

Sundhedsdata på tværs

- Et dataudstillingsværktøj for regioner, kommuner og almen praktiserende læger



Indledning

Formålet med dokumentationen er at beskrive indholdet i dataudstillingsværktøjet Sundhedsdata på tværs. Dokumentationen beskriver datakilder, afgrænsninger, forbehold, measure, dimensioner, befolkningsgrundlag og opgørelsesmetode.

Sundhedsdata på tværs

Formålet med Sundhedsdata på tværs er at understøtte de to projekter Dialog værktøjet for fælles patienter og Kommunal adgang til data. Formålet med Dialog værktøjet for fælles patienter er at udarbejde et værktøj, der gør det muligt på tværs af kommuner, regioner og almen praksis at skabe større viden om fælles patientpopulationer og udgangspunkt for mere målrettede indsatser for udvalgte "fælles" patientgrupper. Formål med Kommunal adgang til data er at etablere en løsning, som giver kommunerne adgang til relevante, nationale sundhedsdata. Herved kan kommunerne bedre tilrettelægge den kommunale sundhedsindsats over for borgerne på tværs af sektorer, hvilket understøtter regeringens ønske om en bedre og mere sammenhængende offentlig sektor. Yderligere kan værktøjet Sundhedsdata på tværs være med til at understøtte dataarbejdet i sundhedsklyngerne.

Værktøjet Sundhedsdata på tværs består af to rapporttyper samt et avanceret værktøj. Standardrapporterne er simple og med få filteringsmuligheder, mens temarapporterne er mere komplekse med mulighed for sammenligninger, kryds mellem de forskellige sektorer og valg af forskellige enheder. Rapporterne er prædefinerede rapporter, hvor hver rapport består af flere sider samt en række filteringsmuligheder. En side består af udvalgte grafer og andre informationer er placeret til datavisualisering. En side kunne f.eks. omhandle kommunal aktivitet. Der er fire temarapporter, som er:

- **Nøgletal:** Rapporten består af et overblik over aktiviteter på hospitalsområdet, i kommunerne samt hos almen praksis. Datavisninger kan afgrænses på flere områder såsom bopælskommuner, almen praksis klynger, aldersgruppe, kronikere, plejehjemsboere.
- **Borgere på 65 år og derover:** Rapporten indeholder oplysninger for borgere på 65 år og derover. Rapportens indhold minder om Nøgletal, men det er muligt at vælge et mere detaljeret niveau ift. aktiviteterne i sektorerne.
- **Udvalgte kroniske sygdomme:** Rapporten viser oplysninger om kronikere, der er en del af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS). Rapporten indeholder oplysninger om aktiviteter for borgere med en kronisk sygdom på hospitalsområdet, i kommunerne samt hos almen praksis. Aktiviteterne i alle sektorerne kan opgøres på et detaljeret niveau.
- **Børn og unge:** Rapporten indeholder oplysninger om børn og unge i alderen 0-25 år. Rapporten indeholder oplysninger om aktiviteten på hospitalsområdet (somatik og psykiatri), hos almen praksis samt praksisområdet inden for psykologhjælp og psykiatri.

Temarapporterne kommer i to udgaver. Den ene udgave ligger på åben eSundhed og er til gængelig for alle. Den anden udgave er samme temarapporter som på åben esundhed med brugerlogin, som er udvidet med funktionaliteter (Gem, del, eksport), yderniveau for lægerne og CPR upload evt. med flere kolonner. Det avancerede værktøj giver mulighed for, at brugerne kan lave deres egne visninger og rapporter. Brugerne kan benytte en række informationer på tværs af sektorer til at danne egne datavisninger og rapporter. Rapporterne kan gemmes og deles. Informationerne i det avancerede værktøj består af alle measure og dimensioner, som er defineret i dette dokument. *Pr. november 2022 er alt ikke tilgængeligt endnu.*

Opmærksomhedspunkter

Der er nogle punkter, som man skal være opmærksom på, når man tolker data. De er beskrevet mere detaljeret i andre afsnit, men opsummeres her.

- Data fra de kommunale EOJ-systemer: Indtil der er et oprenset og godkendt årsdatasæt klar, er data baseret på månedsdata, som ikke er valideret af kommunerne selv. Derfor kan det være en usikkerhed i kvalitet af data. Data er yderligere ikke fuldendt for alle kommuner. For årsdata er det kun kommuner med data i alle årets 12 kalendermåneder, som vises for det givne år. Det kan også medføre, at den forudgående kommune kontakt er underestimeret.
- Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS): RUKS opdateres hvert kvartal og ikke månedlig, derfor vil der i nogle måneder ikke være data for borgere med kroniske sygdomme. RUKS er førhen ikke blevet opdateret så ofte, og det kan nu medføre, at nogle borgere først vil kunne identificeres, når der er gået længere tid. Derfor vil der være ændringer tilbage i tid ved nye opdateringer, og antallet af kronikere kan være underestimeret i den seneste periode.
- Sygesikringsregisteret: Sundhedsdatastyrelsen har traditionelt brugt afregningsdatoen, hvor Sundhedsdata på tværs bruger behandlingsdato, derfor skal man være opmærksom ved sammenligner med andre opgørelser.
- Forudgående kontakt: Når der opgøres forudgående kontakt til kommune og almen praksis for borgere med kontakt til hospital, så er det ud fra udskrivningsdatoen. Det vil sige, at ved lange indlæggelser er den forudgående kontakt i en måned, hvor borgeren var indlagt. Sundhedsdatastyrelsen vil i videreudvikling se på muligheden for selv at vælge indskrivning eller udskrivning samt gøre den forudgående kontakt mere fleksibel i forhold til periode.

