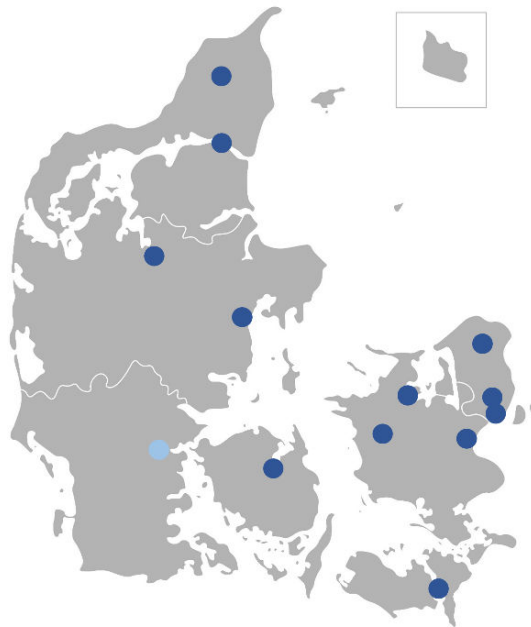


Dansk Amputationsdatabase DanAmp

Rapport 2025



- Afdelinger der indrapporterer
- Afdelinger på vej

Forord

Dette er den anden årsrapport fra Dansk Amputationsdatabase (DanAmp). Rapporten bidrager med vigtig viden om behandlings- og rehabiliteringsforløb for patienter, der gennemgår større benamputation i Danmark – et område, hvor evidensen fortsat er begrænset, og hvor der er behov for systematisk viden til at understøtte klinisk praksis og kvalitetsudvikling.

En væsentlig nyhed i årets rapport er, at DanAmp pr. 1. september 2025 har opnået §46-godkendelse. Det betyder, at det nu er muligt at indhente journaldata uden skriftligt samtykke fra patienterne. Denne ændring har gjort inklusion og dataindsamling væsentligt enklere i klinisk praksis og giver samtidig mulighed for en mere fuldstændig og repræsentativ inklusion af patientgruppen – herunder også de mest skrøbelige patienter, som tidligere ofte ikke blev inkluderet. Dette er et vigtigt skridt i retning af et stærkere og mere retvisende datagrundlag.

Resultaterne for 2025 viser fortsat betydelige forskelle i den perioperative praksis mellem hospitalerne. Samtidig har patienterne et lavt mobilitetsniveau tre måneder efter amputation, og en mindre andel bliver proteseforsynet sammenlignet med året før. Et særligt opmærksomhedspunkt er, at 15% af amputationerne fortsat udføres af yngre læger uden supervision af mere erfarne kollegaer. Samlet peger dette på behovet for fortsat fokus på kvalitet, ensartethed og en styrket rehabiliteringsindsats.

DanAmp synliggør variation og peger på konkrete områder på landets hospitaler, hvor der er behov for mere viden og fælles retning. Dette er særligt aktuelt i lyset af, at European Society for Vascular Surgery (ESVS) forventes at publicere internationale retningslinjer for det perioperative forløb i efteråret 2026. Rapportens resultater er også relevante i en bredere sundhedspolitisk sammenhæng. I arbejdet med sundhedsreformen er personer med benamputation fremhævet som en patientgruppe med behov for særlige indsatser. DanAmp kan her spille en vigtig rolle ved at levere data, der kan understøtte udviklingen af mere sammenhængende og målrettede patientforløb på tværs af sektorer.

I 2025 har 12 af landets 21 relevante afdelinger indrapporteret data til databasen. Med de nye muligheder for dataindsamling er det nu blevet lettere at deltage, og vi håber, at endnu flere afdelinger vil koble sig på i de kommende år.

Vi vil gerne takke alle de afdelinger og sundhedsprofessionelle, der bidrager til DanAmp. Jeres indsats er afgørende for at skabe ny viden og forbedre behandlingen for patienter med større benamputation i Danmark.

På vegne af DanAmp-styregruppen,
Lektor, Ulla Riis Madsen

Indholdsfortegnelse

Forord.....	1
Definitioner	3
Forkortelser.....	3
Livskvalitet og funktions outcome	3
Resume.....	5
Beskrivelse af sygdomsområdet	6
Introduktion til DanAmp	6
Datagrundlag.....	7
Demografi og karakteristika.....	9
Livskvalitet og funktion – forud for amputation.....	11
Præ-operative variable	14
Operativt set-up.....	16
Perioperative variable	17
Postoperative variable	18
Udskrivelse	20
3 mdr.PRO	21
DanAmp styregruppe	23
Referencer.....	24
Bilag.....	25

Definitioner

<i>Index-operation:</i>	Operationen der ligger til grund for inklusion. Det kan jf. inklusionskriterier være en primær amputation eller en re-amputation efter en tidligere større amputation.
<i>Re-amputation:</i>	Amputation efter en tidligere større amputation, men på et højere klassificeringsniveau (dvs. udføres gennem eller proximalt for det nærmeste proximale led).
<i>Revision:</i>	Revision på samme klassifikationsniveau. Dvs. et kirurgisk indgreb på stumpen (bløddele, knogle eller begge), i et omfang der kræver en operationsstue, men uden at medføre et højere klassificeret amputationsniveau.
<i>Større amputation:</i>	Amputationer over ankelniveau
<i>Klassifikations-niveau:</i>	Transtibial amputation/ Knædisartikulation/Transfemoral amputation/ Hoftedisartikulation.
<i>Præ-kursist:</i>	Læge under klinisk basisuddannelse (KBU) / medicinstuderende / FADL-vagt.
<i>Intro:</i>	Læge i introduktionsstilling eller efter gennemført introduktionsstilling, men før hoveduddannelse
<i>Fase 1-2:</i>	Læge i hoveduddannelse fase 1 - 2 (de første 2,5 år af HU, tidligere kaldet kursist)
<i>Fase 3:</i>	Læge i hoveduddannelse fase 3 (sidste del - 1,5 år af HU, tidligere 1. reservelæge)
<i>Speciallæge:</i>	Afdelingslæge eller overlæge

Forkortelser

TTA:	Transtibial amputation
TFA:	Transfemoral amputation
KD:	Knædisartikulation
HD:	Hoftedisartikulation
UE:	Underekstremitet
PRO:	Patient Rapporteret Outcome
LOS:	Length of stay (indlæggelsesvarighed)

Livskvalitet og funktions outcome

BAMS:	Basic Amputee Mobility Score vurderer basismobilitet hos benamputerede. Den vurderer patientens mobilitet gennem fire forskellige aktiviteter. Hver aktivitet scores fra 0-2 resulterende i en samlet score mellem 0 og 8 point, hvor en høj score indikerer bedre mobilitet [1].
--------------	---

BAMS benyttes i DanAmp til at vurdere patientens basismobilitet ved den indledende fysioterapeutiske vurdering og ift. behov for videre genoptræning, ved afslutning/udskrivning fra hospital.

EQ5D-5L: 'EuroQol 5 dimensions, 5 level questionnaire' er et standardiseret spørgeskema til måling af helbredsrelateret livskvalitet og helbredsstatus. Scoren består af 2 dele, den første del består af 5 spørgsmål der dækker domænerne – mobilitet, personlig pleje, sædvanlige aktiviteter, smerter/ubehag og angst/depression – med hver fem svarmuligheder fra 'ingen problemer' til 'kan ikke'. Den anden del udgøres af EQ VAS (EuroQol Visual Analogue Scale), hvor patienten vurderer eget helbred på en visuel analog skala fra 0-100, hvor 100 er den bedst tænkelige helbredstilstand [2, 3]. Normalværdier i den danske befolkning er 0.9 for EQ5D-5L index-scoren og 82.4 for EQ VAS [4].

EQ5D benyttes i DanAmp under indlæggelse hvor patienten angiver status 1 mdr. før amputation og den benyttes igen i follow-up spørgeskemaet.

NMS: New Mobility Score vurderer gangfunktion; indendørs, udendørs og under indkøb. Der gives fra 0-3 point for hver funktion, resulterende i en samlet score fra 0-9 point, hvor en højere score indikerer bedre mobilitet.

NMS benyttes i DanAmp under indlæggelse hvor patienten angiver status 1 mdr. før amputation og den benyttes igen i follow-up spørgeskemaet. I follow-up skemaet anvendes scoren til de patienter der proteseforsynes.

WMS: Wheelchair Mobility Score vurderer mobilitet blandt kørestolsbrugere. Scoren er udviklet inspireret af NMS og består af 3 spørgsmål, som besvares med en score mellem 0-3 point. Den samlede score er mellem 0-9 point, hvor en højere score indikerer bedre mobilitet. Scoren bliver aktuelt valideret.

WMS benyttes i DanAmp i follow-up spørgeskemaet for de patienter der ikke proteseforsynes, men anvender kørestol.

Resume

Dette er den anden rapport fra Dansk Amputationsdatabase (DanAmp), som har til formål at belyse det perioperative og postoperative forløb hos patienter, der gennemgår større benamputationer i Danmark. Rapporten omfatter data fra 281 patienter opereret i 2025 og sammenlignes med 230 patienter fra 2024. I alt har 12 afdelinger indrapporteret data i perioden. Overordnet ses kun mindre ændringer sammenlignet med sidste års resultater.

Patientgruppen er karakteriseret ved høj alder (median 74 år), en overvægt af mænd (66%) og betydelig komorbiditet, herunder diabetes (46%) og arteriosklerose (65%). Forud for amputation rapporterer patienterne lav funktionsevne og livskvalitet. Størstedelen af amputationerne foretages på femurniveau (74%).

Langt de fleste patienter (ca. 85%) bliver vurderet af karkirurg forud for amputation. Samtidig udføres 15% af amputationerne af introlæger eller læger i fase 1-2 uden supervision af en fase 3-læge eller speciallæge. Størstedelen af operationerne (73%) foregår i dag tid, og 68% af patienterne mobiliseres på operationsdagen eller første postoperative dag.

Den postoperative indlæggelsestid er uændret med en median på 7 dage. Omkring halvdelen af patienterne udskrives til egen bolig, og langt de fleste (96%) får udarbejdet en genoptræningsplan ved udskrivelse.

Tre måneder efter amputation ses et fald i andelen af patienter, der er blevet proteseforsynet (22% i 2025 mod 35% i 2024). Patienternes selvrapporterede helbred er fortsat lavt (EQ VAS: 57,6). 81% oplever fantomsmerter, og omkring halvdelen rapporterer stumpsmerter efter 3 mdr.

Der ses fortsat betydelig variation i amputationspraksis mellem hospitalerne. Resultaterne skal tolkes med forbehold, da afdelingerne er tilkøbet databasen på forskellige tidspunkter og med varierende datakomplethed og opfølgingslængde. Samlet peger rapporten dog på et fortsat behov for øget ensartethed i behandling og rehabiliteringstilbud.

Beskrivelse af sygdomsområdet

Patienter, der gennemgår større benamputation, udgør en kompleks og sårbar patientgruppe med høj alder og betydelig komorbiditet. Den hyppigste årsag til amputation er arteriosklerose, ofte ledsaget af sår, infektion og smerter, og i mange tilfælde er sygdommen så fremskreden, at amputation vurderes som eneste behandlingsmulighed.

Forud for amputation har patienterne ofte lav livskvalitet og begrænset funktionsevne, og mange er afhængige af hjælp i dagligdagen. Efter operationen ses hyppigt komplikationer som smerter og dårlig heling og re-amputation og genindlæggelse er hyppige. Desuden har patienterne behov for omfattende genoptræning og rehabiliterende indsatser. Overlevelsen efter større benamputation er generelt lav; 30-dages mortaliteten er 11% for TTA og 23% for TFA, 1-års mortalitet er 29% for TTA og 48% for TFA [5]. Patientforløbene er tværsektorielle og involverer flere specialer samt kommunal rehabilitering, både behandlingspraksis og kommunale tilbud varierer.

Introduktion til DanAmp

DanAmp blev initieret i 2022 af en tværfaglig styregruppe med repræsentanter fra alle 5 regioner.

