsats.

Indikatoren forudsætter oplysninger om STEMI og PCI behandling, som ikke aktuelt er tilgængelig fra de godkendte danske kardiologiske kvalitetsdatabaser, men forventes at blive det inden for få år hvorefter indikatoren vil kunne opgøres. Derefter vil indikatoren blive redefineret ud fra de tilgængelige data.

Dette er en vigtig indikator og det anbefales, at det prioriteres at muliggøre rapportering.

⁸ <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/dansk-hjerteregister/>

Præhospitaldatabasen
Version til offentliggørelse

Indikatorresultater for indikator 10: Andel af opkald til 1-1-2 hvor der er registreret cpr-nummer

Andelen af opkald til 1-1-2 (hændelser), hvor korrekt dansk cpr-nummer er registreret. (Uanset om dette er registreret i forbindelse med indringning eller senere i forløbet). Standarden er sat til ≥ 90 % er Indikatoren er også stratificeret på hastegrad (se nedenfor).

Beregning af indikator 10

Andel af opkald til 1-1-2 (hændelser), hvor der er registreret cpr-nummer

Standard: ≥ 90 %

Andelen af 1-1-2-opkald (hændelser), hvor korrekt dansk cpr-nummer er registreret for mindst én person. (Uanset om dette er registreret i forbindelse med indringning eller senere i forløbet). Stratificeres på hastegrad.

Andelen af hændelser, hvor korrekt dansk cpr-nummer er registreret for mindst én person (uanset om dette er registreret i forbindelse med indringning eller senere i forløbet)

Tæller: Antal hændelser med mindst et gyldigt cpr-nummer Stratificeret på hastegrad.

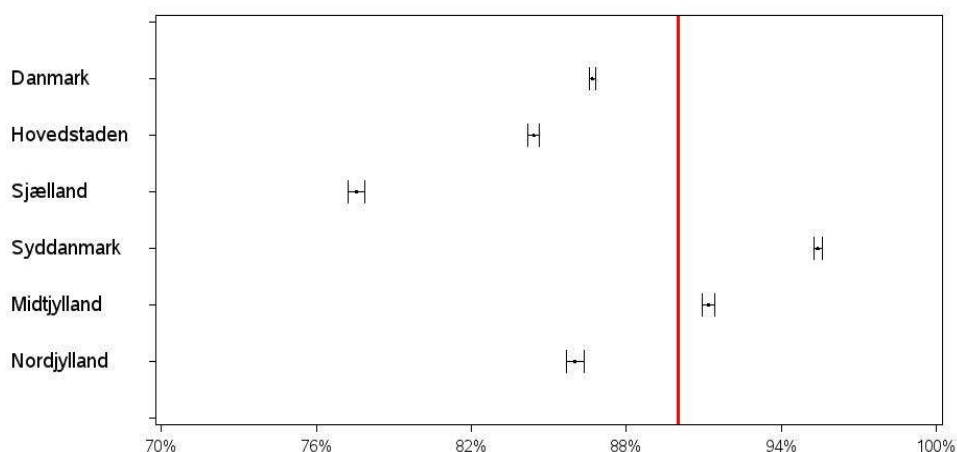
Nævner: Antal hændelser

Angives som andel

Indikator 10: Andel af 1-1-2 hændelser hvor der er registreret cpr-nummer

	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard	Tæller/	antal	01.01.2019 - 31.12.2019	01.01.2018 - 31.12.2018	01.01.2017 - 31.12.2017
	opfyldt	nævner	(%)	% 95 % CI	% (95 % CI)	% (95 % CI)
Danmark	Nej	291.940/336.801	0(0)	86,7 (86,6;86,8)	86,1 (85,9;86,2)	87,4 (87,3;87,5)
Hovedstaden	Nej	91.044/107.856	0(0)	84,4 (84,2;84,6)	83,3 (83,1;83,5)	81,8 (81,6;82,1)
Sjælland	Nej	49.452/63.768	0(0)	77,5 (77,2;77,9)	77,0 (76,7;77,3)	88,8 (88,5;89,0)
Syddanmark	Ja	63.785/66.851	0(0)	95,4 (95,3;95,6)	94,7 (94,5;94,9)	94,1 (93,9;94,3)
Midtjylland	Ja	54.397/59.659	0(0)	91,2 (90,9;91,4)	90,5 (90,3;90,7)	89,8 (89,5;90,0)
Nordjylland	Nej	33.262/38.667	0(0)	86,0 (85,7;86,4)	86,5 (86,2;86,9)	85,3 (85,0;85,7)

Indikator 10: Andel af 1-1-2 hændelser hvor der er registreret cpr-nummer



Resultater af indikatoranalysen

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

I indikator 10 indgår 291.940 registrerede hændelser (tælleren). Andelen med gyldigt dansk cpr-nummer var 86,7 % på landsplan, varierende fra 77,5 % i Region Sjælland til 95,4 % i Region Syddanmark.

Stratificeret på hastegrad var andelen med cpr-nummer:

- 94,0 % for hastegrad A
- 93,8 % for hastegrad B
- 95,8 % for hastegrad C
- 92,2 % for hastegrad D⁹
- 51,8 % for hastegrad E/F

Diskussion og implikationer

Registrering af cpr-nummer er vigtig for flere af databasens indikatorer. Variationen imellem regionerne indikerer, at der er et potentiale for at øge andelen med registreret cpr-nummer selvom der arbejdes under omstændigheder, hvor cpr-nummer ikke altid kan indhentes telefonisk, men må efterregistreres.