Datakilder

Dette afsnit giver en beskrivelse til de enkelte datakilder, og hvordan de bruges i værktøjet Sundhedsdata på tværs.

Landspatientsregisteret

Alle oplysninger vedrørende aktivitet på hospitalerne er en del af Landspatientregisteret. I værktøjet bruges Sundhedsdatastyrelsens standarddefinitioner og forretningslogik til at definere disse nøgletal. I første omgang er data kun baseret på den nyeste version af Landspatientregisteret, LPR3.

Sygesikringsregisteret

Sygesikringsregisteret indeholder oplysninger om aktivitet på praksisområdet ud fra afregnet ydelser. I værktøjet laves opgørelser ud fra behandlingsdatoen, da det er selve aktiviteten i den pågældende måned, som er afgørende og ikke afregningstidspunktet for aktiviteten. Ydelserne vil dog først fremgå af Sygesikringsregisteret, når den er afregnet. Derfor kan der være registreringerne tilbage i tid, og der kan gå en del tid mellem behandlingsdato og afregningsdato. Sundhedsdatastyrelsen har traditionelt brugt afregningsdatoen, derfor skal man være opmærksom ved sammenligner med andre opgørelser.

Data fra de kommunale EOJ-systemer

Data fra kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystemer findes i to udgaver kaldet månedsdata og årsdata. Årsdata består af oprenset og godkendt data, hvor månedsdata er de rå indberetninger. Sundhedsdatastyrelsen modtager løbende de indrapporterede EOJ-data fra Danmarks Statistik via en automatisk overførsel. Kommunale sundhedsdata omfatter både indsatser efter serviceloven og sundhedsloven. Efter serviceloven varetager kommunerne blandt andet hjemmehjælp og forebyggende hjemmebesøg, mens kommunerne inden for sundhedsloven varetager hjemmesygepleje efter sundhedsloven.

Årsdata

Årsdatasættene er oprenset, så de kun indeholder data, som kommunerne har godkendt. Kommunerne godkender data på månedsniveau, hvilket betyder, at datasættene ikke behøver at indeholde et fuldt år for de enkelte kommuner. Det kan være forskellige måneder, der er godkendt på tværs af kommuner og leverancer.

Månedssdata

Sundhedsdatastyrelsen modtager hver måned månedssdatasættene, hvor hver fil er et datasæt pr. kommuner pr. måned pr. leverance for de leverancer, som indberettes hver måned. Data, der kommer direkte fra kommunernes systemleverandører, indgår i månedssdata.

Overgangen fra månedssdata til årsdata

Årsdata bliver brugt, da indholdet er godkendt af kommunerne og af højere kvalitet sammenlignet med månedssdata. Som udgangspunkt bruges årsdata i værktøjet. Da årsdata kun opdateres en gang om året, suppleres der med månedssdata for den periode, hvor der ikke er årsdata for at have så tidstro data som muligt. Når der foreligger et færdigt årsdatasæt vil det erstatte månedssfilerne. Er der nogle kommuner, hvor der i årsdatasættene mangler data for en eller flere måneder, eller der kun er data for nogle af indsatsområder, accepteres dette. Månedssdata kan ikke gå ind og erstatte årsdatasættene i disse tilfælde, da kommunen har pointeret, at data ikke er godkendt. Derfor er det ikke alle måneder, hvor der er data for alle kommuner, når der bruges årsdata. Årsdata kommer medio året for året før.

I værktøjet betyder det, at der ikke er komplette data på kommunalområdet. Alt månedssdata bliver vist i værktøjet, men for årsdata er der lavet en 12 månedsregel, så tolkning af data er nemmere. Det betyder, at i temarapporterne og det avanceret værktøj er det kun kommuner med data i alle årets 12 kalendermåneder, som vises for det givne år. I standardrapporterne er alt årsdata med. Det betyder, at et fald eller en stigning kan skyldes en ændring i antal indberetninger eller en ændring i antal borgere med kontakt. Den samme udfordring er gældende for månedssdata i hele løsningen, men i forvejen er månedssdata ikke blevet godkendt af kommunerne selv. Det er muligt at se, hvilke kommuner som har data pr. måned pr. leverance i tabellen "Kommuner med EOJ data", som kan findes eSundhed under Sundhedsdata på tværs. Hvis man afgrænser til "Forudgående kommune aktivitet" på sider omhandlende andre sektorer, vil det kommunale data følge samme regler, hvilket betyder, at der muligvis ikke er forudgående kontakt for alle borgere, og dermed kan den forudgående kontakt være underestimeret.

Yderligere er antal kontakter lig med antal borgere med kontakt i en given måned, da data opgøres, således at man kan se, om borgeren har modtaget en af indsætterne i en given måned, og ikke hvor meget borgeren har modtaget i den givne måned. I standardrapporterne er det kun enheden Antal borgere med kontakt, som bruges, når kommunale data udstilles. I temarapporterne og det avancerede værktøj bruges visningsheden Antal kontakter også. En borger vil dog kun kunne have én kontakt per måned, men flere kontakter hvis der vælges en længere periode.

