



# Appendiks

---

|       |                                                                                                                              |    |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1     | Detaljerede fortolkningsoplysninger .....                                                                                    | 4  |
| 1.1   | Indhold af datasæt 1.....                                                                                                    | 4  |
| 1.1.1 | Ikke leverede indikatorer i løbende afrapportering .....                                                                     | 4  |
| 1.1.2 | Sammenhæng mellem specifikke variable.....                                                                                   | 5  |
| 1.1.3 | Afvikling af Indikator_id og oprettelse af ny version.....                                                                   | 6  |
| 1.1.4 | Levering af "ufuldstændige" perioder .....                                                                                   | 7  |
| 1.2   | Levering af brugbare data inden indikatorens start gyldighed .....                                                           | 8  |
| 1.3   | Begrebet "Forløb" i Forløbs_id.....                                                                                          | 8  |
| 1.4   | Baggrund for begrænsede antal tegn/cifre i specifikke variable .....                                                         | 8  |
| 1.4.1 | Indikatornavn.....                                                                                                           | 8  |
| 1.4.2 | Indikatorbeskrivelse .....                                                                                                   | 9  |
| 1.5   | Indhold af datasæt 2a.....                                                                                                   | 9  |
| 1.5.1 | Aggregeringsniveauer og kombinationer i datasæt 2a .....                                                                     | 9  |
| 1.5.2 | Justerede rater og justerede andele .....                                                                                    | 10 |
| 1.5.3 | Aggregerede mål .....                                                                                                        | 10 |
| 2     | Krav til konsistens i datasæt 6 mellem leveringer .....                                                                      | 13 |
| 3     | Kobling mellem 2b og 2a via Organisation_rapport.....                                                                        | 13 |
| 3.1   | Cases der beskriver den organisatoriske kobling mellem 2a og 2b .....                                                        | 14 |
| 3.1.1 | Case 1 – ingen forskel på Organisation og Organisation_rapport, registrering og afrapportering på samme kode .....           | 14 |
| 3.1.2 | Case 2 – forskel på Organisation og Organisation_rapport, <i>men samme afdeling</i> .....                                    | 14 |
| 3.1.3 | Case 3 – forskel på Organisation og Organisation_rapport, forskellige afdelinger på samme sygehus eller i samme region ..... | 14 |
| 3.1.4 | Case 4 – forskel på Organisation og Organisation_rapport, <i>forskellige sygehuse i samme region</i> .....                   | 15 |
| 3.1.5 | Case 5 – forskel på Organisation og Organisation_rapport, <i>men samme over afdeling</i> .....                               | 16 |
| 4     | Koblinger af data i Bred Generisk Model.....                                                                                 | 17 |
| 5     | Detaljerede oplysninger for konkrete sygdomsområder .....                                                                    | 20 |
| 5.1   | DECV .....                                                                                                                   | 20 |
| 5.2   | Dansk Lungecancer Register (DLCR) .....                                                                                      | 20 |
| 5.3   | (Udgået).....                                                                                                                | 21 |
| 5.4   | Den Nationale Skizofrenidatabase (SKIZOFRENI) .....                                                                          | 21 |
| 5.5   | Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler .....                                                                                    | 21 |
| 5.6   | Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL).....                                                                 | 21 |
| 5.7   | Sclerosebehandlingsregistret .....                                                                                           | 22 |
| 5.8   | HAIBA.....                                                                                                                   | 23 |
| 6     | Oversigt over aktuelle leveringer og officielle forkortelser.....                                                            | 23 |
| 7     | Forskelle mellem løbende leveringer og årsrapporter .....                                                                    | 23 |



|     |                                                                                       |    |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 7.1 | DaProCa (prostatacancer) .....                                                        | 24 |
| 8   | Specielle afrapporteringsformer .....                                                 | 24 |
| 8.1 | Afrapportering af Poissonrater.....                                                   | 24 |
| 8.2 | Afrapportering af indikator typen (en simpel) rate per 100.000 indbygger .....        | 26 |
| 8.3 | Standardiseret MortalitätsRate (SMR) for Databasen for Akutte Hospitalskotakter ..... | 27 |
| 9   | Eksempler på anvendelse og afrapportering af data .....                               | 28 |
| 9.1 | Anvendelse af datasæt 6 til dannelse af patientlister .....                           | 28 |