DanAmp er etableret som en forskningsdatabase, som er implementeret trinvist. Afdelingerne er koblet på i forskellige perioder, de første afdelinger startede indrapportering i januar 2023 og den sidst tilknyttede afdeling startede indrapportering medio 2025. Dette betyder, at der er væsentlige fortolkningsforbehold ved sammenligning på tværs af afdelinger, da forskelle i fx inklusionsperiode, antal inkluderede patienter og lokale arbejds gange kan påvirke resultaterne.

Resultaterne bør primært anvendes til at belyse variation og identificere forbedringspotentialer, og ikke som direkte mål for behandlingskvalitet. Ved større udsving bør data tolkes i kontekst, og faglig vurdering er nødvendig for at undgå misfortolkning. Datagrundlaget skal ses som et vigtigt første skridt mod systematisk dokumentation og fremadrettet kvalitetsudvikling på området.

I forbindelse med indlæggelsen indsamles perioperative data (demografiske (herunder patient rapporterede), kirurgiske og postoperative data). Desuden indsamles patient rapporterede outcome (PRO) ved 3, 6, 12, 24, and 36 mdr. via e-Boks. Kun data fra 3 mdr. opfølgning præsenteres i denne rapport.

Data opbevares i en online database (REDCap) hosted og supported af OPEN (Open Patient data Explorative Network, Odense Universitets Hospital). Udviklingen af databasen er beskrevet tidligere [6].

Projektet er støttet af fondsmidler fra Region Sjællands og Region Syddanmarks forskningspulje (2022) og Danmarks Frie Forskningsfond (DFF), grant ID: 10.46540/3165-00053B (2023).

Datagrundlag

I rapporten præsenteres data for amputationer udført i hhv. 2024 og 2025. I 2024 blev der inkluderet 230 patienter med amputation og i 2025 blev der inkluderet 281 – samlet 511 patienter.

I alt 12 afdelinger har i perioden indrapporteret data til DanAmp. Implementering af nye afdelinger er foregået løbende, derfor er der variation i datagrundlaget for afdelingerne.

Data præsenteres pr. år (2024 og 2025) i rapporten og data på afdelingsniveau præsenteres i bilag. Dataudtrækket blev foretaget d. 23.01.26.

	2024	2025	Total
Aalborg	6	27	33
AUH	35	26	61
Herlev	20	16	36
Hillerød	13	25	38
Hjørring	0	13	13
Holbæk	26	15	41
Hvidovre	50	45	95
Køge	23	15	38
Nykøbing F.	20	20	40
OUH	18	26	44
Slagelse	16	35	51
Viborg	3	18	21
Total	230	281	511

Af de 511 inkluderede er:

- 489 inkluderet med en primær amputation som index-procedure
- 10 inkluderet med en re-amputation som index-procedure.
- 5 patienter er inkluderet og patientkarakteristika er tastet, men har manglende data vedr. operation. N for variablene, er derfor varierende.
- 7 patienter er bilateralt amputeret (2024=4, 2025=3). Demografidata og operationsdato/tid er inkluderet i det samlede data). Alle 7 har fået foretaget amputation på femur-niveau bilateralt og alle er primære amputationer.

For variable hvor der er missing data er antal (n) anført for variabelen, hvis antallet afviger fra totale antal.

Ny inklusionsprocedure

Pr. 1. september 2025 overgik vi til en §46 godkendelse, det betyder at vi ikke længere skal indhente samtykke, men kan indhente data på alle amputerede patienter der opfylder inklusionskriterierne, på de involverede afdelinger.

Vi havde indtil 1. september registreret 238 patienter som var screenede men 'ikke inkluderede'.

Tal fra sidste års rapport indikerede at 'ikke-inkluderede' patienter var ældre og en større andel var amputeret på TFA-niveau. Det indikerer, at en andel af de skrøbeligste (mest morbide) patienter ikke blev repræsenteret i DanAmp ved den tidligere inklusionsprocedure.

Af tabel 2 fremgår information vedrørende karakteristika på de 'ikke-inkludere' patienter frem til 1. sept. 2025. Det fremgår at den primære årsag til at patienterne ikke kunne inkluderes var kognitive udfordringer/sprogbarriere (40%), fulgt af logistiske udfordringer (31%).

Tabel 2: Oversigt over screenede, men 'ikke-inkluderede' patienter frem til 1. september 2026 (n=238)	
Mænd, n (%)	155 (65.1)
Kvinder, n (%)	83 (34.9)
Alder, median (IQR), n=236	75 (66-80)
Amputationsniveau, n (%), n=231	
Transtibial	52 (22.5)
Knæ disarticulation	2 (0.9)
Transfemoral	174 (75.3)
Hofte disarticulation	3 (1.3)
Deltager IKKE på grund af: n (%), n=236	
Ingen bopæl DK / ingen CPR-nummer	2 (0.8)
Kognitive udfordringer / sprogbarriere	95 (40.3)
Opfylder kriterier, men ønsker IKKE at deltage	38 (16.1)
Pt død inden samtykke	19 (8.1)
Grundet logistiske udfordringer	73 (30.9)
Ikke opereret på eget hospital	9 (3.8)

Demografi og karakteristika

Gennemsnitsalderen blandt de inkluderede i 2025 er 74 år mod 73 år i 2024. Andelen af mænd er 66% mod 67% i 2024 (tabel 3) og mændene er fortsat yngre end kvinderne når de amputeres (figur 1). Disse karakteristika ligner tilnærmelsesvis den samlede population af patienter der benamputeres i Danmark [5]. Det samme gælder forekomsten af diabetes (44%), hvorimod forekomsten af arteriosklerose fortsat er lavere (63% vs 84%) [7]. Andelen af rygere eller tidligere rygere er 73% i 2025 mod 75% i 2024.

Tabel 4 viser demografi fordelt på amputationsniveau. Her bemærkes det, at dem der amputeres transtibialt er yngre, end dem der amputeres på femurniveau, og at en større andel er mænd.

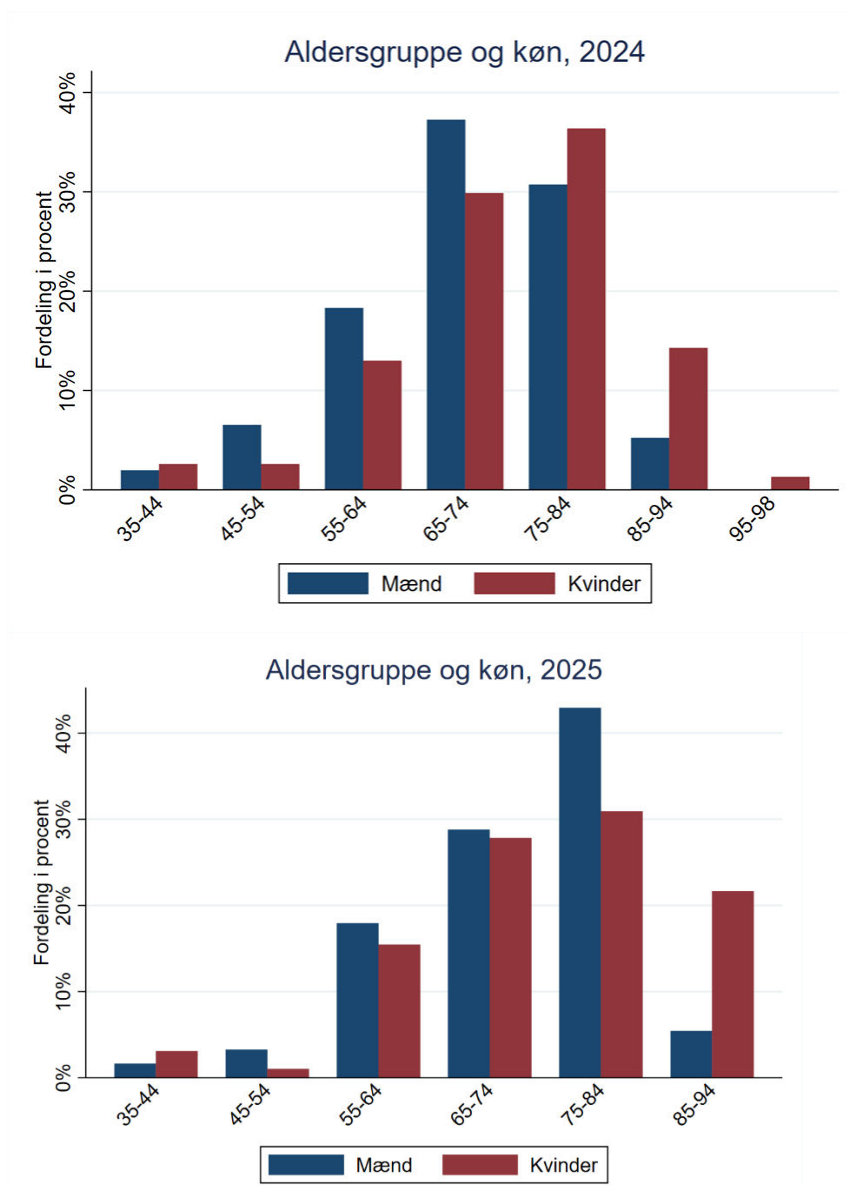
Tabel 3: Demografi for inkluderede patienter i 2024 og 2025		
	2024 <i>n=230</i>	2025 <i>n=281</i>
Alder, median (IQR)	73 (65; 78)	74 (66; 81)
Mænd, n (%)	153 (66.5)	184 (65.5)
Kvinder, n (%)	77 (33.5)	97 (34.5)
Amputationsniveau, n (%)	<i>n=230</i>	<i>n=277</i>
Tibial amputation	69 (30.0)	62 (22.4)
Knæ disartikulation	3 (1.3)	10 (3.6)
Femur amputation	157 (68.3)	205 (74.0)
Hofte disartikulation	1 (0.4)	-
Komorbiditet^a, n (%)		
Ingen komorbiditet	27 (11.7)	36 (12.8)
Diabetes	112 (48.7)	123 (43.8)
Arteriosklerose	153 (66.5)	178 (63.3)
Dialysebehandlet nyresvigt	18 (7.8)	12 (4.3)
Parese i UE	11 (4.8)	7 (2.5)
Tobaksstatus, n (%)	<i>n=224</i>	<i>n=258</i>
Aldrig røget	56 (25.0)	70 (27.1)
Tidligere ryger (ophør > 1 mdr)	94 (42.0)	102 (39.5)
Ryger	74 (33.0)	86 (33.3)
Boligform før indlæggelsen, n (%)	<i>n=279</i>	<i>n=267</i>
Egen bolig	209 (91.3)	242 (90.6)
Midlertidlig døgnplads (fx. aflastning)	3 (1.3)	12 (4.5)
Døgninstitution (fx. plejehjem, bosted)	15 (6.6)	13 (4.9)
Hjemløs	2 (0.9)	-
^a For variabelen 'komorbiditet' kan der sættes flere krydser. 'Ingen komorbiditet' dækker over at man ikke har en/flere af de listede komorbiditeter.		

Tabel 4: Demografi pr. år fordelt på amputationsniveau ^a .					
	2024 (n=226)		2025 (n=277) ^b		
	TTA	TFA	TTA	KD.	TFA
n (%)	69 (30.0)	157 (68.3)	62 (22.4)	10 (3.6)	205 (74.0)
Alder, median (IQR)	66 (59; 73)	75 (68; 81)	67 (60; 75)	74 (71; 78)	76 (69; 82)
Mænd, n (%)	56 (81.2)	94 (59.9)	46 (74.2)	8 (80.0)	129 (62.9)
Kvinder, n (%)	13 (18.8)	63 (40.1)	16 (25.8)	2 (10.0)	76 (37.1)
Komorbiditet ^c, n (%)					
Ingen komorbiditet	8 (11.6)	18 (11.5)	5 (8.1)	1 (10.0)	29 (14.1)
Diabetes	45 (65.2)	66 (42.0)	42 (67.7)	4 (40.0)	77 (37.6)
Arteriosklerose	42 (60.9)	110 (70.1)	32 (51.6)	6 (60.0)	138 (67.3)
Dialysebehandlet nyresvigt	7 (10.1)	11 (7.0)	5 (8.1)	-	7 (3.4)
Parese i UE	1 (1.4)	9 (5.7)	1 (1.6)	-	6 (2.9)
Tobaksstatus, n (%)	n=68	n=152	n=58	n=7	n=190
Aldrig røget	23 (33.8)	31 (20.4)	14 (24.1)	3 (42.9)	53 (27.9)
Tidl. ryger (ophør>1 mdr)	27 (39.7)	66 (43.4)	32 (55.2)	1 (14.3)	67 (35.3)
Ryger	18 (26.5)	55 (36.2)	12 (20.7)	3 (42.9)	70 (36.8)
Boligform før indlæggelsen, n (%)	n=69	n=156	n=60	n=8	n=196
Egen bolig	68 (98.6)	137 (87.8)	57 (95.0)	8 (100.0)	174 (88.8)
Midlertidlig døgntplads (fx. aflastning)	-	3 (1.9)	1 (1.7)	-	11 (5.6)
Døgninstitution (fx plejehjem, bosted)	-	15 (9.6)	2 (3.3)	-	11 (5.6)
Hjemløs	1 (1.4)	1 (0.6)	-	-	-

^a I 2024 blev der kun udført 3 KD og 1 HD, og data vises derfor ikke for dem.