Plejhjemsadresser og CPR-registeret

Plejhjemsoversigten.dk og CPR-registeret danner grundlag for Sundhedsdatastyrelsens database over plejhjemsadresser. Ud fra databasen er det muligt at identificere plejhjemsboere i Danmark. Plejhjemmet skal være på plejhjemsoversigten for at indgå i database. Der

kan dog være få undtagelser, og så er de medtaget alligevel. F.eks. ved en kommune selv har henvendt sig med et plejehjem, som manglede. Borgere på midlertidige pladser indgår ikke, da de ikke har adresse på plejehjemmet.

Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS)

RUKS indeholder oplysninger om udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser herunder astma, demens, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, osteoporose, skizofreni, type 1-diabetes og type 2-diabetes. Borgerne findes ved udvalgte diagnoser i Landspatientregisteret samt udvalgte lægemidler (baseret på indikationer og ATC koder) i Lægemiddelstatistikregisteret.

RUKS opdateres i dette værktøj hvert kvartal. Grundet opdateringsfrekvensen er oftere, end RUKS førhen har været opdateret, vil nogle borgere først kunne identificere, når der er gået længere tid. Det skyldes f.eks. at en borger først kommer med efter to receptindløsninger ift. RUKS algoritmen, men debuten vil være fra første receptindløsning. Derfor vil der være ændringer tilbage i tid ved nye opdateringer. Indtil data opdateres igen, vil antallet af kronikere være faldende for det nyeste opdateret kvartal. Det skyldes, at nye tilfælde først kommer med ved næste opdatering. Værktøjet viser kun aktive borgere med dansk bopæl for den givne måned. Det betyder, at personer som i løbet af et år dør, ikke bliver vist fremadrettet i værktøjet.

Almen praksis-klyngedata fra KiAP og yderregisteret

Borgeren og borgerens aktivitet er tilknyttet den yder, som borgeren havde på det givne tidspunkt (historik medtages). Det betyder, at aktiviteten for f.eks. maj 2019 vil være for de borgere, som var patienter hos yderen i maj 2019. Yderen tilhører den almen praksis-klynge, som yderen har på den sidste dag i hele opgørelsesperioden uanset valg af periode også tilbage i tid. Ydere uden en almen praksis-klynge hører til en samlet ukendt gruppe (historik medtages ikke).

CPR-registeret

CPR-registeret bliver brugt til at finde befolkningsgrundlaget samt informationer om borgerens bopæl, køn, alder og lignede.

Measures og dimensioner

Sundhedsdata på tværs er en datamodel, som består af measures og dimensioner. Dette afsnit beskriver measures og dimensioner, som er en del af værktøjet. Det er ikke alle measures og dimensioner, som bruges i rapporterne, men alle vil kunne findes i det avancerede værktøj. Et measure er en beregning af en variabel, f.eks. en summering af flere værdier. Et eksempel kan være, at man tæller, hvor mange borgere der har haft et sygehusophold. En dimension bruges til at få flere oplysninger på et measure. F.eks. hvor borgerne med et sygehusophold bor, eller hvor gamle borgerne er.

Measures dannet på baggrund af Landspatientsregisteret

Sygehuskontakter

En patientkontakt til hospitalet, dvs. et møde mellem en sundhedsperson og en patient vedrørende behandling. En patientkontakt kan også foregå mellem en sundhedsperson og en stedfortræder for patienten. En patientkontakt kan være fysisk eller virtuel E-mail konsultation medregnes ikke som patientkontakter i LPR-indberetningen.

Sygehusophold (kontakt til hospital)

Sygehusophold dannes ud fra sygehuskontakter. Hvis kontakterne er tidsmæssigt overlappende eller optræder med mindre end eller lig 4 timers afstand mellem indskrivningstidspunkt og udskrivningstidspunkt, kobles alle kontakterne til et sygehusophold. Det gælder også kontakter, der starter samme tid, slutter samme tid og en fuldt overlappende kontakt. Et sygehusophold består kun af kontakter, som er et fysisk fremmøde på danske hospitaler. Der er kun sygehusophold med, hvor alle kontakter er defineret som offentlig finansieret. Det vil sige, at aktivitet på offentlige sygehuse og aktivitet på private sygehuse, som er offentlig finansieret er inkluderet. Aktivitet på private sygehuse, som er privat finansieret er ikke med. Bemærk at aktivitet fra Region Hovedstadens vagtlægeordningen 1813 er inkluderet, hvilket ikke er tilfældet for de andre regioner.

Patienttype

Om et sygehusophold er somatisk, psykiatrisk eller både somatisk og psykiatrisk defineres ud fra sygehuskontakters aktionsdiagnose og den ansvarlige afdelings hovedspeciale. Specialerne "Psykiatri" og "Børne- og ungdomspsykiatri" og/eller kontakter med en aktionsdiagnosekode, der starter med DF, er psykiatri, mens resten er somatik.