Registrering af cpr opfylder ikke standarden på landsplan og der er betydelig variation mellem regionerne. Den manglende registrering af cpr numre ses først og fremmest for hastegrad E/F, dvs. hos de patienter, hvortil der ikke sendes ambulance, hvor det er vanskeligst at få denne oplysning, da det ofte er andre der ringer på vegne af den tilskadekomne. Ved hastegrad E/F

⁹ Denne hastegrad benyttes kun sporadisk, hvilket fremgår af de få kørsler, der er registreret med hastegrad D

varierer andelen med registrering af cpr nummer mellem 0,1% i Region Sjælland til 76,7 % i Region Midtjylland. Region Syddanmark indgår ikke med data for forløb med hastegrad E/F.

Vurdering af indikatorens anvendelighed

Registrering af gyldigt cpr-nummer er et helt centralt for at kunne følge op på patientforløbet, og er helt central for indikatorerne 5-9.

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

Nedenfor følger opgørelser fra Indikator 10 stratificeret på hastegrad.

Hastegrad A:

	Uoplyst			Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard	Tæller/	antal	01.01.2019 - 31.12.2019		01.01.2018 - 31.12.2018	01.01.2017 - 31.12.2017
	opfyldt	nævner	(%)	%	95 % CI	% (95 % CI)	% (95 % CI)
Danmark	-	141.879/150.955	0(0)	94,0	(93,9;94,1)	92,6 (92,5;92,8)	91,3 (91,1;91,4)
Hovedstaden	-	41.305/45.796	0(0)	90,2	(89,9;90,5)	87,4 (87,1;87,7)	85,1 (84,7;85,4)
Sjælland	-	24.199/24.989	0(0)	96,8	(96,6;97,1)	95,5 (95,3;95,8)	92,0 (91,7;92,3)
Syddanmark	-	35.966/37.665	0(0)	95,5	(95,3;95,7)	94,9 (94,6;95,1)	94,4 (94,2;94,6)
Midtjylland	-	22.769/23.881	0(0)	95,3	(95,1;95,6)	94,9 (94,6;95,1)	95,0 (94,7;95,3)
Nordjylland	-	17.640/18.624	0(0)	94,7	(94,4;95,0)	94,0 (93,6;94,3)	92,6 (92,3;93,0)

Hastegrad B:

	Uoplyst			Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard	Tæller/	antal	01.01.2019 - 31.12.2019		01.01.2018 - 31.12.2018	01.01.2017 - 31.12.2017
	opfyldt	nævner	(%)	%	95 % CI	% (95 % CI)	% (95 % CI)
Danmark	-	115.805/123.497	0(0)	93,8	(93,6;93,9)	93,3 (93,1;93,4)	91,5 (91,3;91,6)
Hovedstaden	-	32.042/35.590	0(0)	90,0	(89,7;90,3)	90,0 (89,7;90,3)	88,1 (87,8;88,4)
Sjælland	-	24.238/25.087	0(0)	96,6	(96,4;96,8)	96,3 (96,0;96,5)	92,9 (92,5;93,2)
Syddanmark	-	26.458/27.761	0(0)	95,3	(95,1;95,6)	94,4 (94,2;94,7)	93,7 (93,4;94,0)
Midtjylland	-	21.296/22.330	0(0)	95,4	(95,1;95,6)	94,8 (94,5;95,1)	94,5 (94,2;94,8)

Præhospitaldatabasen
Version til offentliggørelse

	Uoplyst			Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard	Tæller/ nævner	antal	01.01.2019 - 31.12.2019		01.01.2018 - 31.12.2018	01.01.2017 - 31.12.2017
	opfyldt		(%)	%	95 % CI	% (95 % CI)	% (95 % CI)
Nordjylland	-	11.771/12.729	0(0)	92,5	(92,0;92,9)	92,2 (91,7;92,6)	90,3 (89,7;90,8)

Hastegrad C:

	Uoplyst			Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard	Tæller/ nævner	antal	01.01.2019 - 31.12.2019		01.01.2018 - 31.12.2018	01.01.2017 - 31.12.2017
	opfyldt		(%)	%	95 % CI	% (95 % CI)	% (95 % CI)
Danmark	-	3.663/3.823	0(0)	95,8	(95,1;96,4)	95,3 (94,4;96,1)	94,0 (93,0;94,9)
Hovedstaden	-	1.177/1.217	0(0)	96,7	(95,6;97,6)	97,3 (96,0;98,3)	96,9 (94,9;98,3)
Sjælland	-	976/1.016	0(0)	96,1	(94,7;97,2)	94,5 (91,0;97,0)	94,1 (89,6;97,0)
Syddanmark	-	1.350/1.414	0(0)	95,5	(94,3;96,5)	94,8 (93,5;95,9)	93,1 (91,8;94,3)
Midtjylland	-	87/98	0(0)	88,8	(80,8;94,3)	89,5 (81,1;95,1)	93,8 (86,0;97,9)
Nordjylland	-	73/78	0(0)	93,6	(85,7;97,9)	92,0 (85,3;96,3)	94,0 (88,6;97,4)

Hastegrad D:

	Uoplyst			Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard	Tæller/ nævner	antal	01.01.2019 - 31.12.2019		01.01.2018 - 31.12.2018	01.01.2017 - 31.12.2017
	opfyldt		(%)	%	95 % CI	% (95 % CI)	% (95 % CI)
Danmark	-	577/626	0(0)	92,2	(89,8;94,2)	92,9 (90,5;94,9)	90,7 (87,6;93,2)
Hovedstaden	-	521/564	0(0)	92,4	(89,9;94,4)	94,0 (91,5;95,9)	94,8 (91,9;96,8)
Sjælland	-	32/35	0(0)	91,4	(76,9;98,2)	89,2 (74,6;97,0)	86,7 (59,5;98,3)
Syddanmark	-	11/11	0(0)	100	(71,5;100,0)	81,3 (54,4;96,0)	64,3 (44,1;81,4)
Midtjylland	-	9/11	0(0)	81,8	(48,2;97,7)	94,4 (72,7;99,9)	76,5 (50,1;93,2)
Nordjylland	-	4/5	0(0)	80,0	(28,4;99,5)	70,0 (34,8;93,3)	66,7 (41,0;86,7)