^b Der er missing data på op-niveau for 4 patienter i 2025, da data ikke var nået tastet på tidspunkt for dataudtræk.

^c For variabelen 'komorbiditet' kan der sættes flere krydser. 'Ingen komorbiditet' dækker over at man ikke har en/flere af de listede komorbiditeter.



Figur 1: Procentvise fordeling af køn på aldersgrupper for hhv 2024 og 2025. Hvert køn summere op til 100%.

Livskvalitet og funktion – forud for amputation

Ved inklusion indsamles PRO data omkring livskvalitet (EQ5D-5L) og funktion (NMS) én måned før amputationen. Generelt er såvel livskvalitet (EQ5D-5L og EQ VAS) som mobilitetsniveau (NMS) cirka en måned forud for benamputation, lav, og en del lavere end baggrundsbefolkningen (tabel 6 og 8). Hele 48% oplever stærke til ekstreme smerter eller ubehag vurderet EQ5D-5L - "smerter/ubehag domænet" (tabel 5), 28% har ingen selvstændig indendørs gangfunktion og 57% er ikke i stand til selvstændigt at fortage indkøb vurderet ved NMS (tabel 7).

Ift. indrapportering af EQ5D-5L så ses der en stigning fra 20% i 2024 til 39% i 2025 som ikke har fået denne rapporteret, mens der ses højere grad af indrapportering af NMS i begge år og uden væsentlige ændringer.

Afdelinger med lav indrapportering af præoperative data, særligt ift. de to EQ5D-variabler bør se på lokal praksis, da samme spørgeskema indgår i opfølgningen og bidrager med vigtig viden om betydning af benamputation ift. ændring i livskvalitet. Dette forudsætter både en indrapportering før og efter amputationen.

Tabel 5: EQ5D-5L domæner pr. år		
EQ5D-5L domæner	2024 n=230	2025 n=281
BEVÆGELIGHED, n (%)	<i>n=186</i>	<i>n=176</i>
Jeg har ingen problemer med at gå omkring	31 (16.7)	28 (15.9)
Jeg har lidt problemer med at gå omkring	33 (17.7)	31 (17.6)
Jeg har moderate problemer med at gå omkring	32 (17.2)	37 (21.0)
Jeg har store problemer med at gå omkring	42 (22.6)	43 (24.4)
Jeg kan ikke gå omkring	48 (25.8)	37 (21.0)
PERSONLIG PLEJE, n (%)	<i>n=186</i>	<i>n=176</i>
Jeg har ingen problemer med at vaske mig eller klæde mig på	90 (48.4)	91 (51.7)
Jeg har lidt problemer med at vaske mig eller klæde mig på	33 (17.7)	28 (15.9)
Jeg har moderate problemer med at vaske mig eller klæde mig på	25 (13.4)	29 (16.5)
Jeg har store problemer med at vaske mig eller klæde mig på	23 (12.4)	14 (8.0)
Jeg kan ikke vaske mig eller klæde mig på	15 (8.1)	14 (8.0)
SÆDVANLIGE AKTIVITETER^a n (%)	<i>n=186</i>	<i>n=175</i>
Jeg har ingen problemer med at udføre sædvanlige aktiviteter	60 (32.3)	52 (29.7)
Jeg har lidt problemer med at udføre sædvanlige aktiviteter	24 (12.9)	33 (18.9)
Jeg har moderate problemer med at udføre sædvanlige aktiviteter	33 (17.7)	25 (14.3)
Jeg har store problemer med at udføre sædvanlige aktiviteter	28 (15.1)	35 (20.0)
Jeg kan ikke udføre mine sædvanlige aktiviteter	41 (22.0)	30 (17.1)
SMERTER/ UBEHAG, n (%)	<i>n=187</i>	<i>n=177</i>
Jeg har ingen smerter eller ubehag	36 (19.3)	44 (24.9)
Jeg har lidt smerter eller ubehag	33 (17.6)	21 (11.9)
Jeg har moderate smerter eller ubehag	37 (19.8)	19 (10.7)
Jeg har stærke smerter eller ubehag	56 (29.9)	59 (33.3)
Jeg har ekstreme smerter eller ubehag	25 (13.4)	34 (19.2)
ANGST / DEPRESSION, n (%)	<i>n=187</i>	<i>n=176</i>
Jeg er ikke ængstelig eller deprimeret	112 (59.9)	99 (56.3)
Jeg er lidt ængstelig eller deprimeret	32 (17.1)	31 (17.6)
Jeg er moderat ængstelig eller deprimeret	22 (11.8)	30 (17.0)
Jeg er meget ængstelig eller deprimeret	16 (8.6)	13 (7.4)
Jeg er ekstremt ængstelig eller deprimeret	5 (2.7)	3 (1.7)

^a (fx. arbejde, studie, husarbejde, familie- eller fritidsarbejde)

Tabel 6: EQ5D-5L Index score og EQ VAS pr. år og fordelt på amputationsniveau (TFA og TTA)		
	2024 n=230	2025 n=281
Total		
EQ5D-5L Index, mean (sd)	n=184 0.48 (0.39)	n=171 0.45 (0.37)
EQ VAS, mean (sd)	n=181 51.6 (27.5)	n=161 52.2 (27.1)
TTA, n (%)	69 (52.7)	62 (47.3)
EQ5D-5L Index, mean (sd)	n=58 0.57 (0.33)	n=40 0.58 (0.35)
EQ VAS, mean (sd)	n=58 54.0 (30.0)	n=36 58.4 (29.0)
TFA, n (%)	157 (43.4)	205 (56.6)
EQ5D-5L Index, mean (sd)	n=122 0.43 (0.40)	n=121 0.43 (0.37)
EQ VAS, mean (sd)	n=119 50.2 (26.1)	n=115 50.9 (26.7)
EQ5D-5L: EuroQol 5 dimensions, 5 level questionnaire. EQ VAS: EuroQol Visual Analogue Scale (0-100)		

Tabel 7: New Mobility Score (NMS) målt 1 måned før amputation angivet for hver item		
	2024 n=230	2025 n=281
I stand til at komme omkring indendørs (indendørs gang), n (%)	n=219	n=249
Kan slet ikke (0 point)	59 (26.9)	57 (22.9)
Med hjælp fra en anden person (1 point)	4 (1.8)	11 (4.4)
Med et gangredskab (2 point)	86 (39.3)	104 (41.8)
Uden besvær og uden gangredskab (3 point)	70 (32.0)	77 (30.9)
I stand til at komme omkring udendørs (udendørs gang), n (%)	n=219	n=249
Kan slet ikke (0 point)	81 (37.0)	90 (36.1)
Med hjælp fra en anden person (1 point)	10 (4.6)	16 (6.4)
Med et gangredskab (2 point)	74 (33.8)	82 (32.9)
Uden besvær og uden gangredskab (3 point)	54 (24.7)	61 (24.5)
I stand til at gå på indkøb (gang under indkøb), n (%)	n=219	n=249
Kan slet ikke (0 point)	105 (47.9)	126 (50.6)
Med hjælp fra en anden person (1 point)	18 (8.2)	15 (6.0)
Med et gangredskab (2 point)	46 (21.0)	53 (21.3)
Uden besvær og uden gangredskab (3 point)	50 (22.8)	55 (22.1)

Tabel 8: NMS total 1 mdr før amputation pr år og fordelt på niveau

	2024 n=230	2025 n=281
Total		
NMS total, median (IQR)	n=219 5 (0; 7)	n=250 4 (1; 7)
NMS total ≥6, n (%)	112 (48.7)	147 (52.3)
TTA, n (%)	69 (52.7)	62 (47.3)
NMS total Score, median (IQR)	n=64 6 (4; 9)	n=59 6 (3; 9)
NMS total ≥6, n (%)	49 (71.0)	43 (69.4)
TFA, n (%)	157 (43.4)	205 (56.6)
NMS total Score, median (IQR)	n=151 4 (0; 6)	n=180 4 (0; 6)
NMS total ≥6, n (%)	61 (38.9)	98 (47.8)
NMS: New Mobility Score, 0-9 point.		

Præ-operative variable

De primære årsager til amputation er vaskulære lidelser, infektioner, traumer og komplikationer fra andre sygdomme. Den hyppigste årsag til amputation er arteriosklerose [7], som fører til iskæmisk gangræn ofte med sår og smerter.

I tabel 9 fremgår fordelingen af operationsindikationer. Da en patient kan have flere operationsindikationer, overstiger summen af indikationer for amputation det samlede antal patienter.

Variablen 'Operationsindikation' indeholder kun data fra primær amputation som index-operation. Re-amputationerne og dem der har fået foretaget bilateral amputation i samme bedøvelse, har separate indikationsskemaer og indgår derfor ikke i tabel 9.

Af tabel 9 fremgår at mange patienter har flere samtidige operationsindikationer, hvilket understreger kompleksiteten i årsagerne, der leder til amputation. Den hyppigste operationsindikation er fortsat iskæmisk gangræn, ofte kombineret med sår, smerter og infektion.

I 2025 blev amputation på tå-niveau tilføjet som variabel under *Tidligere amputeret på modsatte ben*. Det er fortsat mere end hver tiende patient der tidligere er amputeret på modsatte side, og for langt størstedelen af de patienter er der tale om en større amputation (TTA eller TFA). Dette illustrerer at aterosklerose er en systemisk, progressiv tilstand og når sygdommen er progredieret til en grad hvor patienterne amputeres, skal det tilbageværende ben betragtes som yderst amputationstruet og der bør være fokus på forebyggende indsatser.

I 2025 er andelen af patienter der ikke er vurderet karkirurgisk forud for amputationen faldet til 10 %. I 2024 var ca. 20 % af patienterne ikke vurderet karkirurgisk forud for amputationen. Ved en sekundær gennemgang af patienter der ikke var vurderet af en karkirurg i 2024, viste det at det i 86 % af de tilfælde var vurderet ikke at være relevant med en vurdering ved karkirurg. Derfor blev variabelen *ikke relevant* tilføjet den 20.05.2025. For 5,5 % af patienterne inkluderet efter denne dato er det ikke fundet relevant med en karkirurgisk vurdering. En del af faldet i andel der ikke vurderes kan derfor forklares med tilføjelsen af denne variabel.

Der er dog fortsat stor variation mellem de enkelte afdelinger i andelen af patienter der vurderes karkirurgisk forud for amputationen (se bilag tabel C1 og C2), hvilket illustrerer manglen på nationale retningslinjer inden for området.