| <i>Dato</i> | <i>Versions-<br/>nr</i> | <i>Dokumenttitel</i>                          | <i>Ansvarlig/forfatter</i> | <i>Evt.ændringer</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------|-------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30.10.2013  | 1.1                     | Appendiks til Dokumentation af Generisk Model | KCKS-Vest/AMSH             | Detaljerede leveringsoplysninger, DLCR<br><br>Opdateret link til sygdomsområdernes forkortelser<br><br>Oplysninger om indhold af datasæt 2a                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 6.11.2013   | 1.2                     |                                               | KCKS-Vest/AQR              | Indført indholdsfortegnelse og ændring af opbygning.<br><br>Baggrund for begrænsede antal tegn/cifre i specifikke variabler (indikatornavn og indikatorbeskrivelse)<br><br>Sammenhæng mellem specifikke variabler<br><br>Indført at alle variable som indgår i modellen står skrevet med <b>fed</b> når der henvises til disse i nærværende dokument.<br><br>Oplysninger om levering for Landsdækkende database for Geriatri |
| 15.01.2014  | 1.3                     |                                               | KCKS-Vest/AQR              | Tilføjelse af afsnit 4 med underpunkt afsnit 4.1 DaProCa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 07.04.2014  | 1.4                     |                                               | KCKS-Vest/AQR              | Uddybende beskrivelse til afsnit 1.1.2.1. Tilføjelse af afsnit 1.5.2 omkring justerede resultater, 0 om aggregerede mål, <b>Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.</b> , 5.4. omhandlende d atabasespecifikke detaljer.                                                                                                                                                                                                         |
| 04.08.2014  | 1.5                     |                                               | KCKS-Vest/AQR              | Udvidelse af afsnit 2.3 svarende til ændringer sket i forbindelse med levering af juni 2014.<br><br>Tilføjelse af afsnit 2.7.                                                                                                                                                                                                                                                                                                |



|            |      |                                                                                  |               |                                                                                                                                                              |
|------------|------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30.09.2014 | 1.6  |                                                                                  | KCKS-Vest/AQR | Tilføjelse til afsnit 5.3 vedrørende DBCG, ændring af patientpopulation                                                                                      |
| 20.10.2014 | 1.7  |                                                                                  | DFS/AQR       | Tilføjelse af afsnit 2.8                                                                                                                                     |
| 19.12.2014 | 1.8  |                                                                                  | DFS/AQR       | Tilføjelse af kapitel 5 og 6                                                                                                                                 |
| 08.06.2015 | 2.0  |                                                                                  | DFS/AQR       | Gennemgang af forældede punkter for specifikke databaser samt i relation til revision af modellen.                                                           |
| 31.08.2015 | 2.1  |                                                                                  | DFS/AQR       | Tilføjelse af cases til beskrivelse af anvendelsen af Organisation og Organisation_rapport                                                                   |
| 25.09.2015 | 2.2  |                                                                                  | DFS/AQR       | Opdatering af beskrivelse for DBCG, afsnit 5.3.<br>Uddybning af beskrivelse af afsnit 1.5.2<br>Nyt afsnit 1.1.4 til beskrivelse af "ufuldstændige perioder". |
| 4.01.2016  | 2.3  |                                                                                  | DFS/AQR       | Tilføjelse af nyt kapitel 0<br><br>Koblinger af data i Bred Generisk Model. Svarende til beskrivelse udsendt til regionerne d. 18. december 2015             |
| 8,3,2016   | 2.4. |                                                                                  | DFS/ANNHAN    | Tilføjelse af krav til konsistens i datasæt 6 mellem leveringer<br>Tilføjelse i relation til indførsel af nye aggregering_org                                |
| 5.4.2016   | 2.5  |                                                                                  | DFS/ANNHAN    | Opdatering af henvisninger til afsnit og opdatering jf. ændring i længde på Enhed ifm. tidligere revision.                                                   |
| 30.6.16    | 2.6  |                                                                                  | DFS/ANNHAN    | Opdatering i afsnit om Poissonrater og tilføjelse af afsnit om afrapportering for HAIBA                                                                      |
| 30.11.17   | 2.7  |                                                                                  | RKKP/ANNHAN   | Tilføjelse af særlig fortolkning omkring Sklerose og afrapportering af rater samt få opdateringer af øvrige afsnit                                           |
| 10.12.18   | 2.8  | Appendiks til Dokumentation af Kliniske Kvalitetsdatabasers Afrapporteringsmodel | RKKP/JEKJHA   | Justeret tekst i afsnit 5.8 vedr. HAIBA.<br>"Generisk model" rettet til "Kliniske Kvalitetsdatabasers Afrapporteringsmodel" (KKA)                            |
| 21.10.20   | 2.9  | DO                                                                               | RKKP/Annhan   | Ændring af særlig fortolkning omkring Sklerose ifm. omlægning af afrapportering                                                                              |
| 27.11.2024 | 2.10 |                                                                                  | RKKP/CarAgg   | Ajourført link til leveringskalenderen i afsnit 6.<br>Slettet afsnit 5.3 (om DBCG).                                                                          |