Hastegrad E/F:

	<i>Uoplyst</i>			<i>Aktuelle år</i>		<i>Tidligere år</i>	
	<i>Standard</i>	<i>Tæller/</i>	<i>antal</i>	<i>01.01.2019 - 31.12.2019</i>		<i>01.01.2018 -</i>	<i>01.01.2017 -</i>
	<i>opfyldt</i>	<i>nævner</i>	<i>(%)</i>	<i>%</i>	<i>95 % CI</i>	<i>31.12.2018</i>	<i>31.12.2017</i>
						<i>% (95 % CI)</i>	<i>% (95 % CI)</i>
Danmark	-	30.016/57.900	0(0)	51,8	(51,4;52,2)	51,0 (50,5;51,4)	61,1 (60,6;61,6)
Hovedstaden	-	15.999/24.689	0(0)	64,8	(64,2;65,4)	62,9 (62,2;63,5)	63,6 (62,9;64,2)
Sjælland	-	7/12.641	0(0)	0,1	(0,0;0,1)	0,1 (0,0;0,2)	0,1 (0,0;0,4)
Syddanmark	-	0/0	0(.)	0,0	(0,0;0,0)	0,0 (0,0;0,0)	0,0 (0,0;70,8)
Midtjylland	-	10.236/13.339	0(0)	76,7	(76,0;77,5)	76,3 (75,6;77,0)	72,0 (71,2;72,8)
Nordjylland	-	3.774/7.231	0(0)	52,2	(51,0;53,3)	52,2 (50,9;53,4)	48,9 (47,6;50,2)

Supplerende analyser

Supplerende analyser til indikator 2.

Tid fra opkald til 1-1-2 (hændelser), hvor akutbil med paramediciner/ambulancebehandler er først ankomne supplerende indsatsenhed (PPJ):

Paramediciner:

	Uoplyst			Aktuelle år		Tidligere år
	Standard	Antal	antal	01.01.2019 - 31.12.2019		01.01.2018 - 31.12.2018
	opfyldt		(%)	Median	IQR	Median (IQR)
Danmark	-	6.556	2868(30)	13,0	(8,0;18,0)	12,0 (7,0;18,0)
Hovedstaden	-	-	1591(100)	-	-	-
Sjælland	-	1.820	174(9)	11,0	(6,0;17,0)	10,0 (5,0;15,0)
Syddanmark	-	1.241	0(0)	11,0	(7,0;14,0)	11,0 (7,0;14,0)
Midtjylland	-	-	0(.)	-	-	-
Nordjylland	-	3.495	1103(24)	15,0	(9,0;20,0)	14,0 (9,0;19,0)

Tid fra opkald til 1-1-2 (hændelser), hvor akutbil med læge er først ankomne supplerende indsatsenhed (PPJ):

	Uoplyst			Aktuelle år		Tidligere år
	Standard	Antal	antal	01.01.2019 - 31.12.2019		01.01.2018 - 31.12.2018
	opfyldt		(%)	Median	IQR	Median (IQR)
Danmark	-	22.854	2868(11)	13,0	(9,0;20,0)	13,0 (9,0;19,0)
Hovedstaden	-	8.112	1591(16)	13,0	(9,0;21,0)	12,0 (9,0;19,0)
Sjælland	-	66	174(73)	8,0	(4,0;15,0)	12,0 (9,0;18,0)
Syddanmark	-	6.540	0(0)	13,0	(9,0;20,0)	14,0 (9,0;20,0)
Midtjylland	-	4.887	0(0)	13,0	(8,0;18,0)	12,0 (8,0;18,0)
Nordjylland	-	3.249	1103(25)	14,0	(9,0;19,0)	15,0 (10,0;19,0)

Supplerende analyser til indikator 2 (Disponeringsdata).

Tid fra opkald til 1-1-2 (hændelsen) modtages elektroniske hos AMK vagtcentralen til ankomst af supplerende behandlingskompetence i et særligt køretøj (eller helikopter) (som ikke er en ambulance, dvs. beregnet til patienttransport på bære). Kun hændelser hvortil mindst en enhed er fremsendt med hastegrad A.

	Uoplyst			Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard	Antal	antal	01.01.2019 - 31.12.2019		01.01.2018 - 31.12.2018	01.01.2017 - 31.12.2017
	opfyldt		(%)	Median	IQR	Median (IQR)	Median (IQR)
Danmark	-	43.372	3167(7)	13,0	(8,0;19,0)	13,0 (8,0;18,0)	13,0 (8,0;18,0)
Hovedstaden	-	8.890	1743(16)	13,0	(9,0;21,0)	12,0 (9,0;19,0)	12,0 (8,0;20,0)
Sjælland	-	4.024	343(8)	9,0	(5,0;16,0)	9,0 (5,0;16,0)	11,0 (6,0;17,0)
Syddanmark	-	9.819	0(0)	13,0	(8,0;19,0)	13,0 (9,0;20,0)	14,0 (9,0;19,0)
Midtjylland	-	12.840	0(0)	12,0	(8,0;17,0)	12,0 (8,0;17,0)	12,0 (8,0;17,0)
Nordjylland	-	7.799	1081(12)	14,0	(9,0;19,0)	14,0 (9,0;19,0)	14,0 (9,0;19,0)

Tid fra opkald til 1-1-2 (hændelser), hvor akutbil med paramediciner/ambulancebehandler eller sygeplejerske er først ankomne supplerende indsatsenhed (Disponeringsdata):