Tabel 9: Præ-operative variable		
	2024	2025
Operations indikation for primær større amputation ^a n (%)	<i>n</i> =222	<i>n</i> =265
Infektion	96 (43.2)	124 (46.8)
Smerter	93 (41.9)	108 (40.8)
Sår	109 (49.1)	143 (54.0)
Iskæmisk gangræn	147 (66.2)	168 (63.4)
Akut emboli / trombose	9 (4.1)	19 (7.2)
Traumatisk	3 (1.4)	3 (1.1)
Komplikation til fraktur	11 (5.0)	18 (6.8)
Tumor	3 (1.4)	3 (1.1)
Tidligere amputation på modsatte ben?	<i>n</i> =223	<i>n</i> =268
Ja, n (%)	27 (12.1)	32 (11.9)
Hvis ja, niveau for tidl. amputation ^b, n (%)		
Tå	-	3 (9.4)
Forfod	3 (11.1)	1 (3.1)
Transtibial	11 (40.7)	13 (40.6)
Transfemoral	13 (48.1)	15 (46.9)
Er patienten karkirurgisk vurderet på aktuelle ekstremitet? n (%)	<i>n</i> =230	<i>n</i> =271
Ja	180 (78.3)	229 (84.5)
Nej	50 (21.7)	27 (10.0)
Ikke relevant ^c		15 (5.5)
^a Den seneste hvis flere ^b Mest proksimale og hvis flere - den seneste amputation ^c "Ikke relevant" blev tilføjet som mulig afkrydsning d. 20.05.25		

Operativt set-up

Amputationer kan foregå akut eller elektivt afhængigt af indikation. Grundet multimorbiditet tilstræber mange afdelinger at foretage amputationer i dagtimerne, hvor der er bedst adgang til medicinsk, kirurgisk og anæstesiologisk ekspertise. Akutte amputationer udføres hele døgnet, hvis hurtig intervention er nødvendig. Kirurgisk erfaring anses grundlæggende som en vigtig faktor for det gode resultat, hvorfor læger under uddannelse, der udfører amputationskirurgi, som udgangspunkt bør superviseres af mere erfarne kollegaer.

Tabel 10 viser at median tid fra indikationsdato til operation i 2025 er 1 dag (IQR: 1-4). Der er nogen variation mellem hospitalerne (bilag tabel D1 og D2), som kan skyldes forskellig organisering fx fastlagte OP-lejer til amputationer og patientrelaterede faktorer (medicin-pausering, patient ønsket operationsdato).

Fra 2024 til 2025 er andelen af amputationer der udføres i dagtimerne, faldet en smule fra 78 % til 73%, og tilsvarende er operationer udført i aften og nat steget en smule. Der ses variation mellem hospitalerne (bilag tabel D1 og D2).

Tabel 10: Tid fra indikation til operation og operationstidspunkt på døgnet pr. år		
	2024 <i>n=230</i>	2025 <i>n=281</i>
Antal dage fra indikationsdato til operationsdato, median (IQR)	2 (1; 4)	1 (1; 4)
Operationstidspunkt på døgnet, n (%)		
Dag (8-15)	180 (78.3)	202 (72.7)
Aften (15-21)	39 (17.0)	65 (23.4)
Nat (21-8)	11 (4.8)	11 (4.0)

Af tabel 11 fremgår at ca. 30% af amputationerne udføres af en speciallæge. Af de resterende amputationer var hhv. 60% i 2024 og 64% i 2025 superviseret af en speciallæge. Omvendt blev hhv. 17% (2024) og 15% (2025) af amputationerne udført af introlæge eller 'fase 1-2 læge' foretaget uden supervision af en 'fase 3 læge' eller speciallæge.

Resultaterne indikerer vigtigheden af fortsat fokus på supervision og støtte af uddannelseslæger for at sikre ensartet kvalitet af behandlingen.

Tabel 11: Kirurgens uddannelsesniveau i sammenhæng med uddannelsesniveau for assistent/supervisor for hhv. 2024 og 2025					
2024	Kirurgens uddannelsesniveau				
	Intro	Fase 1-2	Fase 3	Special-læge	Total
n (%), n=229	73 (31.9)	73 (31.9)	20 (8.7)	63 (27.5)	229 (100)
Assistent/supervisor uddannelsesniveau, n (%), n=228					
Ingen	-	4 (5.6)	7 (35.0)	15 (24.2)	26 (11.5)
Præ-kursist / Intro	-	4 (5.6)	2 (10.0)	15 (24.2)	21 (9.3)
Fase 1-2	6 (8.2)	11 (15.3)	-	19 (30.6)	36 (15.9)
Fase 3	12 (16.4)	13 (18.1)	6 (30.0)	2 (3.2)	33 (14.5)
Speciallæge	55 (75.3)	40 (55.6)	5 (25.0)	11 (17.7)	111 (48.9)
2025	Kirurgens uddannelsesniveau				
	Intro	Fase 1-2	Fase 3	Special-læge	Total
n (%), n=275	85 (30.9)	77 (28.0)	27 (9.8)	86 (31.3)	275 (100)
Assistent/supervisor uddannelsesniveau, n (%), n=271					
Ingen	-	-	2 (7.7)	9 (10.8)	11 (4.1)
Præ-kursist / Intro	-	8 (10.4)	8 (30.8)	34 (41.0)	50 (18.5)
Fase 1-2	7 (8.2)	10 (13.0)	3 (11.5)	20 (24.1)	40 (14.8)
Fase 3	18 (21.2)	9 (11.7)	2 (7.7)	5 (6.0)	34 (12.5)
Speciallæge	60 (70.6)	50 (64.9)	11 (42.3)	15 (18.1)	136 (50.2)
Note: Team ved knivstart er registreret					

Perioperative variabler

Af tabel 12 fremgår udførelse af myodese fordelt på amputationsniveau. Formålet med myodesen er at sikre patienten bedre styring af stumpen og god bløddækkelse omkring knogleenden, men evidensen er sparsom og teknikken varierer [8]. Variation i tilgang til myodese ses igen i år at have stor spredning, hvilket skal ses i lyset af, at der forsat ikke er ny viden på området (bilag tabel E1 og E2).

Tourniquet (tabel 12) benyttes til at mindske blødning under operation. Samlet set er der ingen ændring fra 2024 til 2025, men der er også i 2025 stor variation mellem afdelinger (3 til 73%). (bilag tabel E2). Evidensen er fortsat sparsom omkring anvendelse af tourniquet [9, 10]. Resultater fra et dansk RCT omhandlende brugen af tourniquet, forventes publiceret snarligt, og kan være med til at afklarere fordele/ulempen ved brugen [11].

Kirurgisk adgangsinstrument er det redskab der anvendes til at skære/dele vævet med. Her menes både incision i huden men også muskulatur. På tværs af afdelingerne ses en klar overvægt af udelukkende kniv (80,2%), men med stor variation på de forskellige afdelinger. På hospitalerne på Sjælland deles vævet næsten udelukkende med kniv, mens det modsatte gør sig gældende i særligt Århus.

I forhold til lukning af sår er der variation mellem afdelingerne, særligt ift. anlæggelse af dræn, hvor kun et site har registreret drænanlæggelse i forbindelse med amputationer (bilag tabel E2) hvor drænanlæggelse er rapporteret for 66.7% af de registrerede amputationer.

Tabel 12: Fordeling af perioperative variable pr år		
	2024 n=230	2025 n=281
Er der foretaget myodese? ^a, n (%)	n=214	n=272
Ja	74 (34.6)	93 (34.2)
Nej	140 (65.4)	179 (65.8)
Er der anvendt tourniquet? n (%)	n=230	n=272
Ja	54 (23.5)	62 (22.8)
Nej	176 (76.5)	210 (77.2)
Kirurgisk adgangsinstrument, n (%)	n=228	n=273
Monopolar	16 (7.0)	7 (2.6)
Kniv	184 (80.7)	219 (80.2)
Kombination	28 (12.3)	47 (17.2)
Lukning af sår ^b, n (%)		
Hudsutur	220 (95.7)	257 (91.5)
Agraffer	8 (3.5)	19 (6.8)
Steri-strips	22 (9.6)	19 (6.8)
Dræn	8 (3.5)	18 (6.4)
^a Mulighed for at afkrydse myodese på tibia, blev tilføjet efter anmodning fra afdelinger d. 17/5-24		
^b Der kan sættes flere krydser		

Postoperative variable

Postoperativ invasiv smertebehandling og ødemprofylakse

Smertebehandlingen fordeler sig mellem regionalt smertekateter, regional blokade og epidural kateter (tabel 13). Da en patient kan have modtaget flere former for smertebehandling, kan der ved registrering sættes flere krydser og summen overstiger 100%.

Langt størstedelen (88%) modtog i 2024 en eller flere typer postoperativ invasiv smertebehandling, og dette er i 2025 steget til ca. 95 %, og kan være udtryk for en stigende tendens, men der ses fortsat stor varians mellem afdelinger på valg af modalitet og vægtning mellem modaliteter (bilag tabel F2). Noget kunne tyde på at der i højere grad vælges epiduralkateter (18 % i 2025 mod 11 % i 2024), men dette kan også være udtryk for at

inklusionsgruppen er ændret, idet der i opgørelsen for 2025 er en større andel af patienter der får foretaget TFA fremfor TTA, og/ eller ændring i de inkluderende afdelinger.

Ødem hindrer sårheling, da det medvirker til en længere diffusionsvej og nedsat mikrocirkulation i vævet. Da der forventes postoperativt ødem efter amputationskirurgi, ønsker vi at belyse hvilke former for ødemprofylakse, der er mest anvendt. Ødemprofylakse kan variere i løbet af indlæggelsen, og der kan derfor ved registrering sættes flere krydser. 99% af patienterne modtager en eller flere former for ødemprofylakse under indlæggelsen. Den hyppigste modalitet er stadig stumpbandage (74%) og næst hyppigst stumpstrømpe (59%).

Langt størstedelen af patienterne modtager invasiv postoperativ smertebehandling og ødemprofylakse, men af bilaget tabel F2 fremgår det at der stadig er stor forskel i valg af metode mellem afdelingerne. Der er fortsat behov for yderligere viden på området.

Tabel 13: Postoperativ invasiv smertebehandling og ødemprofylakse under indlæggelse

	2024 n=230	2025 n=281
Post.op invasiv smertebehandling, n (%)	<i>n=226</i>	<i>n=274</i>
Ingen	28 (12.2)	13 (4.6)
Kateter (Ischiadicus/femoralis/poplitea)	122 (53.0)	149 (53.0)
Regional blokade	99 (43.0)	109 (38.8)
Epidural-kateter	25 (10.9)	50 (17.8)
Ødemprofylakse under indlæggelsen, n (%)	<i>n=225</i>	<i>n=268</i>
Ingen	2 (0.9)	1 (0.4)
Stumpbandage/-forbinding	176 (76.5)	207 (73.7)
Stump-støttestrømpe	121 (52.6)	166 (59.1)
Silikoneliner	26 (11.3)	28 (10.0)
Plasterbandage med undertryk (NPWT, VAC)	84 (36.5)	133 (47.3)
Rigid dressing	34 (14.8)	32 (11.4)
<i>Note: Der kan for begge variable sættes flere krydser</i>		

Postoperativ mobilisering

Kun 68% af patienterne er i 2025 mobiliseret i løbet af de første dage efter operation (tabel 14), og kun 72% har fået deres basismobilitet (BAMS) vurderet ved den 1. fysioterapeutiske vurdering. BAMS ved 1. fysioterapeutiske-vurdering har vist sammenhæng med mortalitet indenfor 30 dage [1]. Hvorvidt, samme association er gældende ved den sidste fysioterapeutiske vurdering/udskrivelse vides ikke, men for fx patienter med hoftefraktur er evidensen stærk for betydning af mobilitetsniveau både ved første mobilisering men også ved udskrivning ift. infektion, genindlæggelse og mortalitet baseret på nationale register data.

På afdelingsniveau ses der store variationer ift. målopfyldelse for begge disse fokuspunkter (bilag tabel G1 og G2). På hospitaler med en lav andel af patienter mobiliseret tidligt og uden indrapportering af BAMS, bør der ses på lokal praksis og opnås højere målopfyldelse.

Samlet set er der ikke sket væsentlige ændringer for rapportering indenfor dette område fra 2024 til 2025.