- Somatisk sygehusophold: Alle kontakter i sygehusopholdet er somatiske, dvs. aktionsdiagnoserne er ikke DF-diagnoser, og hovedspecialerne på de ansvarlige afdelinger er ikke børne- og ungdomspsykiatri eller psykiatri.
- Psykiatrisk sygehusophold: Alle kontakter i sygehusopholdet er psykiatriske, dvs. aktionsdiagnoserne er DF-diagnoser, og/eller hovedspecialerne på de ansvarlige afdelinger er børne- og ungdomspsykiatri eller psykiatri.

- Somatisk og psykiatrisk sygehusophold: Der er minimum én psykiatrisk og minimum én somatisk kontakt i sygehusopholdet.

Ambulant ophold

Ambulante ophold defineres som et sygehusophold med en varighed på mindre end 12 timer, hvor varigheden af et ophold beregnes fra tidligste indskrivningstidspunkt til seneste udskrivningstidspunkt på de fysiske fremmøder, der indgår i opholdet.

- Somatisk ambulant ophold
- Psykiatrisk ambulant ophold
- Somatisk og psykiatrisk ambulant ophold

Indlæggelse

Indlæggelser defineres som et sygehusophold med en varighed på 12 timer eller derover, hvor varigheden af et ophold beregnes fra tidligste indskrivningstidspunkt til seneste udskrivningstidspunkt på de fysiske fremmøder, der indgår i opholdet.

- Somatisk indlæggelse
- Psykiatrisk indlæggelse
- Somatisk og psykiatrisk indlæggelse

Opholdsvarighed

Varigheden af sygehusopholdet er beregnet som forskellen mellem indskrivningstidspunkt på første fysiske fremmøde i sygehusopholdet til udskrivningstidspunkt på sidste fysiske fremmøde i sygehusopholdet.

- Samlet varighed i minutter
- Gennemsnitlig varighed i minutter

Forebyggelige sygehusophold

Antal forebyggelige akutte sygehusophold blandt borgere på 65 år og derover pr. 1.000 borgere på 65 år og derover. Følgende sygdomme og tilstande er defineret som forebyggelige og derfor inkluderet: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis (mave/tarm lidelser), brud (diverse), ernæringsbetinget anæmi (blodmangel), sociale og plejemæssige forhold og tryksår. Forebyggelige sygehusophold defineres som det nationale mål, men der kan være en lille forskel, da hele datagrundlaget har afgrænsningen, at borgerne skal være aktive borgere med dansk bopæl ved brug af statuskode.

Akutte somatiske genindlæggelser

Andelen af somatiske indlæggelser, som efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse. Akutte somatiske genindlæggelser defineres som det nationale mål, men der kan være en lille forskel, da hele datagrundlaget har afgrænsningen, at borgerne skal være aktive borgere med dansk bopæl ved brug af statuskode.

Akutte psykiatriske genindlæggelser

Andelen af psykiatriske indlæggelser, som efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse. Akutte psykiatriske genindlæggelser defineres som det nationale mål, men der kan være en lille forskel, da hele datagrundlaget har afgrænsningen, at borgerne skal være aktive borgere med dansk bopæl ved brug af statuskode.

Dimensioner dannet på baggrund af Landspatientregisteret og Sundhedsvæsenets Organisationsregister (SOR)

Aktivitetstype

Dimensionen kan opdele sygehusophold i forskellige niveauer. Hvert niveau kan bruge enkeltvis, men er også hierarkisk opbygget og kan bruges i kombination.

- Niveau 1: Opholdstype, hvor sygehusopholdet kan opdeles i ambulant ophold og indlæggelse. Samme definition som ved measures.
- Niveau 2: Prioritet, sygehusopholdet kan opdeles i akut og planlagt. Et sygehusophold (eller indlæggelse/ambulant ophold) defineres som akut, hvis der starter et akut fysisk fremmøde samme dag (en kontakt), som sygehusopholdet starter. Alle andre sygehusophold er planlagte.
- Niveau 3: Patienttype, sygehusopholdet kan opdeles i somatisk, psykiatrisk eller somatisk og psykiatrisk.

Ansvarlig organisation

Nedenstående kan kun opgøres, når man bruger sygehuskontakt som measure. Det betyder, at man ikke kan koble nedenstående informationer på et sygehusophold.

- Afdeling: Den ansvarlige afdeling for sygehuskontakten. Den er ikke nødvendigvis tilsvarende den producerende afdeling.
- Organisation: Den ansvarlige organisation for sygehuskontakten. Hvis organisationsejeren er region, vil det svare til de offentlige sygehuse.
- Organisationsejer: Viser ejerforhold for den ansvarlige organisation. Anvendes til afgrænsning af offentlig og privat aktivitet.
- Organisationskode (SOR): Den tilhørende kode til organisation.
- Region: Region for den ansvarlige organisation
- Speciale: Hovedspecialet for den ansvarlige afdeling.

Diagnose

Nedenstående kan kun opgøres, når man bruger sygehuskontakt som measure. En diagnose er ikke koblet til et sygehusophold, da der kan være flere diagnoser tilknyttet et sygehusophold.

- Diagnose: Den tilhørende tekst til den indrapporterede aktionsdiagnosekoden.
- Diagnosekode: Aktionsdiagnosekoden som blev indrapporteret med sygehuskontakten.
- Undergruppe: Gruppering af diagnose, indeholder både kode og tekst.