	Uoplyst			Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard	Antal	antal	01.01.2019 - 31.12.2019		01.01.2018 - 31.12.2018	01.01.2017 - 31.12.2017
	opfyldt		(%)	Median	IQR	Median (IQR)	Median (IQR)
Danmark	-	9.298	3167(25)	11,5	(7,0;17,0)	11,0 (7,0;16,0)	12,0 (7,0;17,0)
Hovedstaden	-	-	1743(100)	-	-	-	-
Sjælland	-	3.256	343(10)	8,0	(5,0;14,0)	8,0 (5,0;13,0)	9,0 (6,0;15,0)
Syddanmark	-	1.435	0(0)	11,0	(7,0;14,0)	11,0 (8,0;15,0)	12,0 (8,0;15,0)
Midtjylland	-	641	0(0)	11,0	(7,0;15,0)	11,0 (7,0;15,0)	11,0 (7,0;15,0)

Præhospitaldatabasen
Version til offentliggørelse

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram · www.rkkp.dk

	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard	Antal	antal	01.01.2019 - 31.12.2019		01.01.2018 - 31.12.2018
	opfyldt		(%)	Median	IQR	Median (IQR)
Nordjylland	-	3.966	1081(21)	15,0	(9,0;20,0)	14,0 (9,0;19,0)

Tid fra opkald til 1-1-2 (hændelser), hvor akutbil med læge er først ankomne supplerende indsatsenhed (Disponeringsdata):

	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard	Antal	antal	01.01.2019 - 31.12.2019		01.01.2018 - 31.12.2018
	opfyldt		(%)	Median	IQR	Median (IQR)
Danmark	-	33.121	3167(9)	13,0	(8,0;19,0)	13,0 (9,0;18,0)
Hovedstaden	-	8.868	1743(16)	13,0	(9,0;21,0)	12,0 (9,0;19,0)
Sjælland	-	461	343(43)	10,0	(6,0;16,0)	14,0 (9,0;24,0)
Syddanmark	-	8.206	0(0)	13,0	(8,0;20,0)	14,0 (9,0;20,0)
Midtjylland	-	12.026	0(0)	12,0	(8,0;17,0)	12,0 (8,0;17,0)
Nordjylland	-	3.560	1081(23)	14,0	(9,0;18,0)	14,0 (9,0;19,0)

Supplerende analyse til Indikator 5.

Andelen af alle hændelser som medfører telefonisk afslutning (PPJ).

	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard	Tæller/	antal	01.01.2019 - 31.12.2019		01.01.2018 - 31.12.2018
	opfyldt	nævner	(%)	%	95 % CI	% (95 % CI)
Danmark	-	57.190/323.511	13290(4)	17,7	(17,5;17,8)	16,8 (16,7;16,9)

Præhospitaldatabasen
Version til offentliggørelse

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram · www.rkkp.dk

			Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år
	Standard	Tæller/ nævner	antal	01.01.2019 - 31.12.2019		01.01.2018 - 31.12.2018
	opfyldt		(%)	%	95 % CI	% (95 % CI)
Hovedstaden	-	24.689/107.856	0(0)	22,9	(22,6;23,1)	21,0 (20,7;21,2)
Sjælland	-	11.945/61.286	2482(4)	19,5	(19,2;19,8)	19,2 (18,9;19,5)
Syddanmark	-	472/58.372	8479(13)	0,8	(0,7;0,9)	1,0 (0,9;1,1)
Midtjylland	-	12.407/57.336	2323(4)	21,6	(21,3;22,0)	22,8 (22,5;23,2)
Nordjylland	-	7.677/38.661	6(0)	19,9	(19,5;20,3)	16,6 (16,2;16,9)

Andelen af alle hændelser som medfører telefonisk afslutning (Disponeringsdata).

			Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard	Tæller/ nævner	antal	01.01.2019 - 31.12.2019		01.01.2018 - 31.12.2018	01.01.2017 - 31.12.2017
	opfyldt		(%)	%	95 % CI	% (95 % CI)	% (95 % CI)
Danmark	-	57.413/336.789	12(0)	17,0	(16,9;17,2)	16,2 (16,1;16,3)	12,7 (12,6;12,8)
Hovedstaden	-	24.689/107.856	0(0)	22,9	(22,6;23,1)	21,0 (20,7;21,2)	20,9 (20,6;21,1)
Sjælland	-	12.682/63.768	0(0)	19,9	(19,6;20,2)	19,7 (19,4;20,1)	3,9 (3,7;4,1)
Syddanmark	-	0/66.844	7(0)	0,0	(0,0;0,0)	0,0 (0,0;0,0)	0,0 (0,0;0,0)
Midtjylland	-	12.369/59.659	0(0)	20,7	(20,4;21,1)	21,9 (21,6;22,3)	20,6 (20,3;20,9)
Nordjylland	-	7.673/38.662	5(0)	19,8	(19,4;20,2)	16,6 (16,2;16,9)	12,9 (12,6;13,3)

Diskussion og implikationer

Der er relativt store forskelle mellem regionerne, og det kan både skyldes at befolkningens tærskel for at ringe 1-1-2 er forskellig og at visitation på AMK-vagtcentralen er forskellig. Dette er ikke en kvalitetsindikator, men bruges udelukkende som baggrundsinformation til kvalitetsindikatoren om andel genhenvendelser (indikator 5)

Den supplerende analyse, kan sammenlignes på tværs af regioner, da den er helt afhængig af 1-1-2-henvendelsernes karakter, dvs. hvor mange der ringer 1-1-2 og hvorfor.

Denne supplerende analyse anvendes først og fremmest som et grundlag for at vurdere indikator 5, om hvor stor en andel af de telefonisk afsluttede, der genhenvender sig.

Præhospitaldatabasen
Version til offentliggørelse

Supplerende analyse til indikator 6

Andelen af hændelser som medfører afslutning på stedet (PPJ).