Tabel 14: Postoperativ mobilisering og BAMS		
	2024 n=230	2025 n=281
Antal mobiliserede på operationsdagen eller 1. postop. dag	n=215	n=243
= Ja, n (%)	153 (71.2)	166 (68.3)
= Nej, n (%)	62 (28.8)	77 (31.7)
Tid til første mobilisering (dage), median (IQR)	1 (1; 2)	1 (1; 2)
BAMS udført ved 1. fys-vurdering efter operation?	n=226	n=272
Udført = Ja, n(%)	154 (68.1)	196 (72.1)
Udført = Nej), n(%)	72 (31.9)	76 (27.9)
Hvis Ja: BAMS total, median (IQR)	4 (2; 6)	4 (2; 6)
BAMS udført ved sidste fys-vurdering/udskrivelse?	n=224	n=263
Udført = Ja, n(%)	148 (66.1)	174 (66.2)
Udført = Nej), n(%)	76 (33.9)	89 (33.8)
Hvis Ja: BAMS total, median (IQR)	6 (4; 8)	6 (3; 7)

Udskrivelse

Langt størstedelen af patienter med amputation (96%) får en genoptræningsplan ved udskrivelse fra hospitalet (tabel 15), hvilket er en stærk indikator for behovet. Til sammenligning er den nationale standard for genoptræningsplan for 65+ årige patienter med hoftefraktur sat til 95% og opfyldt igennem flere år. Umiddelbart synes en tilsvarende standard på $\geq 95\%$ at være nærliggende for patienter med større benamputationer. Samtidigt stiller det store krav til den kommunale genoptræningsindsats, uanset hvor patienterne udskrives til, da mobilitetsniveauet ved udskrivning samlet set er lavt.

91% af patienterne boede i eget hjem ved indlæggelse men kun 54% udskrives direkte til eget hjem. Indlæggelsesvarigheden ligger i 2025 som i 2024 på median 7 dage og lidt flere (6.8% vs. 5.2%) dør under den akutte indlæggelse i 2025.

Tabel 15: Genoptræningsplan (GOP), udskrivelsesdestination, postoperativ indlæggelsesvarighed (LOS) og mors under indlæggelse.

	2024	2025
Udarbejdelse af GOP, n (%)	<i>n</i> =211	<i>n</i> =247
Almen genoptræning	195 (92.4)	233 (94.3)
Specialiseret genoptræning	7 (3.3)	5 (2.0)
Stillingtagen, men ingen genoptræning	9 (4.3)	9 (3.6)
Udskrivelsesdestination, n (%)	<i>n</i> =214	<i>n</i> =254
Egen bolig	117 (54.7)	137 (53.9)
Midlertidig døgnplads (fx aflastning)	67 (31.3)	87 (34.3)
Døgninstitution (fx. plejehjem, bosted)	10 (4.7)	13 (5.1)
Overflyttet til anden afdeling / hospital	20 (9.3)	17 (6.7)
LOS, median (IQR)	<i>n</i> =227 7 (5; 12)	<i>n</i> =268 7 (6; 11)
Død under indlæggelse, n (%)	12 (5.2)	19 (6.8)

3 mdr.PRO

Samlet for 2024 og 2025 har 169 patienter helt eller delvist svaret på spørgeskemaet efter 3 mdr. Ikke alle patienter har ønsket at deltage i opfølgning og nogle er døde i opfølgningsperioden.

I 2025 har 22% fået protese efter 3 mdr. hvilket er et fald sammenlignet med 2024 hvor 35% havde fået protese efter 3 mdr. Dog er der 52% der fortsat træner mhp. at opnå protese. Af dem der har fået protese, bruges protesen 7 dage om ugen, men under en times varighed, hvilket formentlig skyldes at patienterne på dette tidligere tidspunkt efter operation fortsat er i et protese-tilpasningsforløb.

Mobilitet blandt amputerede er uændret fra sidste år. Den er fortsat lav både blandt proteseforsynede (NMS) og kørestolsbrugere (WMS), således har kun hhv. 33% (NMS) og 45% (WMS) på over/lig med 6 point som indikerer en 'rimelig' mobilitet. Der er ingen ændring i patienternes selvrapporterede helbred målt med EQ VAS, scoren ligger fortsat lavt (57.6) sammenlignet med normalbefolkningen (82.4).

81% oplever fantomsmerter og 53% oplever stumpmerter 3 mdr. efter amputationen. 28% oplever at fantomsmerterne "indimellem til næsten altid" begrænser dem i deres daglige aktiviteter. Tilsvarende så oplever 49% at smerter fra stumpen begrænser dem i deres daglige aktiviteter. Dette indikerer et fortsat behov for fokus på at optimere smertedækning i de første måneder efter amputation.

Tabel 16: PRO efter 3 måneder		
	2024 n=87	2025 n=82
Har du fået protese?, n (%)	n=86	n=77
Ja	30 (34.9)	17 (22.1)
Nej, men træner til at få en protese	37 (43.0)	40 (51.9)
Nej, jeg skal ikke have protese	12 (14.0)	12 (15.6)
Uafklaret	7 (8.1)	8 (10.4)
Hvis ja: Hvor mange dage om ugen har du normalt protesen på? median (IQR)	n=20 7 (6; 7)	n=10 7 (5; 7)
Hvis ja: Hvor mange timer om dagen har du normalt protesen på? median (IQR)	n=30 1 (0; 2)	n=15 0 (0; 2)
Træner du med en fysioterapeut, n (%)	n=84	n=74
Ja	73 (86.9)	64 (86.5)
Nej, men jeg træner selv uden fysioterapeut	8 (9.5)	7 (9.5)
Nej, træner ikke	3 (3.6)	3 (4.1)
NMS total (0-9), median (IQR)	n=29 5 (4; 7)	n=15 5 (4; 7)
NMS total ≥ 6, n (%)	11 (37.9)	5 (33.3)
WMS total (0-9), median (IQR)	n=55 5 (4; 7)	n=60 5 (3; 7)
WMS ≥ 6 total, n (%)	27 (49.1)	27 (45.0)
EQ5D-5L Index score, Mean (sd)	n=75 0.55 (0.30)	n=68 0.54 (0.25)
EQ VAS (0-100), Mean (sd)	n=81 56.5 (23.5)	n=67 57.6 (19.1)
Har du oplevet fantomsmerter sidste 4 uger?, n (%)	n=85	n=74
Ja	61 (71.8)	60 (81.1)
Nej	24 (28.2)	14 (18.9)
Hvis Ja: Begrænser fantomsmerterne dig i dine daglige aktiviteter?, n (%)		
Aldrig	19 (31.7)	24 (40.0)
Sjældent	16 (26.7)	19 (31.7)
Indimellem	15 (25.0)	13 (21.7)
Ofte	7 (11.7)	3 (5.0)
Næsten altid	3 (5.0)	1 (1.7)
Har du oplevet stumpsmerter sidste 4 uger?, n (%)	n=85	n=73
Ja	45 (52.9)	39 (53.4)
Nej	40 (47.1)	34 (46.6)
Hvis Ja: Begrænser smerterne i stumpen dig i dine daglige aktiviteter?, n (%)		
Aldrig	7 (16.3)	10 (25.6)
Sjældent	12 (27.9)	10 (25.6)
Indimellem	14 (32.6)	14 (35.9)
Ofte	4 (9.3)	3 (7.7)
Næsten altid	6 (14.0)	2 (5.1)
<p>Note: Dataudtræk af 3 mdr. PRO data er udtrukket fra databasen d. 13.03.2026. NMS: New Mobility Score (0-9). Højere score – bedre mobilitet/gangfunktion. Kun patienter med protese og dermed gangfunktion har svaret på denne. WMS: Wheelchair Mobility Score (0-9). Højere score – bedre mobilitet. Kun patienter der ikke er proteseforsynet og dermed kørestolsbrugere har svaret på denne. EQ5D-5L: EuroQol 5 dimensions, 5 level questionnaire. EQ VAS: EuroQol Visual Analogue Scale (0-100). Jo højere score - jo bedre selv vurderet helbred.</p>		

DanAmp styregruppe

Rehne Lessmann Hansen, Speciallæge, Ph.d., Ortopædkirurgisk afdeling, Århus Universitetshospital

Ulla Riis Madsen, Sygeplejerske, Lektor, Ortopædkirurgisk afdeling, Holbæk Sygehus & REHPA, Syddansk universitet og Odense Universitetshospital

Morten Tange Kristensen, Klinisk Professor, Fysioterapeut, Fysio- og Ergoterapiafdelingen, Bispebjerg og Frederiksberg Universitetshospital og Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet.

Veronica Leeberg, Ledende overlæge - traumesektionen, Ortopædkirurgisk afdeling, Slagelse Sygehus

Anne Mette Sørensen, Ledende overlæge, Ortopædkirurgisk afdeling, Aalborg Universitetshospital.

Poul Pedersen, Overlæge, Ortopædkirurgisk afdeling, Hvidovre hospital.

Signe Hulsbæk, Projektkoordinator og postdoc i DanAmp, Fysio- og Ergoterapiafdelingen, Bispebjerg og Frederiksberg Universitetshospital og REHPA, Odense Universitetshospital.

Dea Krogh Larsen, Speciallæge, Ortopædkirurgisk afdeling, Odense Universitetshospital.

Anna Trier Heiberg Brix, Læge, Ortopædkirurgisk afdeling, Odense Universitetshospital

Referencer

1. Kristensen MT, Nielsen AO, Topp UM, et al. Development and psychometric properties of the Basic Amputee Mobility Score for use in patients with a major lower extremity amputation. *Geriatr Gerontol Int*. 2018;18(1):138-45.
2. EQ-5D-5L User Guide, 2019. EuroQol Research Foundation 2019.
3. Ernstsson O, Hagberg K, Janssen MF, et al. Health-related quality of life in patients with lower limb amputation - an assessment of the measurement properties of EQ-5D-3L and EQ-5D-5L using data from the Swedish Amputation and Prosthetics Registry. *Disabil Rehabil*. 2022;44(26):8471-9.
4. Jensen MB, Jensen CE, Gudex C, et al. Danish population health measured by the EQ-5D-5L. *Scand J Public Health*. 2023;51(2):241-9.
5. Brix ATH, Rubin KH, Nymark T, et al. Mortality after major lower extremity amputation and association with index level: a cohort study based on 11,205 first-time amputations from nationwide Danish databases. *Acta Orthop*. 2024;95:358-63.
6. Hulsbæk S, Kristensen MT, Madsen UR, et al. The Danish Amputation Database. *Dan Med J*. 2025;72(8).
7. Trier Heiberg Brix A, Rubin KH, Nymark T, et al. Major lower extremity amputations - risk of re-amputation, time to re-amputation, and risk factors: a nationwide cohort study from Denmark. *Acta Orthop*. 2024;95:86-91.
8. Fabre I, Thompson D, Gwilym B, et al. Surgical Techniques of, and Outcomes after, Distal Muscle Stabilization in Transfemoral Amputation: A Systematic Review and Narrative Synthesis. *Ann Vasc Surg*. 2024;98:182-93.
9. Shea J, Smith E, Lyons M, et al. Impact of Tourniquet Use in Major Lower Limb Amputation: A Systematic Review and Meta-analysis. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2024;68(6):759-69.
10. Wied C, Tengberg PT, Holm G, et al. Tourniquets do not increase the total blood loss or re-amputation risk in transtibial amputations. *World J Orthop*. 2017;8(1):62-7.
11. Brix ATH, Nymark T, Schmal H, et al. Pneumatic tourniquet versus no tourniquet in transfemoral amputation - a study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2022;23(1):1088.

Bilag

Nedenstående tabeller viser variable fordelt på afdelinger for hhv. 2024 og 2025.

I 2024 indrapporterede 11 afdelinger. Viborg startede indrapportering i slutningen af året og havde inkluderet 3 patienter, derfor fremgår data ikke af 2024 tabellerne.

I 2025 indrapporterede 12 afdelinger (Hjørring startede indrapportering til databasen medio 2025).