Measures dannet på baggrund af Sygesikringsregisteret

Antal kontakter

Antallet kontakter findes ud fra afregnet ydelser i Sygesikringsregisteret. Der indgår kun ydelser, som vurderes at udgøre en særskilt kontakt. Det betyder, at tillægsydelser f.eks. ikke inkluderet. Antal kontakter er afgrænset således, at der medtages maksimalt fem af samme ydelseskode fra én afregningslinje. For modregnede negative ydelser, minusydelser, medtages tilsvarende kun ned til et antal på minus 5 ydelser. Hvis antallet af kontaktydelser på én afregningslinje er mindre end eller højere end 5 afgrænses antallet i opgørelsen til hhv. minus 5 og plus 5. F.eks. afgrænses et kontaktydelsesantal på minus 10 til minus 5.

Almen praksis dagstid

Almen praksis opgøres som speciale 80 og kun for dagstid mandag-fredag 8-16 (tidskode=1)

Almen praksis bliver opdelt i forskellige kontaktgruppe, hvor ydelseskoderne er grupperet som nedenstående pr. 01. april 2022. Der kan komme nye ydelseskoder med i grupperingen, hvis der er tilføjelser i honorartabellen ved overenskomst om almen praksis.

■ Fysisk kontakt

- Almindelig konsultation: Ydelseskoder 0101, 0106, 0130, 0131, 0132 i speciale 80.
- Sygebesøg: Ydelseskoder 0102, 0121, 0411, 0421, 0431, 0441, 0451, 0461, 0491, 0471 i speciale 80.
- Andet fysisk fremmøde: Ydelseskoder 0108, 0120, 0122, 4486, 6101, 8110, 8120, 8130, 8140, 8210, 8211, 8212, 8213, 8214, 8215, 8216, 8217, 8291, 8292, 8293, 8310, 8314, 8315, 8316, 8318, 8319, 8320, 8326, 8327, 8328, 8329, 8330, 8701, 8705, 8706, 8707, 8708, 8901, 8940 i speciale 80 og indeholder f.eks. børneundersøgelse og abortstøttesamtale.

■ Telefonkonsultation: ydelseskoder 0109, 0201, 8294, 8618, 0501 i speciale 80.

■ Emailkonsultation: Ydelseskoder 0105, 0110 i speciale 80.

■ Videokonsultation: Ydelseskode 0125, 4436 i speciale 80.

Yderligere ses der også på følgende measures i almen praksis dagstid:

■ Kronikerhonorar: Ydelseskoder 0130, 0131, 0132.

■ Samtaleterapi: Ydelseskoder 6101 og 6201. Det er en betingelse, at man skal have haft to samtaleterapi ydelser, ellers må det ikke registreres som samtaleterapi. Derfor vil der være nogle modregninger, hvis en borger ender med at modtage to eller flere samtaleterapi ydelser. Samtaleterapi er med i rapporten Børn og unge, men er ikke et measure i det avancerede værktøj, hvor samtaleterapi kan findes i den dimension, som indeholder alle ydelseskoder.

Kronikerhonorar i almen praksis

Overenskomstforhandlinger for almen praksis, der trådte i kraft pr. 1. januar 2018, indebærer bl.a. en ny honoreringsmodel for borgere med KOL og type2-diabetes, kaldet kronikerhonorarer. Kronikerhonorarerne består af følgende ydelseskoder:

- 0130: Kronikerhonorar, årligt pr. patient med KOL
- 0131: Kronikerhonorar, årligt pr. patient med type2-diabetes
- 0132: Kronikerhonorar, årligt pr. patient med type2-diabetes og KOL
- 0133: Kronikerhonorar, afslutningsydelse (denne ydelse udstilles ikke som measure, men kun i dimensionen med ydelseskoder)

Ydelserne medfører, at der automatisk hver måned udbetales 1/12 af kronikerhonoraret, så længe patienten er tilmeldt praksis. Kronikerhonorarerne dækker over kontaktydelser (uanset årsag), herunder: Almindelig konsultation, e-mailkonsultationer, telefonkonsultationer samt specifik forebyggende indsats (årskontrol). Det betyder, at uanset om kontakten skyldes borgers kroniske lidelse eller andre problemer, er den dækket af kronikerhonorarerne. Andre ydelser er ikke dækket af kronikerhonorarerne, men afregnes særskilt.

Ydelseskoderne er en del af Almindelig konsultation. Der kan derfor være en overvægt i kategorien "Almindelig konsultation" for borgere med type2-diabetes og/eller KOL. I temarapporten Udvalgte kroniske sygdomme samt det avancerede værktøj vil kronikerhonorarerne udstilles separat.

Andre specialer

I rapporten børn og unge ses der på specifikt på terapi og psykiatrisk kontakt i praksissektoren, hvor ud over samtaleterapi hos almen praksis, bliver følgende også brugt:

- Psykiatri: Psykiatri (Speciale 24) og Børnepsykiatri (Speciale 26)
- Psykolog: (Speciale 63)

Dimensioner dannet på baggrund af Sygesikringsregisteret

Aktivitetstype

Dimensionen kan opdele antal ydelser og antal kontakter i praksis i forskellige niveauer. Hvert niveau kan bruge enkeltvis, men er også hierarkisk opbygget og kan bruges i kombination.