	<i>Uoplyst</i>		<i>Aktuelle år</i>		<i>Tidligere år</i>	
	<i>Standard</i>	<i>Tæller/</i>	<i>antal</i>	<i>01.01.2019 - 31.12.2019</i>		<i>01.01.2018 -</i>
	<i>opfyldt</i>	<i>nævner</i>	<i>(%)</i>	<i>%</i>	<i>95 % CI</i>	<i>31.12.2018</i>
Danmark	-	27.018/323.511	13290(4)	8,4	(8,3;8,4)	8,3 (8,2;8,4)
Hovedstaden	-	5.939/107.856	0(0)	5,5	(5,4;5,6)	6,5 (6,4;6,7)
Sjælland	-	7.155/61.286	2482(4)	11,7	(11,4;11,9)	9,7 (9,5;10,0)
Syddanmark	-	5.273/58.372	8479(13)	9,0	(8,8;9,3)	9,4 (9,2;9,7)
Midtjylland	-	6.010/57.336	2323(4)	10,5	(10,2;10,7)	9,7 (9,5;9,9)
Nordjylland	-	2.641/38.661	6(0)	6,8	(6,6;7,1)	7,1 (6,8;7,3)

Andelen af hændelser som medfører afslutning på stedet. (disponeringsdata)

	<i>Uoplyst</i>		<i>Aktuelle år</i>		<i>Tidligere år</i>	
	<i>Standard</i>	<i>Tæller/</i>	<i>antal</i>	<i>01.01.2019 - 31.12.2019</i>		<i>01.01.2018 -</i>
	<i>opfyldt</i>	<i>nævner</i>	<i>(%)</i>	<i>%</i>	<i>95 % CI</i>	<i>31.12.2018</i>
Danmark	-	43.126/336.789	12(0)	12,8	(12,7;12,9)	12,4 (12,3;12,5)
Hovedstaden	-	11.461/107.856	0(0)	10,6	(10,4;10,8)	11,1 (10,9;11,3)
Sjælland	-	9.095/63.768	0(0)	14,3	(14,0;14,5)	11,9 (11,7;12,2)
Syddanmark	-	10.373/66.844	7(0)	15,5	(15,2;15,8)	16,1 (15,8;16,4)
Midtjylland	-	8.732/59.659	0(0)	14,6	(14,4;14,9)	13,6 (13,3;13,8)
Nordjylland	-	3.465/38.662	5(0)	9,0	(8,7;9,3)	8,8 (8,5;9,1)

Diskussion og implikationer

De præsenterede tal stemmer overens med det forventede.

'Afslutning på skadesstedet' kan ikke stå alene, idet det både kan være et udtryk for at patienterne ikke skulle have haft en ambulance, at patienten ikke ønskede indlæggelse efter

behandling på skadestedet eller ambulancebehandlerne har fået flere muligheder for at vurdere og foretage endelig præhospital behandling efter ordination af en læge - ligesom det kan afspejle, at der er forskel på omfanget af præhospitale læger.

Den supplerende analyse, kan sammenlignes på tværs af regioner, da den er helt afhængig af 1-1-2-henvendelsernes karakter, dvs. hvor mange der ringer 1-1-2 og hvorfor.

Denne supplerende analyse anvendes først og fremmest som et grundlag for at vurdere indikator 6, om hvor stor en andel af de telefonisk afsluttede, der genhenvender sig.

Analyser til vurdering af mulige nye indikatorer

Smertebehandling:

Styregruppen ønsker at udvikle mere kliniske indikatorer, som kan reflektere god praksis i ambulancerne. Derfor udvalgte styregruppen nye indikatorer, som ønskes opgjort fremadrettet: De første analyser for de nye indikatorer er ikke foretaget af RKKP og tallene er ikke validerede af RKKP. Tallene kommer fra den elektroniske patientjournal, hvor der er registreret data vedrørende smertevurdering og efterfølgende distribution af smertestillende, samt blodsuktermåling på bevidstløse patienter og efterfølgende distribution af sukkervand.

I alle ambulancer skal personalet smertescore patienterne hvis patienterne synes at have ondt. Dette defineres i denne analyse, som at man har registreret smerter på en Visual Analogue Scale på mere end 3. Denne første analyse vedrører patienter, som er blevet vurderet med smertescore. Hvis smertescore er over 3, hvor mange har så fået smertestillende behandling.

Smertebehandling

Rækkenavne	1-1-2-ambulance patienter	Antal med VAS score	VAS > 3	Smertebehandling VAS>3	Andel opfyldt
1. Opioider, svage smertestillende givet ved ved VAS-score over 3	257.988	142.063	54.187	27.034	49,89%
RH	66.616	42.985	12.843	5.747	44,75%
RM	42.662	16.750	7.670	4.307	56,15%
RN	39.064	15.323	8.372	4.687	55,98%
RSJ	46.964	29.100	10.738	5.325	49,59%
RSYD	62.682	37.905	14.564	6.968	47,84%

Ordination af Glucose til den bevidstheds påvirket patient:

Den næste analyse vedrører patienter som er bevidstløse voksne som får målt blodsukker. Man har i denne analyse defineret at Glasgow Coma Scale (GCS) skal være højere end 3 og desuden har man lavet separate analyser for den øvre grænse på 12-15.

Hvis blodsukkermålingen indikerer at der bør gives sukkervand, hvor stor en andel har så fået sukkervand af ambulancepersonalet. Resultaterne er angivet på forskelligt niveau af bevidsthed.