Tabel A1: 2024 - Alder, køn, op-niv fordelt på afdelinger (n=230)											
	Aalborg	AUH	Herlev	Hillerød	Holbæk	Hvidovre	Køge	Nkb.F.	OUH	Slagelse	Total
N	6	35	20	13	26	50	23	20	18	16	230
Alder, median (IQR)	67 (65; 74)	69 (64; 77)	81 (69; 87)	79 (74; 84)	73 (64; 79)	72 (64; 77)	70 (62; 74)	69 (63; 75)	71 (67; 77)	77 (62; 81)	73 (65; 78)
Køn (Mand), n(%)	5 (83.3)	25 (71.4)	10 (50.0)	7 (53.8)	17 (65.4)	35 (70.0)	16 (69.6)	14 (70.0)	10 (55.6)	11 (68.8)	153 (66.5)
Amp.niveau, n(%)											
TTA	1 (16.7)	13 (37)	3 (15.0)	3 (23.1)	11 (42.3)	11 (22.0)	8 (34.8)	6 (30.0)	6 (33.3)	6 (37.5)	69 (30.0)
KD.	-	-	-	-	-	-	2 (8.7)	-	-	1 (6.3)	3 (1.3)
TFA	5 (83.3)	21 (60.0)	17 (85.0)	10 (76.9)	15 (57.7)	39 (78.0)	13 (56.5)	14 (70.0)	12 (66.7)	9 (56.3)	157 (68.3)
HD	-	1 (2.9)	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (0.4)

Tabel A2: 2025 - Alder, køn, op-niv fordelt på afdelinger (n=281)													
	Aalborg	AUH	Herlev	Hillerød	Hjørring	Holbæk	Hvidovre	Køge	Nkb.F.	OUH	Slagelse	Viborg	Total
n	27	26	16	25	13	15	45	15	20	26	35	18	281
Alder, median (IQR)	74 (62; 82)	74(65; 83)	81 (73;83)	69 (65; 79)	74 (66; 80)	77 (66; 87)	75 (68; 81)	73 (63;76)	74 (66;78)	70 (63;76)	76 (70; 82)	76 (61; 84)	74 (66; 81)
Køn (Mand), n(%)	16 (59.3)	19 (73.1)	10 (62.5)	12 (48.0)	10 (76.9)	8 (53.3)	35 (77.8)	10 (66.7)	16 (80.0)	16 (61.5)	21 (60.0)	11 (61.1)	184 (65.5)
Amp.niveau, n(%)													
TTA	6 (22.2)	5 (19.2)	-	3 (12.0)	3 (23.1)	2 (13.3)	11 (24.4)	4 (33.3)	4 (20.0)	6 (24.0)	12 (34.3)	6 (33.3)	62 (22.4)
KD.	-	1 (3.8)	1 (6.3)	-	2 (15.4)	-	-	-	-	-	6 (17.1)	-	10(3.6)
TFA	21 (77.8)	20 (76.9)	15 (93.8)	22 (88.0)	8 (61.5)	13 (86.7)	34 (75.6)	8 (66.7)	16 (80.0)	19 (76.0)	17 (48.6)	12 (66.7)	205 (74.0)

Tabel B1: 2024 - EQ5D-5L Index score, EQ VAS og NMS total fordelt på afdelinger (n=230)											
	Aalborg	AUH	Herlev	Hillerød	Holbæk	Hvidovre	Køge	Nkb.F.	OUH	Slagelse	Total
n	6	35	20	13	26	50	23	20	18	16	230
EQ5D-5L	<i>mis=1</i>	<i>mis=5</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=4</i>	<i>mis=3</i>	<i>mis=20</i>	<i>mis=3</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=7</i>	<i>mis=46</i>
Mean (sd)	0.52 (0.24)	0.40 (0.39)	0.38 (0.37)	0.66 (0.40)	0.57 (0.34)	0.49 (0.38)	0.51 (0.37)	0.41 (0.48)	0.39 (0.48)	0.74 (0.18)	0.48 (0.39)
EQ VAS	<i>mis=1</i>	<i>mis=6</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=5</i>	<i>mis=2</i>	<i>mis=20</i>	<i>mis=3</i>	<i>mis=2</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=8</i>	
Mean (sd)	65.4 (19.8)	46.0 (29.6)	45.2 (27.3)	73.1 (12.5)	53.9 (30.9)	52.4 (27.1)	54.8 (28.9)	51.1 (24.8)	53.9 (24.5)	45.6 (30.6)	51.6 (27.5)
NMS total			<i>mis=1</i>		<i>mis=2</i>		<i>mis=1</i>	<i>mis=1</i>		<i>mis=6</i>	<i>mis=11</i>
Median (IQR)	3 (1; 7)	5 (2; 7)	5 (0; 6)	5 (3; 8)	6 (4; 9)	4 (0; 6)	6 (0; 6)	2 (0; 9)	6 (2; 8)	5 (0; 9)	5 (0; 7)

Tabel B2: 2025 - EQ5D-5L Index score, EQ VAS og NMS total fordelt på afdelinger (n=281)													
	Aalborg	AUH	Herlev	Hillerød	Hjørring	Holbæk	Hvidovre	Køge	Nkb.F.	OUH	Slagelse	Viborg	Total
n	27	26	16	25	13	15	45	15	20	26	35	18	281
EQ5D-5L	<i>mis=16</i>	<i>mis=12</i>	<i>mis=2</i>	<i>mis=7</i>	<i>mis=5</i>	<i>mis=2</i>	<i>mis=16</i>	<i>mis=3</i>	<i>mis=5</i>	<i>mis=9</i>	<i>mis=22</i>	<i>mis=11</i>	<i>mis=110</i>
Mean (sd)	0.32 (0.44)	0.55 (0.36)	0.39 (0.38)	0.53 (0.32)	0.68 (0.24)	0.31 (0.39)	0.45 (0.43)	0.42 (0.40)	0.40 (0.31)	0.44 (0.32)	0.49 (0.39)	0.44 (0.38)	0.45 (0.37)
EQ VAS	<i>mis=16</i>	<i>mis=13</i>	<i>mis=2</i>	<i>mis=11</i>	<i>mis=5</i>	<i>mis=2</i>	<i>mis=16</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=5</i>	<i>mis=12</i>	<i>mis=25</i>	<i>mis=12</i>	<i>mis=120</i>
Mean (sd)	51.4 (20.9)	58.3 (17.5)	61.2 (30.8)	53.6 (25.6)	64.8 (23.6)	36.9 (30.0)	60.4 (26.0)	57.6 (30.9)	36.3 (26.8)	43.6 (26.1)	55.9 (26.2)	33.8 (22.5)	52.2 (27.1)
NMS total	<i>mis=5</i>	<i>mis=3</i>		<i>mis=2</i>	<i>mis=4</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=1</i>		<i>mis=4</i>	<i>mis=4</i>	<i>mis=5</i>	<i>mis=2</i>	<i>mis=31</i>
Median (IQR)	2 (0; 6)	4 (1; 6)	6 (0; 6)	5 (3; 8)	6 (3; 9)	4 (2; 6)	4 (0; 9)	6 (4; 9)	4 (2; 9)	6 (4; 9)	3 (0; 6)	3 (0; 9)	4 (1; 7)

Tabel C1: 2024 - Karkirurgisk vurdering på aktuelle ekstremitet (n=230)												
	Aalborg	AUH	Herlev	Hillerød	Holbæk	Hvidovre	Køge	Nkb.F.	OUH	Slagelse	Total	
n	6	35	20	13	26	50	23	20	18	16	230	
Karkirurgisk vurdering aktuelle ekstremitet, n(%)												
Nej	1 (16.7)	7 (20.0)	7 (35.0)	-	6 (23.1)	10 (20.0)	7 (30.4)	8 (40.0)	2 (11.1)	2 (12.5)	50 (21.7)	
Ja	5 (83.3)	28 (80.0)	13 (65.0)	13 (100.0)	20 (76.9)	40 (80.0)	16 (69.6)	12 (60.0)	16 (88.9)	14 (87.5)	180 (78.3)	

Tabel C2: 2025 - Karkirurgisk vurdering på aktuelle ekstremitet (n=281)													
	Aalborg	AUH	Herlev	Hillerød	Hjørring	Holbæk	Hvidovre	Køge	Nkb.F.	OUI	Slagelse	Viborg	Total
n	27	26	16	25	13	15	45	15	20	26	35	18	281
Karkirurgisk vurdering aktuel ekstremitet, n(%)					<i>mis=1</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=3</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=2</i>		<i>mis=1</i>	<i>mis=10</i>
Nej	4 (14.8)	2 (7.7)	2 (12.5)	-	-	1 (7.1)	1 (2.3)	5 (41.7)	7 (36.8)	4 (16.7)	-	1 (5.9)	27 (10.0)
Ja	20 (74.1)	22 (84.6)	14 (87.5)	25 (100.0)	12 (100.0)	12 (85.7)	35 (79.5)	7 (58.3)	12 (63.2)	19 (79.2)	35 (100.0)	16 (94.1)	229 (84.5)
Ikke relevant*	3 (11.1)	2 (7.7)	-	-	-	1 (7.1)	8 (18.2)	-	-	1 (4.2)	-	-	15 (5.5)

*Ikke relevant blev tilføjet som mulig afkrydsning d. 20.05.25

Tabel D1: 2024 - Tid fra indikation til operation og operationstidspunkt (n=230)												
	Aalborg	AUH	Herlev	Hillerød	Holbæk	Hvidovre	Køge	Nkb. F.	OUI	Slagelse	Total	
n	6	35	20	13	26	50	23	20	18	16	230	
Tid fra indikation til OP, median (IQR)	11 (5; 19)	3 (1; 7)	1 (0; 2)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	2 (1; 4)	4 (1; 15)	2 (1; 10)	2 (1; 4)	2 (1; 4)	2 (1; 4)	
OP tidspunkt, n(%)												
Dag (8-15)	5 (83.3)	28 (80.0)	18 (90.0)	8 (61.5)	19 (73.1)	46 (92.0)	15 (65.2)	16 (80.0)	11 (61.1)	12 (75.0)	180 (78.3)	
Aften (15-21)	-	3 (8.6)	2 (10.0)	3 (23.1)	6 (23.1)	4 (8.0)	8 (34.8)	3 (15.0)	5 (27.8)	4 (25.0)	39 (17.0)	
Nat (21-8)	1 (16.7)	4 (11.4)	-	2 (15.4)	1 (3.8)	-	-	1 (5.0)	2 (11.1)	-	11 (4.8)	

Tabel D2: 2025 - Tid fra indikation til operation og operationstidspunkt (n=281)													
	Aalborg	AUH	Herlev	Hillerød	Hjørring	Holbæk	Hvidovre	Køge	Nykøbing F.	OUI	Slagelse	Viborg	Total
n	27	26	16	25	13	15	45	15	20	26	35	18	281
	<i>mis=1</i>	<i>mis=2</i>						<i>mis=4</i>		<i>mis=1</i>			<i>mis=8</i>
Tid fra indikation til OP, median (IQR)	2 (0;6)	2 (1; 4)	1 (0; 1)	1 (0; 1)	1 (1; 4)	1 (0; 2)	2 (1; 4)	2 (0; 3)	2 (1; 8)	4 (1; 8)	1 (1; 3)	3 (1; 6)	1 (1; 4)
OP tidspunkt, n(%)													
Dag (8-15)	20 (74.1)	15 (57.7)	14 (87.5)	15 (60.0)	10 (76.9)	13 (86.7)	40 (88.9)	13 (86.7)	15 (75.0)	19 (73.1)	20 (57.1)	11 (61.1)	205 (73)
Aften (15-21)	5 (18.5)	9 (34.6)	2 (12.5)	8 (32.0)	3 (23.1)	2 (13.3)	5 (11.1)	2 (13.3)	5 (25.0)	4 (15.4)	14 (40.0)	6 (33.3)	65 (23.1)
Nat (21-8)	2 (7.4)	2 (7.7)	-	2 (8.0)	-	-	-	-	-	3 (11.5)	1 (2.9)	1 (5.6)	11 (3.9)