- Niveau 1: Kontakttype, en kategorisering af speciale herunder almen praksis, speciallæge og øvrig praksis.
- Niveau 2: Specialer i praksis.
- Niveau 3: Kontaktgruppe, en kategorisering af ydelser såsom almindelig konsultation og videokonsultation.
- Niveau 4: Landsdækkende ydelser, som vurderes at udgøre en særskilt kontakt.

Measures dannet på baggrund af EOJ

Kommunal kontakt uden plejehjem

Kommunal kontakt defineres som borgere, der modtager indsatser fra EOJ. Det vil sige borgere, som er visiteret til hjemmesygepleje, rehabilitering, genoptræning, vedligeholdelsestræning, hjemmehjælp eller/og blevet tilbudt et forebyggende hjemmebesøg. Plejehjemsbeboere er ikke med i denne definition.

Forebyggende hjemmebesøg

Borgere skal jævnfør SEL §79a tilbydes forebyggende hjemmebesøg. Besøget skal være med til at afklare behovet for fremtidige besøg og identificere de ældre, som har et særligt behov for en forebyggende indsats.

Hjemmesygepleje

Hvis borgeren får besøg af en sygeplejerske i eget hjem eller på plejehjem er det hjemmesygepleje (kommunal sygepleje) efter SUL § 138. Formålet med hjemmesygepleje er at forebygge sygdom, fremme sundhed og yde sygepleje og behandling. Det er kun hjemmesygepleje i eget hjem, som er medtaget.

Rehabilitering

Rehabilitering efter SEL §83a defineres som et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjemmehjælp.

Genoptræning

Genoptræning SEL § 86 stk. 1 defineres som træning, som skal kunne afhjælpe fysisk funktionsnedsættelse, som er sygdomsmæssigt forårsaget, men som ikke behandles som en del af en sygehusindlæggelse. Genoptræningen gives med henblik på at bringe modtageren tilbage til funktionsniveauet før sygdomsforekomsten.

Vedligeholdelsestræning

Vedligeholdelsestræning SEL § 86 stk. 2 defineres som træning, som skal vedligeholde fysiske færdigheder hos personer, som har nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer.

Visiteret hjemmehjælp

Borgeren visiteret til at modtage hjemmehjælp efter SEL §83. Hjælpen omfatter personlig hjælp og pleje samt hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet. Visiteret hjemmehjælp bliver fordelt på, om borgeren modtager praktisk, personlig og begge typer af visiteret hjemmehjælp. Madservice er også inkluderet i praktisk hjemmehjælp.

Dimensioner dannet på baggrund af EOJ

Aktivitetstype

Dimensionen kan opdele kommunal kontakt i de forskellige indsatser. Der er kun et niveau i aktivitetstype for det kommunale område.

- Niveau 1: Indsatser.

Measures og dimensioner dannet på baggrund af RUKS

Antal borgere med kronisk sygdom, antal borgere med flere kroniske sygdomme, antal borgere med en udvalgt kronisk sygdom

- Borgeren har minimum én af de udvalgte sygdomme i RUKS.
- Borgeren har minimum to af de udvalgte sygdomme i RUKS.
- Udvalgte kroniske sygdomme: Type 1-diabetes, type 2-diabetes, astma, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), demens, leddegigt, osteoporose og skizofreni

Antallet af kronikere pr. måned findes ved antallet fra forrige måned samt nydiagnosticerede (incidens) i forrige måned fratrukket døde i forrige måned og følger dermed en primo logik. Det vil sige, at antal kronikere i februar måned er antallet af kronikere, da måneden startede. Ved valg af en længere periode vil antallet af kronikere være antallet primo den valgte periode. Ved aktivitet for kronikere vises aktiviteten for borgere, som reelt er kronikere på aktivitetstidspunktet. I standardrapporterne vil aktiviteten for kronikere være for dem, som er kronikere primo måneden i den måned, hvor aktiviteten foregik.

Andre measure

Kommunal kontakt inkl. plejehjem

Kontakt til kommune defineres som borgere, der bor på plejehjem og/eller modtager kommunale indsatser registreret i kommunernes EOJ-system. Det vil sige borgere, som er visiteret til hjemmesygepleje, rehabilitering, genoptræning, vedligeholdelsestræning, hjemmehjælp eller/og blevet tilbudt et forebyggende hjemmebesøg. De to dele opgøres på samme måde som hver for sig, hvilket betyder at indsatserne opgøres som løbende aktivitet, og antal plejehjemsbeboere opgøres ved primo den valgte periode. Ved antal kontakter ligges de to tal sammen,

og ved antal borgere med kontakt findes den unikke mængde af borgere i de to grupper. Som udgangspunkt bruges dette measure til rapporterne, når visninger inkluderer kontakt til kommune.

Antal borgere

- Antal borgere primo: Antallet af borgere primo den valgte periode. I rapporterne opgøres antal borgere på denne måde.
- Antal unikke borgere. Alle borgere i den valgte periode. Antal unikke borgere findes kun i det avancerede værktøj.