# 1 Detaljerede fortolkningsoplysninger

Følgende del af dokumentationen af Kliniske Kvalitetsdatabasers Afrapporteringsmodel (KKA) er tiltænkt en teknisk målgruppe og beskriver specielle tilfælde i modellen og hvordan data skal fortolkes i sådanne tilfælde. Dokumentet tænkes udbygget med tiden med alle tilfælde som ikke umiddelbart beskrives af den generelle dokumentation og er således ikke et endeligt tillæg til dokumentationen af modellen.

## 1.1 Indhold af datasæt 1

### 1.1.1 Ikke leverede indikatorer i løbende afrapportering

Ved indikatorer der ikke leveres i løbende leveringer udfyldes variablen **Leveret=2**, i Tabel 1.1 ses hvilke variable, der i sådanne tilfælde, skal være udfyldt. Den givne indikator vil således ikke være at finde i hverken datasæt 2a eller 2b.

Tabel 1.1 Liste over variable der udfyldes ved Leveret=2. + indikerer at variablen skal udfyldes, - indikerer at variablen ikke udfyldes da det ikke er relevant for den enkelte variabel når der ikke leveres data.

|                      |                                                                                                                      |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Database             | +                                                                                                                    |
| Indikator_id         | +                                                                                                                    |
| Indikatornummer      | +                                                                                                                    |
| Indikatornavn        | +                                                                                                                    |
| Indikatorbeskrivelse | +                                                                                                                    |
| Indikatorformat      | -                                                                                                                    |
| Standard             | +                                                                                                                    |
| Standard_max         | + hvis relevant for indikator                                                                                        |
| Standard_komplethed  | + hvis relevant for indikator                                                                                        |
| Standard_type        | +                                                                                                                    |
| Forbedringsretning   | + hvis relevant for indikator                                                                                        |
| Indikatorstatus      | +                                                                                                                    |
| Delindikator         | + hvis relevant for indikator                                                                                        |
| Gyldighed_start      | +                                                                                                                    |
| Gyldighed_slut       | + hvis relevant for indikator                                                                                        |
| CI_visning           | -                                                                                                                    |
| CI_beregning         | -                                                                                                                    |
| Aggregering_tid      | -                                                                                                                    |
| Aggregering_org      | -                                                                                                                    |
| Kommentar            |                                                                                                                      |
| Leveret              | =2                                                                                                                   |
| Leveret_kommentar    | Obligatorisk: Udfyldes med begrundelse for hvorfor der kun er levering i forbindelse med årsrapporter eller lignende |
| Tidsreference        | -                                                                                                                    |
| Enhed                | -                                                                                                                    |
| Tidsforskydning      | -                                                                                                                    |
| Tidsfors_enhed       | -                                                                                                                    |



|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>Datakilde_opdateret</b> | - |
| <b>Opgøer_start</b>        | - |
| <b>Opgøer_slut</b>         | - |