Tabel E1: 2024 - Perioperative variable fordelt på afdeling (n=230)											
	Aalborg	AUH	Herlev	Hillerød	Holbæk	Hvidovre	Køge	Nkb.F.	OUH	Slagelse	Total
n	6	35	20	13	26	50	23	20	18	16	230
Operationstype, n(%)		<i>mis=1</i>			<i>mis=1</i>	<i>mis=1</i>				<i>mis=1</i>	<i>mis=4</i>
Primær større amput	6 (100.0)	34 (100.0)	20 (100.0)	13 (100.0)	25 (100.0)	49 (100.0)	23 (100.0)	19 (95.0)	17 (94.4)	14 (93.3)	222 (98.2)
Re-amputation	-	-	-	-	-	-	-	1 (5.0)	1 (5.6)	1 (6.3)	4 (1.7)
Myodese?		<i>mis=1</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=2</i>	<i>mis=4</i>	<i>mis=2</i>	<i>mis=4</i>			<i>mis=16</i>
=Ja, n(%)	-	5 (14.7)	-	10 (83.3)	5 (20.8)	22 (47.8)	10 (47.6)	8 (50.0)	12 (66.7)	2 (12.5)	74 (34.6)
Torniquet?											<i>mis=0</i>
=Ja, n(%)	-	5 (14.3)	9 (45.0)	4 (30.8)	-	3 (6.0)	14 (60.9)	5 (25.0)	13 (72.2)	-	54 (23.5)
Kirurgisk adg.instrument, n(%)		<i>mis=2</i>									<i>mis=2</i>
monopolar	-	16 (48.5)	-	-	-	-	-	-	-	-	16 (7.0)
kniv	-	2 (6.1)	20 (100.0)	13 (100.0)	26 (100.0)	47 (94.0)	21 (91.3)	20 (100.0)	16 (88.9)	16 (100.0)	184 (80.7)
kombination	6 (100.0)	15 (45.5)	-	-	-	3 (6.0)	2 (8.7)	-	2 (11.1)	-	28 (12.3)
Lukning af sår^a, n(%)											
Hudsutur	6 (100.0)	32 (91.4)	20 (100.0)	12 (92.3)	24 (92.3)	50 (100.0)	23 (100.0)	20 (100.0)	17 (94.4)	14 (87.5)	220 (95.7)
Agraffer	-	3 (8.6)	-	1 (7.7)	2 (7.7)	-	-	-	-	-	8 (3.5)
Steri-strips	-	20 (57)	-	-	-	-	-	-	-	2 (12.5)	22 (9.6)
Dræn	4 (66.7)	3 (8.6)	-	-	1 (3.8)	-	-	-	-	-	8 (3.5)

^a der kan sættes flere krydser

Tabel E2: 2025 - Perioperative variable fordelt på afdeling (n=281)													
	Aalborg	AUH	Herlev	Hillerød	Hjørring	Holbæk	Hvidovre	Køge	Nkb.F.	OUH	Slagelse	Viborg	Total
n	27	26	16	25	13	15	45	15	20	26	35	18	281
Operationstype, n(%)	<i>mis=1</i>				<i>mis=2</i>		<i>mis=1</i>	<i>mis=3</i>		<i>mis=1</i>			<i>mis=8</i>
Primær større amput	26 (100.0)	26 (100.0)	15 (93.8)	25 (100.0)	11 (100.0)	15 (100.0)	43 (97.7)	11 (91.7)	18 (90.0)	24 (96.0)	35 (100.0)	18 (100.0)	267 (97.8)
Re-amputation	-	-	1 (6.3)	-	-	-	1 (2.3)	1 (8.3)	2 (10.0)	1 (4.0)	-	-	6 (2.2)
Myodese?					<i>mis=1</i>			<i>mis=5</i>		<i>mis=1</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=9</i>
(=Ja), n (%)	-	4 (15.4)	4 (25.0)	20 (80.0)	3 (25.0)	3 (20.0)	13 (28.9)	6 (60.0)	8 (42.1)	20 (80.0)	12 (35.3)	-	93 (34.2)
Torniquet?					<i>mis=1</i>		<i>mis=1</i>	<i>mis=4</i>		<i>mis=1</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=9</i>
(=Ja), n (%)	-	5 (19.2)	11 (68.8)	8 (32.0)	3 (25.0)	-	3 (6.7)	8 (72.7)	1 (5.0)	17 (68.0)	1 (2.9)	5 (29.4)	62 (22.8)
Kirurgisk adg.instrument, n(%)			<i>mis=1</i>					<i>mis=5</i>		<i>mis=1</i>	<i>mis=1</i>		<i>mis=8</i>
monopolar	-	6 (23.1)	-	-	-	-	1 (2.2)	-	-	-	-	-	7 (2.6)
kniv	6 (22.2)	3 (11.5)	15 (100.0)	22 (88.0)	11 (84.6)	15 (100.0)	44 (97.8)	10 (100.0)	19 (100.0)	21 (84.0)	35 (100.0)	18 (100.0)	219 (80.2)
kombination	21 (77.8)	17 (65.4)	-	3 (12.0)	2 (15.4)	-	-	-	-	4 (16.0)	-	-	47 (17.2)
Lukning af sår^a, n(%)													
Hudsutur	19 (70.4)	26 (100.0)	16 (100.0)	25 (100.0)	10 (76.9)	10 (66.7)	44 (97.8)	11 (73.3)	20 (100.0)	25 (96.2)	35 (100.0)	16 (88.9)	257 (91.5)
Agraffer	8 (29.6)	1 (3.8)	-	-	3 (23.1)	4 (26.7)	-	-	-	-	-	3 (16.7)	19 (6.8)
Steri-strips	-	19 (73)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19 (6.8)
Dræn	18 (66.7)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18 (6.4)

^a der kan sættes flere krydser

Tabel F1: 2024 - Postoperativ invasiv smertebehandling og ødemprofylakse under indlæggelsen (n=230). (Der kan for begge variable sættes flere krydser).

	Aalborg	AUH	Herlev	Hillerød	Holbæk	Hvidovre	Køge	Nkb.F.	OUH	Slagelse	Total
n	6	35	20	13	26	50	23	20	18	16	230
Postoperativ invasiv smertebehandling, n(%)				<i>mis=1</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=1</i>				<i>mis=4</i>
Ingen	-	2 (5.7)	-	4 (30.8)	2 (7.7)	1 (2.0)	2 (8.7)	6 (30.0)	9 (50.0)	2 (12.5)	28 (12.2)
Kateter (Ischiadicus/femoralis/pop)	3 (50.0)	-	16 (80.0)	8 (61.5)	22 (84.6)	40 (80.0)	8 (34.8)	8 (40.0)	3 (16.7)	13 (81.3)	122 (53.0)
Regional blokade	-	32 (91.4)	9 (45.0)	2 (15.4)	-	36 (72.0)	6 (26.1)	4 (20.0)	8 (44.4)	2 (12.5)	99 (43.0)
Epidural-kateter	3 (50.0)	2 (5.7)	1 (5.0)	-	1 (3.8)	3 (6.0)	10 (43.5)	3 (15.0)	-	-	25 (10.9)
Ødemprofylakse under indlæggelsen, n(%)	<i>mis=1</i>	<i>mis=1</i>			<i>mis=1</i>	<i>mis=1</i>				<i>mis=1</i>	<i>mis=5</i>
Ingen	-	1 (2.9)	-	-	-	-	-	1 (5.0)	-	-	2 (0.9)
Stumpbandage/-forbinding	5 (83.3)	30 (85.7)	17 (85.0)	13 (100.0)	20 (76.9)	31 (62.0)	19 (82.6)	7 (35.0)	17 (94.4)	15 (93.8)	176 (76.5)
Stump-støttestrømpe	-	14 (40.0)	8 (40.0)	7 (53.8)	21 (80.8)	18 (36.0)	2 (8.7)	17 (85.0)	18 (100.0)	13 (81.3)	121 (52.6)
Silikoneliner	-	-	-	-	14 (53.8)	1 (2.0)	3 (13.0)	-	8 (44.4)	-	26 (11.3)
Plasterbandage med undertryk (NPWT, VAC)	5 (83.3)	1 (2.9)	10 (50.0)	13 (100.0)	3 (11.5)	45 (90.0)	3 (13.0)	-	3 (16.7)	1 (6.3)	84 (36.5)
Rigid bandage	-	1 (2.9)	-	2 (15.4)	11 (42.3)	7 (14.0)	9 (39.1)	-	-	4 (25.0)	34 (14.8)

Tabel F2: 2025 - Postoperativ invasiv smertebehandling og ødemprofylakse under indlæggelsen (n=281). (Der kan for begge variable sættes flere krydser).													
	Aalborg	AUH	Herlev	Hillerød	Hjørring	Holbæk	Hvidovre	Køge	Nkb.F.	OUH	Slagelse	Viborg	Total
n	27	26	16	25	13	15	45	15	20	26	35	18	281
Postoperativ invasiv smertebehandling, n(%)	<i>mis=1</i>						<i>mis=1</i>	<i>mis=4</i>		<i>mis=1</i>			<i>mis=7</i>
Ingen	1 (3.7)	-	-	2 (8.0)	-	-	2 (4.4)	2 (13.3)	5 (25.0)	-	1 (2.9)	-	13 (4.6)
Kateter (Ischiadicus/femoralis/pop)	18 (66.7)	-	15 (93.8)	22 (88.0)	4 (30.8)	15 (100.0)	32 (71.1)	2 (13.3)	2 (10.0)	-	31 (88.6)	8 (44.4)	149 (53.0)
Regional blokade	3 (11.1)	25 (96.2)	8 (50.0)	1 (4.0)	2 (15.4)	-	37 (82.2)	2 (13.3)	3 (15.0)	25 (96.2)	3 (8.6)	-	109 (38.8)
Epidural-kateter	7 (25.9)	2 (7.7)	-	-	8 (61.5)	-	2 (4.4)	5 (33.3)	12 (60.0)	-	1 (2.9)	13 (72.2)	50 (17.8)
Ødemprofylakse under indlæggelsen, n(%)	<i>mis=2</i>				<i>mis=2</i>		<i>mis=1</i>	<i>mis=5</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=1</i>		<i>mis=1</i>	<i>mis=13</i>
Ingen	-	-	-	-	-	-	1 (2.2)	-	-	-	-	-	1 (0.4)
Stumpbandage/-forbinding	24 (88.9)	23 (88.5)	15 (93.8)	25 (100)	1 (7.7)	4 (26.7)	32 (71.1)	9 (60.0)	8 (40.0)	24 (92.3)	31 (88.6)	11 (61.1)	207 (73.7)
Stump-støttestrømpe	3 (11.1)	19 (73.1)	3 (18.8)	9 (36.0)	3 (23.1)	11 (73.3)	35 (77.8)	1 (6.7)	19 (95.0)	24 (92.3)	31 (88.6)	8 (44.4)	166 (59.1)
Silikoneliner	7 (25.9)	-	-	-	2 (15.4)	10 (66.7)	1 (2.2)	-	-	7 (26.9)	1 (2.9)	-	28 (10.0)
Plasterbandage med undertryk (NPWT, VAC)	25 (92.6)	1 (3.8)	10 (62.5)	25 (100.0)	9 (69.2)	1 (6.7)	39 (86.7)	-	-	-	21 (60.0)	2 (11.1)	133 (47.3)
Rigid bandage	-	-	-	2 (8.0)	-	2 (13.3)	11 (24.4)	5 (33.3)	-	3 (11.5)	9 (25.7)	-	32 (11.4)

Tabel G1: 2024 - Mobilisering efter operation og vurdering med BAMS (n=230)											
	Aalborg	AUH	Herlev	Hillerød	Holbæk	Hvidovre	Køge	Nkb.F.	OUH	Slagelse	Total
n	6	35	20	13	26	50	23	20	18	16	230
Mobiliseret på OP-dagen el. 1.postop dag?	<i>mis=1</i>	<i>mis=2</i>	<i>mis=4</i>		<i>mis=2</i>	<i>mis=3</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=1</i>		<i>mis=1</i>	<i>mis=15</i>
Ja, n(%)	2 (40.0)	27 (84.4)	12 (75.0)	9 (69.2)	17 (70.8)	35 (74.5)	11 (50.0)	17 (89.5)	12 (66.7)	10 (66.7)	153 (71.5)
BAMS ved 1. fys-vurdering?			<i>mis=3</i>					<i>mis=1</i>			<i>mis=4</i>
Udført=(ja), n(%)	6 (100.0)	29 (82.9)	17 (100.0)	13 (100.0)	9 (34.6)	35 (70.0)	11 (47.8)	10 (52.6)	10 (55.6)	14 (87.5)	154 (68.1)
Hvis ja: BAMS total, median (IQR)	2 (1; 2)	5 (2; 7)	3 (3; 5)	4 (3; 5)	5 (3; 8)	3 (2; 6)	6 (4; 7)	7 (5; 8)	4 (0; 6)	4 (3; 7)	4 (2; 6)
BAMS sidste fys-vurdering?			<i>mis=3</i>		<i>mis=1</i>	<i>mis=1</i>					<i>mis=6</i>
Udført=Ja, n(%)	5 (83.3)	20 (57.1)	15 (88.2)	12 (92.3)	8 (32.0)	35 (71.4)	21 (91.3)	14 (70.0)	7 (38.9)	11 (68.8)	148 (66.1)
Hvis ja: BAMS total, median (IQR)	5 (1; 6)	7 (6; 8)	4 (3; 7)	5 (3; 6)	8 (4; 8)	6 (3; 8)	8 (6; 8)	6 (3; 8)	5 (4; 8)	8 (6; 8)	6 (4; 8)