ÆMI borgere

ÆMI er en forkortelse for Ældre Medicinsk Indlæggelse. Borgeren findes ud fra, om de har haft en indlæggelse på en medicinsk afdeling, det vil sige, at mindst en kontakt i indlæggelsesforløbet skal være på en medicinsk afdeling. Borgeren skal være 65 år eller derover på indlæggelsestidspunktet. Indlæggelser med kræft ekskluderes. Borgere defineres som ÆMI borgere fra den måned, hvor den medicinske indlæggelse finder sted og 12 måneder frem. Det vil sige, hvis indlæggelsen sker den 12. april, så vil borgeren være en ÆMI borger fra april til marts året efter. Hvis borgeren har en indlæggelse med kræft i perioden, vil borgeren ikke kunne være en ÆMI borger de næste 12 måneder. Aktiviteten for ÆMI borgere vil være for dem, som er defineret som ÆMI borgere i den måned, hvor aktiviteten foregik.

Plejhjemsbeboere

Plejhjemsbeboere findes ved at identificeres borgere i CPR, som bor på en adresse fra Sundhedsdatastyrelsens database over plejhjemsadresser. I værktøjet opgøres antal plejhjemsbeboere primo hver måned. Hvis der ses på flere måneder, vil det være antallet af plejhjemsbeboere primo den valgte periode, som bliver vist. Ved aktivitet for plejhjemsbeboere, vil det være aktivitet for borgere, som bor på plejhjem på aktivitetstidspunktet. I standardrapporterne vil aktiviteten for plejhjemsbeboere være for dem, som er plejhjemsbeboere primo måneden i den måned, hvor aktiviteten foregik.

Andre dimensioner

Alder

- Alder
- Alder (10-års intervaller)
- Alder (5-års intervaller). Rapporterne bruger denne som filter for alder.

Borger oplysninger

- Almen praksis-klynger: Data såsom aktivitet i alle sektorer kan opgøres på almen praksis-klynger. Det betyder f.eks., at ved valg af en almen praksis-klynge ved hospitalsaktivitet, vil hospitalsaktiviteten blive afgrænset til de borgere, som er tilknyttet ydere i den givne klynge.
- Betalerkommune: Betalerkommune anvendes i forhold til den kommunale medfinansiering
- Bopælskommune
- Bopælsregion
- By
- Civilstatus
- Køn
- Plejehjemsbeboere: Samme definition som measure
- Postnummer
- Sogn
- Statuskode: Angiver om personen er aktiv eller inaktiv i CPR. Alle rapporter er afgrænset til statuskode 01 og 03, men i det avancerede værktøj har brugerne selv mulighed for at afgrænse på statuskoderne.
- Udvalgte kroniske sygdomme: Samme definitioner som ved measures

Sundhedsklynger

Sundhedsklynger er primært defineret ud fra kommuner, men er dannet på baggrund af veje og husnumre. Det skyldes, at de to sundhedsklynger, hvor København indgår, er defineret ud fra vejkode og husnumre i Københavns kommune. Løsningen er dermed lavet på laveste niveau. Der er også nogle kommuner, som indgår i flere sundhedsklynger. Hvis der på sigt ønskes, at de også vil deles op, så er løsningen lavet fleksibelt, så dette er muligt. Alt data opgøres for borgere, som har bopæl i en sundhedsklynge. Det betyder f.eks., at hospitalsaktivitet opgøres for borgere, som bor i sundhedsklyngen, selvom aktiviteten ikke er foregået på et hospital, som er placeret i sundhedsklyngen. Når data opgøres på sundhedsklynger medtages kun aktive borgere med fast dansk bopæl. Det vil sige, at borgerne har statuskode 01 (Aktiv, bopæl i dansk folkeregister) i dansk folkeregister. Selvom statuskode 03 (Aktiv, speciel vejkode (9900 - 9999) også er aktive borgere, så er det borgere uden en fast bopæl. De kan derfor ikke medtages, da sundhedsklyngerne er defineret ud fra borgerens bopælsadresse.

Periode

- Kvartal
- Måned
- Måned År
- År

Sektor kontakt

Aktiviteten på hospitalet, i kommunen og hos almen praksis kan også benyttes som dimensioner. Det betyder, at man kan se på en gruppe af borgere, som har haft flere forskellige aktiviteter inden for en valgt periode.

Yderligere kan der ses på forudgående aktivitet, som skal forstås som en aktivitet, der har været forudgående den aktivitet, som man har valgt at se på i den valgte periode. På den måde er det muligt at se, om borgeren før f.eks. en kontakt til hospitalet har haft kontakt til kommunen. Den forudgående aktivitet er opgjort som aktivitet i kalendermåneden før den måned, hvori hovedaktivitet foregår. Dette er gældende for alle sektorer. Det vil sige, hvis en borger har en kontakt til hospitalet d. 16 maj, så vil den forudgående kontakt til kommunen være foregået på et tidspunkt i april måned.

Når der opgøres forudgående kontakt til kommune og almen praksis for borgere med kontakt til hospital, så er det ud fra udskrivningsdatoen. Det vil sige, at ved lange indlæggelser er den forudgående kontakt i en måned, hvor borgeren var indlagt. Sundhedsdatastyrelsen vil i videreudvikling se på muligheden for selv at vælge indskrivning eller udskrivning samt gøre den forudgående kontakt mere fleksibel i forhold til periode.