Glasgow Coma Scale		
Øjenåbning	Spontan åbne	4
	På tiltale	3
	På smertestimulation	2
	Ingen	1
Verbalt response	Orienteret (egne data, tid og sted)	5
	Konfus, desorienteret	4
	Usammenhængende, men forståelige ord	3
	Uforståelige ord, grynt, jamren	2
	Intet	1
Motorisk response	Efterkommer opfordringer	6
	Lokalisere	5
	Afværger (flektere)	4
	Abnorm fleksion med supination (udaddrejning af hånd)	3
	Ekstension med pronation (indaddrejning af hånd)	2
	Intet	1
Total		Max 15

**Bevidstløshed og måling af
Blodsukker;**

Rækkenavne	1-1-2- ambulance patienter	Antal bevidstløse (GCS)		Bevidstløse BS målt	Andel opfyldt
2a1. Blodsukkermåling, 3<GCS<15, alder>=18	257.988	161.500		100.906	62,48%
RH	66.616	46.889		28.416	60,60%
RM	42.662	20.943		13.327	63,63%
RN	39.064	19.070		11.224	58,86%
RSJ	46.964	32.188		18.086	56,19%
RSYD	62.682	42.410		29.853	70,39%
2a2. Blodsukkermåling, 3<GCS<14, alder>=18	257.988	13.860		11.741	84,71%
RH	66.616	3.211		2.792	86,95%
RM	42.662	2.616		2.161	82,61%
RN	39.064	1.968		1.608	81,71%
RSJ	46.964	2.490		2.091	83,98%
RSYD	62.682	3.575		3.089	86,41%
2a3. Blodsukkermåling, 3<GCS<13, alder>=18	257.988	9.802		8.355	85,24%
RH	66.616	2.307		2.016	87,39%
RM	42.662	1.847		1.524	82,51%
RN	39.064	1.402		1.150	82,03%
RSJ	46.964	1.752		1.491	85,10%
RSYD	62.682	2.494		2.174	87,17%
2a4. Blodsukkermåling, 3<GCS<12, alder>=18	257.988	7.572		6.492	85,74%
RH	66.616	1.749		1.544	88,28%
RM	42.662	1.461		1.206	82,55%
RN	39.064	1.086		888	81,77%
RSJ	46.964	1.355		1.166	86,05%
RSYD	62.682	1.921		1.688	87,87%
2a5. Blodsukkermåling, 3<GCS<9, alder>=18	257.988	3.095		2.654	85,75%
RH	66.616	676		587	86,83%
RM	42.662	597		482	80,74%

Præhospitaldatabasen
Version til offentliggørelse

RN	39.064	425		349	82,12%
RSJ	46.964	552		482	87,32%
RSYD	62.682	845		754	89,23%
	1-1-2- ambulance patienter	Antal BS målt	Bevidstløse BS < 3	Bevidstløse med BS <3 og glukose iv	Andel opfyldt
2b1. Glucose ved blodsuktermåling under 3, alder>=18	257.988	115.082	2.129	1.598	75,06%
RH	66.616	31.266	512	339	66,21%
RM	42.662	17.533	412	350	84,95%
RN	39.064	13.625	368	308	83,70%
RSJ	46.964	18.138	334	239	71,56%
RSYD	62.682	34.520	503	362	71,97%

Diskussion og implikationer:

Dette er eksempler på fremtidige kliniske kvalitetsindikatorer og de anses som meget vigtige af både ledelser, klinikere og patientrepræsentanten, idet de afspejler helt patientnære forhold og den konkrete behandling på stedet. Der ses relativt beskeden variation mellem regionerne for behandling af hhv. patienter med smerter og bevidstløse patienter med lavt blodsukker. En meget stor andel af præhospitale patienter har smerter, og derfor er smertebehandling vigtig. Det skal bemærkes at ikke alle patienter ønsker smertestillende medicin. Hos bevidstløse er det vigtigt at måle blodsukker og evt. give intravenøs glukose. Det er ikke en standard, og en sådan kan ikke defineres endnu, men det er vigtigt at bemærke at 100%'s opfyldelse ikke nødvendigvis er relevant eller ønskelig.

Sammen med de øvrige nye eller reviderede indikatorer, vil disse indgå i fremtidige årsrapporter, hvor så journalaudit i de enkelte regioner kan forbedre behandlingen.

Datagrundlag

Databasen inkluderer data leveret 'håndholdt' af de fem regioner. I løbet af 2021 vil det være målet at data overføres automatiseret til RKKP via webservice-løsning – ideelt i daglig kadence.

Der er til denne rapport leveret data fra de tekniske kørselsdisponeringssystemer samt den elektroniske patientjournal (PPJ) i de fem regioner.

Der anvendes flere forskellige systemer til den tekniske kørselsdisponering, men selv om nogle regioner anvender samme system, anvendes det på nogle punkter på forskellig måde. Det er derfor vanskeligt at få nøjagtig ens udtræk ift. såvel afgrænsning af kohorten, variable og indhold i disse. Der er således behov for betydelig databearbejdning, for at samle data fra hver region til et datasæt, som herefter kan bearbejdes samlet. Igennem dialog imellem de IT-kyndige teknikere i regionernes præhospitale enheder og RKKP, er det lykkedes at komme langt. Alligevel skal resultaterne i denne rapport tolkes med varsomhed.

Der er for anden gang leveret data fra PPJ til denne rapport. Disse data er benyttet til at beregne indikator 2, 7 og i de supplerende analyser igen i indikatorerne 5 og 6. Registreringen i PPJ sker løbende i forbindelse med behandlingsforløb eller umiddelbar efter.

Valideringsprojekter har klarlagt at registreringen på mange punkter kan forbedres. PPJ er dog kun fem år gammel og der må forventes en implementeringsfase, hvor ikke alle nødvendige variable er ensartet registreret på landsplan. Dertil kommer, at der er behov for at kunne koble til andre kvalitetsdatabaser, for at kunne beregne alle indikatorer

Der findes alternative datakilder, som kan anvendes til at validere datakvalitet (herunder kompletthed af data). På sigt vil grunddata være baseret på den nationale Præhospitale Patient journal (PPJ data), og her vil ambulancedisponerings data og elektroniske patient journaler på hospitalerne kunne bidrage til at belyse datakvaliteten.