### 1.1.2 Sammenhæng mellem specifikke variabler

For flere variabler i modellen, er der en direkte sammenhæng mellem hvordan de skal udfyldes for en indikator hvis specielle forhold er opfyldt, de generelle og særlige tilfælde forsøges beskrevet nedenfor.

#### 1.1.2.1 Tidsforskydning og Tidsfors\_enhed herunder effekt på Opgøer\_slut

For indikatorer hvor der er en opfølgningstid anvendes **Tidsforskydning** og **Tidsfors\_enhed** til, at angive størrelsen af tidsforskydningen og dermed, hvor lang opfølgningstid der er for den enkelte indikator. Der skal i angivelsen af **Opgøer\_slut** være taget højde for tidsforskydningen, da der ikke må leveres opgørelser uden endt opfølgningstid. Eksempelvis kan 1 års dødelighed først opgøres når der er gået 1 år fra den pågældende **Dato\_skaering** (Operationsdato, udskrivningsdato eller lign.), det betyder, at der på udtrækstidspunktet (**Datakilde\_opdateret**) skal være gået mindst 1 år fra **Dato\_skaering** før end indikatoren kan beregnes på den enkelte patient.

Eksempel:

I datasæt 1 angives for indikator med 30 dages opfølgningstid:

**Indikator\_id="Apo\_10\_001", Tidsforskydning=30, Tidsfors\_enhed="D", Opgøer\_slut="generel Opgøer\_slut"<sup>1</sup>-Tidsforskydning**

I datasæt 2b begrænses opgørelserne på denne indikator som **Dato\_skaering<=Opgøer\_slut** for indikatoren.

I datasæt 2a kan der derfor ikke være tilfælde **Periode\_start>=Opgøer\_slut**.

Det vil sige, at der for en indikator med opfølgningstid IKKE leveres resultater hvorpå opfølgningsperioden ikke er afsluttet.

#### 1.1.2.2 Standard, Standard\_max, og Forbedringsretning

**Standard** udfyldes såfremt databasens styregruppe har fastsat en standard for opfyldelsesgraden af den enkelte indikator.

**Standard\_max** udfyldes kun i de tilfælde hvor **Forbedringsretning="I"**, hvilket angiver at standarden for indikatoren er et interval der skal ligge mellem **Standard** og **Standard\_max**.

---

<sup>1</sup> **Opgøer\_slut** svarende til seneste periode(periode/-måned/-kvartal) hvormed data meningsfuldt kan opgøres i forhold til udtrækstidspunkt (**Datakilde\_opdateret**) af data for den pågældende indikator.



#### Eksempel:

**Forbedringsretning="I", Standard=8, Standard\_max=12.** **Standard\_max** skal kun udfyldes hvis **Forbedringsretning=I**. (Eksemplet angiver at mellem 8 og 12 % af patienterne bør opfylde indikatorbetingelser)

Hvis **Forbedringsretning=">="** og **Standard=90**, betyder det at standarden er, at mindst 90 % af patienterne bør opfylde den givne indikator: f.eks. 90 % bør indlægges på apopleksienhed inden for 2. indlæggelsesdøgn.

Hvis **Forbedringsretning="<="** og **Standard=10**, betyder det at standarden er, at højst 10 % af patienterne må opfylde den givne indikator: f.eks. højst 10 % af patienterne må dø inden for 30 dage.

Forbedringsretning skal udfyldes hvis **Standard** er udfyldt og må udfyldes med enten < eller > hvis **Standard** ikke er udfyldt, alene for at angive om en høj eller lav værdi er ønskværdig.