Tabel G2: 2025 - Mobilisering efter operation og vurdering med BAMS (n=281)													
	Aalborg	AUH	Herlev	Hillerød	Hjørring	Holbæk	Hvidovre	Køge	Nkb.F.	OUH	Slagelse	Viborg	Total
n	27	26	16	25	13	15	45	15	20	26	35	18	281
Mobiliseret på OP-dagen el. 1.postop dag?	<i>mis=6</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=4</i>	<i>mis=2</i>	<i>mis=4</i>	<i>mis=2</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=4</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=2</i>	<i>mis=8</i>	<i>mis=3</i>	<i>mis=38</i>
=Ja, n(%)	9 (42.9)	22 (88.0)	8 (66.7)	16 (69.6)	6 (66.7)	7 (53.8)	30 (68.2)	4 (36.4)	15 (78.9)	21 (87.5)	22 (81.5)	6 (40.0)	166 (68.3)
BAMS ved 1. fys-vurdering?	<i>mis=2</i>				<i>mis=2</i>			<i>mis=3</i>		<i>mis=2</i>			<i>mis=9</i>
Udført=Ja, n(%)	15 (60.0)	23 (88.5)	15 (93.8)	24 (96.0)	11 (100.0)	3 (20.0)	38 (84.4)	9 (75.0)	13 (65.0)	10 (41.7)	30 (85.7)	5 (27.8)	196 (72.1)
Hvis ja: BAMS total, median (IQR)	1 (1; 6)	4 (1; 6)	3 (1; 4)	4 (2; 6)	6 (1; 6)	4 (0; 5)	4 (2; 5)	4 (3; 5)	5 (4; 8)	8 (5; 8)	3 (1; 6)	2 (0; 5)	4 (2; 6)
BAMS sidste fys-vurdering?	<i>mis=3</i>	<i>mis=2</i>	<i>mis=1</i>		<i>mis=2</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=3</i>		<i>mis=3</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=18</i>
Udført (=ja), n(%)	12 (50.0)	14 (58.3)	14 (93.3)	22 (88.0)	11 (100.0)	9 (64.3)	33 (75.0)	11 (91.7)	12 (60.0)	4 (17.4)	21 (61.8)	11 (64.7)	174 (66.2)
Hvis ja: BAMS total, median (IQR)	6 (3; 8)	6 (1; 8)	4 (3; 5)	6 (3; 7)	7 (4; 8)	4 (3; 7)	5 (3; 8)	7 (5; 8)	4 (2; 7)	7 (5; 8)	6 (4; 8)	3 (2; 4)	6 (3; 7)

Tabel H1: 2024 - Udarbejdelse af genoptræningsplan (GOP) og udskrivelsesdestination (n=230)											
	Aalborg	AUH	Herlev	Hillerød	Holbæk	Hvidovre	Køge	Nkb.F.	OUH	Slagelse	Total
n	6	35	20	13	26	50	23	20	18	16	230
Udarbejdelse af GOP, n(%)		<i>mis=4</i>	<i>mis=4</i>		<i>mis=3</i>	<i>mis=3</i>		<i>mis=3</i>		<i>mis=2</i>	<i>mis=19</i>
Almen genoptræning	6 (100.0)	31 (100.0)	16 (100.0)	10 (76.9)	22 (95.7)	43 (91.5)	23 (100.0)	16 (94.1)	12 (66.7)	13 (92.9)	195 (92.4)
Specialiseret genoptræning	-	-	-	2 (15.4)	-	-	-	-	5 (27.8)	-	7 (3.3)
Stillingtagen, men ingen genoptræning	-	-	-	1 (7.7)	1 (4.3)	4 (8.5)	-	1 (5.9)	1 (5.6)	1 (7.1)	9 (4.3)
Udskrivelsesdestination, n(%)			<i>mis=4</i>		<i>mis=4</i>	<i>mis=4</i>			<i>mis=1</i>	<i>mis=3</i>	<i>mis=16</i>
Egen bolig	2 (33.3)	20 (57.1)	-	3 (23.1)	16 (72.7)	12 (26.1)	21 (91.3)	17 (85.0)	13 (76.5)	11 (84.6)	117 (54.7)
Midlertidig døgnplads (fx aflastning)	2 (33.3)	6 (17.1)	15 (93.8)	8 (61.5)	5 (22.7)	22 (47.8)	1 (4.3)	3 (15.0)	4 (23.5)	-	67 (31.3)
Døgninstitution (fx. plejehjem, bosted)	1 (16.7)	3 (8.6)	1 (6.3)	-	1 (4.5)	4 (8.7)	-	-	-	-	10 (4.7)
Overflyttet til anden afd. / hosp	1 (16.7)	6 (17.1)	-	2 (15.4)	-	8 (17.4)	1 (4.3)	-	-	2 (15.4)	20 (9.3)

Tabel H2: 2025 - Udarbejdelse af genoptræningsplan (GOP) og udskrivelsesdestination (n=281)													
	Aalborg	AUH	Herlev	Hillerød	Hjørring	Holbæk	Hvidovre	Køge	Nkb. F.	OUH	Slagelse	Viborg	Total
n	27	26	16	25	13	15	45	15	20	26	35	18	281
Udarbejdelse af GOP, n(%)	<i>mis=6</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=4</i>	<i>mis=3</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=4</i>	<i>mis=4</i>	<i>mis=3</i>	<i>mis=2</i>	<i>mis=4</i>	<i>mis=1</i>	<i>mis=34</i>
Almen genoptræning	20 (95.2)	24 (96.0)	14 (93.3)	20 (95.2)	10 (100.0)	14 (100.0)	37 (90.2)	11 (100.0)	17 (100.0)	19 (79.2)	30 (96.8)	17 (100.0)	233 (94.3)
Specialiseret genoptræning	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5 (20.8)	-	-	5 (2.0)
Stillingtagen, men ingen genoptræning	1 (4.8)	1 (4.0)	1 (6.7)	1 (4.8)	-	-	4 (9.8)	-	-	-	1 (3.2)	-	9 (3.6)
Udskrivelsesdestination, n(%)	<i>mis=7</i>	<i>mis=1</i>		<i>mis=1</i>	<i>mis=2</i>	<i>mis=2</i>	<i>mis=3</i>	<i>mis=3</i>		<i>mis=2</i>	<i>mis=4</i>	<i>mis=2</i>	<i>mis=27</i>
Egen bolig	9 (45.0)	10 (40.0)	1 (6.3)	11 (45.8)	7 (63.6)	13 (100.0)	14 (33.3)	12 (100.0)	16 (80.0)	18 (75.0)	19 (61.3)	7 (43.8)	137 (53.9)
Midlertidig døgnplads (fx aflastning)	7 (35.0)	9 (36.0)	14 (87.5)	11 (45.8)	4 (36.4)	-	20 (47.6)	-	3 (15.0)	4 (16.7)	7 (22.6)	8 (50.0)	87 (34.3)
Døgninstitution (fx. plejehjem, bosted)	2 (10.0)	2 (8.0)	-	-	-	-	5 (11.9)	-	1 (5.0)	-	2 (6.5)	1 (6.3)	13 (5.1)
Overflyttet til anden afdeling / hospital	2 (10.0)	4 (16.0)	1 (6.3)	2 (8.3)	-	-	3 (7.1)	-	-	2 (8.3)	3 (9.7)	-	17 (6.7)

	Aalborg	AUH	Herlev	Hillerød	Holbæk	Hvidovre	Køge	Nkb. F.	OUH	Slagelse	Total
n	6	35	20	13	26	50	23	20	18	16	230
Postoperativ LOS			<i>mis=1</i>		<i>mis=1</i>	<i>mis=1</i>					<i>mis=3</i>
median (IQR)	9 (8; 14)	4 (3; 7)	6 (5; 7)	9 (6; 13)	12 (10; 20)	7 (6; 10)	8 (6; 14)	6 (5; 12)	7 (5; 8)	10 (7; 15)	7 (5; 12)
Mors under indlæggelse, n(%)	-	1 (2.9)	-	-	4 (15.4)	4 (8.0)	-	-	1 (5.6)	2 (12.5)	12 (5.2)

	Aalborg	AUH	Herlev	Hillerød	Hjørring	Holbæk	Hvidovre	Køge	Nkb. F.	OUH	Slagelse	Viborg	Total
n	27	26	16	25	13	15	45	15	20	26	35	18	281
Postoperativ LOS	<i>mis=2</i>	<i>mis=1</i>		<i>mis=2</i>	<i>mis=1</i>		<i>mis=1</i>	<i>mis=3</i>		<i>mis=2</i>		<i>mis=1</i>	<i>mis=13</i>
median (IQR)	7 (6; 11)	7 (4; 11)	10 (7; 14)	7 (6; 12)	7 (6; 9)	11 (8; 13)	7 (6; 10)	10 (7; 26)	5 (5; 8)	6 (4; 7)	8 (7; 13)	7 (6; 15)	7 (6; 11)
Mors under indlæggelse, n(%)	5 (18.5)	1 (3.8)	1 (6.3)	1 (4.0)	1 (7.7)	1 (6.7)	3 (6.7)	-	1 (5.0)	-	4 (11.4)	1 (5.6)	19 (6.8)

Tabel J: Udvalgte variable fra 3 mdr. PRO fordelt på afdeling totalt for både 2024 og 2025 samlet (n=169)												
	Aalborg	AUH	Herlev	Hillerød	Holbæk	Hvidovre	Køge	Nkb. F.	OUH	Slagelse	Viborg	Total
n	12	22	10	8	20	26	23	20	12	11	4	169
Har du fået protese? n(%) missing=6												
Ja,	4 (33.3)	4 (19.0)	2 (20.0)	1 (12.5)	2 (10.5)	9 (36.0)	10 (43.5)	5 (27.8)	6 (50.0)	3 (27.3)	1 (33.3)	47 (28.8)
Nej, men træner til protese	3 (25.0)	10 (47.6)	3 (30.0)	4 (50.0)	15 (78.9)	12 (48.0)	11 (47.8)	9 (50.0)	5 (41.7)	4 (36.4)	1 (33.3)	77 (47.2)
Nej, skal ikke have protese	2 (16.7)	5 (23.8)	3 (30.0)	2 (25.0)	1 (5.3)	3 (12.0)	2 (8.7)	3 (16.7)	-	1 (9.1)	1 (33.3)	24 (14.7)
Uafklaret	3 (25.0)	2 (9.5)	2 (20.0)	1 (12.5)	1 (5.3)	1 (4.0)	-	1 (5.6)	1 (8.3)	3 (27.3)	-	15 (9.2)
Træner du med fys? n(%) missing =11												
Nej, træner ikke	1 (8.3)	1 (5.3)	1 (10.0)	-	-	1 (4.3)	1 (4.3)	1 (5.6)	-	-	-	6 (3.8)
Nej, jeg træner uden fys	2 (16.7)	1 (5.3)	1 (10.0)	2 (25.0)	1 (5.6)	3 (13.0)	-	2 (11.1)	1 (8.3)	2 (18.2)	-	15 (9.5)
Ja	9 (75.0)	17 (89.5)	8 (80.0)	6 (75.0)	17 (94.4)	19 (82.6)	22 (95.7)	15 (83.3)	11 (91.7)	9 (81.8)	3 (100.0)	137 (86.7)
EQ VAS, median (IQR), missing=21	70 (42; 81)	64 (47; 78)	50 (34; 78)	74 (55; 80)	60 (48; 70)	53 (49; 81)	60 (44; 73)	50 (30; 67)	50 (41; 78)	50 (38; 50)	50 (35; 60)	50 (46; 74)
Note: Data for Hjørring (n=1) indgår kun i total.												