Styregruppens medlemmer

Formandskab	
Præhospitalet og akut medicin professor Erika Frischknecht Christensen	Ålborg Universitet
Professor, Overlæge og leder af akutlægebilen i Odense Søren Mikkelsen	Region Syddanmark
Øvrige medlemmer	
Præhospitalet lægelig chef Ole Mazur Hendriksen	Region Sjælland
Præhospitalet lægefaglig direktør Poul Anders Hansen (afgående)	Region Nordjylland
Præhospitalet lægefaglig direktør Palle Juelsgaard (per 1. december 2020)	
Lægefaglig direktør Per Sabro Nielsen, phd	Region Midtjylland
1. reservelæge Carsten Stengaard, phd	Dansk Cardiologisk Selskab
Overlæge, funktionsleder Akutlægebilen Svendborg Louise Amstrup-Hansen	Præhospitalet Region Syddanmark
Overlæge, akutlæge Jacob Steinmetz, phd	Præhospitalet Region Hovedstaden
Enhedschef Charlotte Barfod, phd	Region Hovedstadens Akutberedskab
Drifts og økonomicontroller, Allan Thustrup Mortensen	Præhospitalet Region Sjælland
Controller og datamanager Flemming Bøegh Jensen	Præhospitalet Region Nordjylland
Overlæge Helle Collatz Christensen, phd	Klinisk epidemiolog, Afdeling 1, RKKP
Biostatistikere Henrik Nielsen	Statistikere, Afdeling 1, RKKP
Kvalitetskonsulent Birgitte Rühmann	Kontaktperson, Afdeling 1, RKKP og Dataansvarligmyndighed, Strategisk Kvalitet, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland

Beregningsregler

Population: Alle 1-1-2-opkald, som henvises fra alarmcentralerne til AMK-vagtcentralerne. Alle opgaver for disse hændelser inkluderes.

Nr	Indikatorområde	Indikator	Tæller	Nævner	Type	Standard
1	Tid til ankomst af første professionelle præhospitale indsatsenhed	Tid fra hændelsen modtages elektronisk hos AMK vagtcentralen til ankomst for første præhospitale indsatsenhed for hændelser hvori der indgår en hastegrad A	Tid fra hændelse modtages elektronisk hos AMK vagtcentralen til manuelt tryk ved ankomst af første præhospitale indsatsenhed (hvis manuelt tryk ligger mere end 60 sekunder efter elektronisk tidspunkt anvendes dog elektronisk ankomsttidspunkt).	Alle 1-1-2-hændelser indeholdende mindst én hastegrad A.	Median tid	Ikke fastlagt
2	Tid til ankomst af første supplerende præhospitale indsatsenhed	Tid fra hændelsen (opkald til 1-1-2) modtages elektroniske hos AMK vagtcentralen til ankomst af supplerende behandlingskompetence i et særligt køretøj (som ikke er en ambulance, dvs. beregnet til patienttransport på bære) De supplerende indsatsenheder opdeles i: a) Paramediciner/behandler i akutbil b) Sygeplejerske i akutbil c) Læge i akutlægebil Stratificeres på type indsatsenhed (fraset helikopter).	Tid fra hændelse modtages elektronisk hos AMK vagtcentralen til manuelt tryk i ambulancen ved ankomst af første avancerede præhospitale indsatsenhed (Data taget fra PPJ). Stratificeret på type af først ankomne præhospitale indsatsenhed.	Alle 1-1-2-hændelser indeholdende mindst én hastegrad A og hvor der er mindst én avanceret præhospital indsatsenhed som ikke aflyses før ankomst til skadested.	Median tid	Ikke fastlagt
3	Tidsforbrug til overdragelse af patient på sygehus	Tid fra ankomst til patienten er overtaget af hospitalspersonale for opgaver hvori der indgår en hastegrad A (opgøres på opgaveniveau) (Indtil data vedr. overlevering er tilstrækkelig godt registreret vil tid til opgaven er slut blive anvendt, dvs. når køretøjet meldes fri).	Tid fra ankomst på hospital til at køretøjet meldes fri. For begge tidspunkter anvendes tid for manuelt tryk, dog elektronisk tidsangivelse hvis det manuelle tryk ligger >60 sek. efter dette.	Alle 1-1-2-opgaver fra hændelser indeholdende mindst én hastegrad A, hvor opgaven afsluttes med aflevering på hospital.	Median tid	UDGÅET
4	Andel af hændelser hvor der er foretaget en kodning i overensstemmelse med Dansk Indeks for Akuthjælp	Andel af hændelser hvor der er kodet korrekt i overensstemmelse med 'Dansk Indeks', dvs. der skal være registreret bogstav (A-F) og fire gyldige cifre som parvis skal være >00. (Sidste hastegrad	Antal hændelser hvor der er mindst ét gyldigt 'Dansk Indeks' registreret, dvs. med bogstav A-E/F og fire cifre som parvis er >00.	Antal 1-1-2-hændelser.	Andel	≥ 95 %