#### 1.1.3 Afvikling af Indikator\_id og oprettelse af ny version

Datasæt 1 vil med tiden indeholde historikken for udviklingen af den pågældende databases indikatorsæt.

Indikator id'er oprettes efter princippet: **Indikator\_id**=Database + indikatorciffer + indikatorversion adskilt af\_, således at **Indikator\_id**=DB\_01\_001.

I tilfælde hvor en given indikator afvikles fuldstændig og der ikke er tale om ændring af en indikator, sættes **Gyldighed\_slut** til den dato databasens styregruppe har besluttet indikatoren afvikles fra. I variabelen **Kommentar** angives begrundelsen for afvikling af indikatoren. Hvis man beslutter at data ikke leveres for den afviklede indikator sættes **Leveret=2** og punkterne fra afsnit 1.1.1 når **Leveret=2** følges. Som angivet i dokumentationen af modellen, vil metoden der anvendes til afvikling og nyoprettelse af indikatorer afhænge af hvilken ændring der er sket i indikatoren, her findes to mulige tilfælde.

- er ændringen stor, således man ikke med rette kan sige at der er tale om den samme indikator, skal **Indikator\_id** afvikles som beskrevet ovenfor og der oprettes et nyt **Indikator\_id** i datasæt 1, dvs. nyt indikatorciffer med indikatorversion =001. I **Kommentar** angives begrundelsen for afviklingen af indikatoren. Det kan eksempelvis være ændringer hvor der er tale om ny patientpopulation.
- er ændringen af mindre karakter, således der stadig er tale om den samme indikator man overvåger, afvikles den pågældende indikator og en ny oprettes med samme indikatorciffer men med ny indikatorversion. I **Kommentar** angives for første version af indikatoren hvilken ændring der er sket i indikatoren, det kan eksempelvis være ny standard ændring i ordlyd af indikator mm.

#### Eksempel:

I datasæt 1 angives:

**Oprindelig indikator:**



**Indikator\_id="DB\_05\_001", Gyldighed\_start="01052012" Gyldighed\_Slut="31122013", Leveret=2, Kommentar="Indikatoren har fået ny standard", CI\_visning=., CI\_beregning=., Aggregering\_tid=", Aggregering\_org=", Tidsreference=., Enhed=", Tidsforskydning=", Tidsfors\_enhed=, Datakilde\_opdateret=, Opgoer\_start=, Opgoer\_slut=.**

**Ny version af indikator:**

**Indikator\_id="DB\_05\_002", Gyldighed\_start="01012014" Gyldighed\_Slut="", Leveret=1, Opgoer\_start=, Opgoer\_slut=.**

Generelt:

Det vil sige at **Gyldighed\_slut** og **Gyldighed\_start** udfyldes som følger **Gyldighed\_start** (for **Indikator\_id=DB\_01\_002**) = **Gyldighed\_slut**+1 dag (for **Indikator\_id=DB\_01\_001**)

De resterende variabler udfyldes svarende til indikatoren.

#### 1.1.4 Levering af "ufuldstændige" perioder

Fra og med d. 25. marts 2015 er vedtaget, at leverandør ikke afskærer opgørelserne til nærmeste hele periode (svarende til **Aggregering\_tid**) men leverer alle opgørelser frem til dato for **Datakilde\_opdateret** (med mindre der er klinisk begrundelse for andet). Det er herefter op til modtagersystemerne at "skære af" eller angive relevante oplysninger i visningen, så opgørelserne fortsat er relevant vist i modtagersystemerne.

Der skal fortsat være fuldstændig overensstemmelse mellem indhold af datasæt 2b og 2a, dvs. at der kan være aggregerede data på ikke afsluttede måneder og kvartaler, svarende til at de aggregerede årsresultater opdateres løbende henover året.