Aktiviteten i samme periode og den forudgående aktivitet er opgjort for borgere, som ved begyndelsen af en måned var aktive borgere med dansk bopæl.

Opgørelsesmetode og befolkningsgrundlag

Opgørelsesmetode

Opgørelsestidspunkt

Populationsstørrelsen opgøres som en fast størrelse (stock). Populationen opgøres primo hver måned. Hvis der ses på flere måneder, vil populationsstørrelsen være primo den valgte periode. Tilhørende oplysninger på borgerne vil også være opgjort primo den valgte periode, f.eks. bopælskommune og alder. Alt aktivitet opgøres løbende (flow). Det vil sige, at når der vælges en periode, så vil det være alt aktivitet i den periode. Oplysninger vedrørende borgerne vil blive opgjort på aktivitetstidspunktet.

Opgørelsesperiode

Værktøjet viser data fra marts 2019 og frem til nu.

Opgørelsesfrekvens

Data opdateres hver måned med det mest opdateret data fra alle datakilder. Det betyder, at datakilderne ikke er opdateret til samme måned, da der er forskellige forsinkelser i data. Yderligere opdateres data også tilbage i tid, hvis der har været ændringer. Værktøjet benytter ikke fastfrosset data, men i stedet dynamisk data. Det vil sige, hvis der har været fejl-, efterregistreringer eller andet, så vil dette blive rettet til i værktøjet.

Datakilde	Opdateringsfrekvens
Landspatientregisteret (LPR)	Månedlig
Sygesikringsregisteret (SSR)	Månedlig
Elektroniske omsorgsjournal (EOJ), månedsdata	Månedlig
Elektroniske omsorgsjournal (EOJ), årsdata	Årlig, primo sommer
Sundhedsdatastyrelsens database over plejehjemsadresser	Månedlig
Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelse (RUKS)	Kvartalsvis
Almen praksis-klynge-data	Månedlig
Yderregisteret (YDR)	Månedlig
CPR-registeret	Månedlig
Sundhedsklynge-data	Ved behov
Sundhedsvæsenets Organisationsregister (SOR)	Månedlig

Befolkningsgrundlag

I rapporterne medtages kun aktive borgere med dansk bopæl. Det vil sige, hvis borgerne har statuskode 01 (Aktiv, bopæl i dansk folkeregister) og 03 (Aktiv, speciel vejkode (9900 - 9999) i dansk folkeregister). Hvis borgerne har en anden statuskode såsom død, udrejst eller forsvundet, er borgerne ikke en del af rapporterne. Når der ses på populationstørrelsen, dvs. antal borgere, vil det være borgere, som er aktive med dansk bopæl primo den valgte periode, som er medtaget. Når der ses på aktivitet, vil borgere medtages, hvis de er aktive med dansk bopæl på aktivitetstidspunktet.

Der er yderligere afgrænsninger i nogle af rapporterne:

- Udvalgte kroniske sygdomme: Kun borgere, som er en del af RUKS, er med i denne rapport.
- Ældre: Kun borgere, som er 65 år eller derover, er med i denne rapport.
- Børn og unge: Kun borgere, som er mellem 0-25 år, er med i denne rapport.

I det avancerede værktøj er alle borgere medtaget, og brugerne skal selv afgrænse, hvis der kun skal ses på aktive borgere ved brug af statuskoden i dimensionen Borger oplysninger. Følgende statuskoder findes i det avancerede værktøj:

- 01 = aktiv, bopæl i dansk folkeregister
- 03 = aktiv, speciel vejkode (9900-9999) i deres folkeregister
- 05 = Aktiv, bopæl i grønlandsk folkeregister
- 07 = Aktiv, speciel vejkode (9900 - 9999) i grønlandsk folkeregister
- 20 = Inaktiv, uden bopæl i dansk/grønlandsk folkeregister, men tildelt personnummer af skattehensyn (kommunekoderne 0010, 0011, 0012 og 0019)
- 30 = Inaktiv, annulleret personnummer
- 50 = Inaktiv, slettet personnummer ved dobbeltnummer
- 60 = Inaktiv, ændret personnummer ved ændring af fødselsdato og køn
- 70 = Inaktiv, forsvundet
- 80 = Inaktiv, udrejst
- 90 = Inaktiv, død

Enhed

I værktøjet er det muligt at få vist data opgjort på flere måder, hvilket kaldes enheder. Følgende enheder er en del af værktøjet:

- Antal borgere (1): primo de valgte perioder.
- Antal kontakter (2): summen af kontakter for den valgte periode
- Antal borgere med kontakt (3): antal unikke borgere, som har haft kontakt i den valgte periode.
- Antal borgere med kontakt pr. 1.000 borgere (4): $(\text{Antal borgere med kontakt (3)} / \text{Antal borgere (1)}) * 1.000$

Enheden "antal borgere" bliver kun brugt nogle få steder samt til beregning af " antal borgere med kontakt pr. 1.000 borgere". I standardrapporterne bruges antal borgere med kontakt pr. 1.000 borgere ikke.

Diskretionering

Udover at data er aggregeret er det også diskretioneret i hele værktøjet. Det vil sige, at man ikke vil kunne se nogle værdier mellem 1 og 4. Hvis en beregning giver værdien 1, 2, 3 eller fire, vil dette altid blive vist som 4.