Præhospitaldatabasen
Version til offentliggørelse

		i hændelsen).				
5	Andelen af patienter afsluttet telefonisk der følges af en ny kontakt til AMK-vagtcentralen mindre end 24 timer efter kontakten	Andel afsluttede patienter (med gyldig cpr-nummer), der har fornyet kontakt til AMK-vagtcentralen (cpr-nummer optræder i ny hændelse) indenfor 24 timer..	Antal med ny hændelse med samme cpr-nummer < 24 timer efter første hændelses start.	Antal patienter med gyldigt cpr-nummer, som er afsluttet telefonisk ved primær hændelse	Andel	Ikke fastlagt
6	Andelen af patienter afsluttet på skadestedet der følges af en ny kontakt til AMK-vagtcentralen mindre end 24 timer efter kontakten	Andel afsluttede patienter (med gyldigt cpr-nummer), der har fornyet kontakt til AMK-vagtcentralen (cpr-nummer optræder i ny hændelse) indenfor 24 timer.	Antal med ny hændelse med samme cpr-nummer < 24 timer efter første hændelses start.	Antal patienter med gyldigt cpr-nummer, som er afsluttet på skadestedet ved primær hændelse.	Andel	Ikke fastlagt
7	Andelen af patienter der genoplives efter bevidnet hjertestop (Return of Spontaneous Circulation, ROSC)	Andelen af patienter der registreres med bevidnet hjertestop, som opnår cirkulation (ROSC) før ankomst til hospital. Data fra hjertestopskema i PPJ (obs. ikke alle regioner er gået over til PPJ registrering af dette)	Antal patienter med bevidnet hjertestop, som opnår cirkulation (ROSC) før ankomst til hospital.	Antal 1-1-2-opkald hvor patienten registreres med bevidnet hjertestop.	Andel	Ikke fastlagt
8	Tid til indbringelse til trombolyse eller endovaskulær behandling efter erkendt apopleksi	Tid fra modtagelse af hændelse ved AMK-vagtcentral til trombolyse eller endovaskulær behandling for patienter med iskæmisk apopleksi som modtager en af disse behandlinger (Data vedr. apopleksi og behandling indhentes fra Dansk Apopleksiregister)	Tid fra 1-1-2-opkald modtages ved AMK-vagtcentralen til start på trombolyse- eller endovaskulær behandling.	Alle patienter registreret i Dansk Apopleksiregister med trombolyse- eller endovaskulær behandling for iskæmisk apopleksi.	Median tid	Ikke fastlagt
9	Behandling med PCI efter STEMI	Andelen af patienter med STEMI der ankommer til kardiologisk laboratorium indenfor X minutter fra at diagnosen er stillet præhospitalt med EKG (som proxy anvendes tidspunkt for foretaget præhospital EKG) - Tid fra 1-1-2-opkald til ankomst på PCI center - (Tid fra 1-1-2-opkald til EKG til ballon – her eller i akutte hospitalskontakter?) (Oplysninger vedr. STEMI og PCI behandling søges indhentet fra Dansk Hjerteregister, når disse variable bliver tilgængelige heri).	Antal patienter, som ankommer til PCI-center indenfor X antal minutter fra hhv. a) tidspunkt for 1-1-2-opkald modtages på AMK vagtcentralen og b) tidspunkt for præhospitalt EKG.	Antal patienter der indbringes til PCI-center med STEMI efter 1-1-2-opkald.	Andel	Ikke fastlagt
10	Andel af 1-1-2 hændelser hvor der er registreret cpr-nummer	Andelen af hændelser, hvor korrekt dansk cpr-nummer er registreret for mindst én person. (Uanset om dette er registreret i forbindelse med indringning eller senere i forløbet). Stratificeres	Antal af hændelser med mindst ét gyldigt cpr-nummer Stratificeres på hastegrad.	Antal 1-1-2-hændelser.	Andel	≥ 90 %

Præhospitaldatabasen
Version til offentliggørelse

		på hastegrad.				
	Andelen af hændelser afsluttet telefonisk (ingen kørsel)	<i>Andelen af alle hændelser som medfører afslutning hhv. (a) telefonisk. Data taget fra PPJ</i>	<i>Antal hændelser, som afsluttes telefonisk.</i>	<i>Alle 1-1-2-hændelser.</i>	<i>Andel</i>	<i>Ikke fastlagt</i>
	Andelen af hændelser afsluttet på skadestedet (ingen indbringelse med ambulance)	<i>Andelen af alle hændelser som medfører afslutning på skadestedet (oplyst af region, vil typisk være hændelser uden indbringelse med ambulance til hospital dvs. køretøj fri umiddelbart efter afgang skadested uden angivet ankomst til hospital). Data taget fra PPJ.</i>	<i>Antal hændelser, som afsluttes på skadestedet.</i>	<i>Alle 1-1-2-hændelser.</i>	<i>Andel</i>	<i>Ikke fastlagt</i>

Regionale kommentarer til rapporten:

Region Nordjylland er der følgende regionale kommentarer til høringsversion af årsrapport for Præhospitaldatabasen:

- Indikator 4, Andel af opkald til 1-1-2 (hændelser), hvor der er foretaget en kodning i overensstemmelse med Dansk Indeks for Akuthjælp:
Opmærksomheden henledes på, at der er tale om opgørelser på baggrund af data fra 2019. I Region Nordjylland har der i løbet af 2019 og 2020 været fokus på sundhedsfaglige visitorers angivelse af Dansk Indeks kode. Der ses derfor en markant forbedring for Region Nordjylland i forhold til at efterleve indikator 4, hvis opgørelserne byggede på tidssvarende data.
- Indikator 7, Andelen af patienter med bevidnet hjertestop som genoplives (Return of Spontaneous Circulation, ROSC):
Som anbefalet i årsrapporten, er der i Region Nordjylland iværksat forbedringstiltag i forhold til registrering af data i PPJ ved hjertestop.

Region Syddanmark:

Kommentar til indikator 5:

Region Syddanmark har, af tekniske årsager, ikke haft mulighed for at registrere CPR nr. før efteråret 2020

Derfor kan tallene ikke bruges til beregning af den indikator.

For så vidt angår beregning ud fra PPJ data er det uklart hvad der måles på, da der ikke oprettes en PPJ journal på opgaver der afsluttes telefonisk af den sundhedsfaglige visitor

Indikator 6:

Her er der samme udfordring af der ikke er registreret CPR nr. på opkald der afsluttes telefonisk

Smertebehandling: Region Syddanmarks præhospitale enheder medbringer ikke svage smertestillende midler, men alene morfika og morfikalignende stoffer

Region Hovedstaden og Region Sjælland kan ikke kommentere pga følgende: "Årsrapporten har mod sædvane ikke været til høring blandt indberettende afdelinger i Region Hovedstaden og Region Sjælland på grund af covid-19 situationen i januar 2021. Klinikere fra Region Hovedstaden og Region Sjælland er repræsenteret i databasens styregruppe, der har stået for udarbejdelsen"

Region Midtjylland har ingen kommentarer.