Eksempel:

For en levering med **Leveringsdato=20may2015**:

I datasæt 1: **Indikator\_id="DB\_10\_001", Aggregering\_tid=K** (kvartal),  
**Datakilde\_opdateret="10may2015", Opgoer\_slut="10may2015"**

I datasæt 2b: **Indikator\_id="DB\_10\_001", Forloeb\_id=001, Dato\_skaering="1may2015", Naevner=1, Taeller=1.**

I datasæt 2a: Patienten beskrevet ovenfor vil indgå i aggregeret resultat med **Periode\_start="1apr2015"** som indeholder aggregering af data fra 1. april 2015 til **Opgoer\_slut**, dvs. 10. maj 2015. Dvs. det aggregerede kvartalsresultat er ufuldstændigt og indeholder kun en måned og 10 dages datagrundlag fra 2b.

Med samme eksempel som ovenfor, men med **Tidsforskydning=30, Tidsfors\_enhed=D, Opgoer\_slut="10apr2015"** vil den givne patient ikke indgå i det aggregerede resultat i datasæt 2a.



Det aggregerede resultat i 2a, vil i dette eksempel kun indeholde 10 dages datagrundlag fra datasæt 2b.

Generelt:

Hvis **Periode\_start**+ **Periode\_laengde** er større end **Opgøer\_slut**, betyder det, at der er tale om aggregering af en ikke fuldstændig periode. Det er her op til modtagersystemerne at sikre, at resultaterne vises relevant.

## 1.2 Levering af brugbare data inden indikatorens start gyldighed

Det er i princippet ikke tilladt at afrapportere data på en indikator inden den officielt er en indikator. I de tilfælde, hvor en der for en nyoprettet indikator findes brugbare data tilbage i tiden, anvendes følgende metode til at anvende disse data i opgørelserne:

Indikatoren angives med **Opgøer\_start** FØR **Gyldighed\_start**. **Gyldighed\_start** vil være indikatorens officielle start, mens **Opgøer\_start** vil være tidspunktet, hvorfra der foreligger valide resultater.

Eksempel:

I datasæt 1 angives:

**Indikator\_id**="Apo\_05\_001", **Indikatorformat**="O", **Gyldighed\_start**="01052012"  
**Gyldighed\_Slut**="", **Opgøer\_start**="01012010", **Opgøer\_slut**="31042013"

Først når en indikator udgår af indikatorsættet sættes en dato i **Gyldighed\_Slut**.

## 1.3 Begrebet "Forløb" i Forloeb\_id.

Det er vigtigt, at understrege, at "Forløb" kan dække over noget forskelligt i forskellige databaser – og igen bruges forskelligt i administrative systemer. I KKA refererer "Forløb" til den del af behandlingen, der indgår i en given opgørelse. Der henvises til databasens datadefinitioner/anden dokumentation for oplysninger om, hvordan resultaterne opgøres i databasen.

## 1.4 Baggrund for begrænsede antal tegn/cifre i specifikke variable

For alle modellens variable er angivet et antal tegn/cifre som variablen maksimalt kan indeholde, nedenfor angives baggrunden for de variable som fra leverandørs side kan virke meget begrænsede i antallet af tegn.

### 1.4.1 Indikatornavn

**Indikatornavn** er begrænset til 30 tegn, hvilket er meget kort for flere databasers vedkommende. Variablen skal angive det kortest mulige, sigende navn for en given indikator og skal være unik indenfor databasen. Variablen anvendes i modtagersystemer i forbindelse med grafer og lignende visning af resultater, længden er det maksimale af hvad man kan anvende i disse typer visning i regionerne. Det anbefales at man bruger de angivelser/indikatornumre der anvendes i årsrapporter som start på indikatornavn, det være sig romertal og deslige. Eksempelvis **Indikatornavn**="IIa Mortalitet, 30 dage".



### 1.4.2 Indikatorbeskrivelse

Variablen **Indikatorbeskrivelse** er begrænset til maksimalt 200 tegn og forventes at kunne rumme en sigende og fyldestgørende beskrivelse af den enkelte indikator. Såfremt brugere af data ønsker mere specifikke beskrivelser af indikatorer henvises til den enkelte databases dokumentation.

## 1.5 Indhold af datasæt 2a

Datasæt 2a indeholder de beregnede resultater for den givne database. Data er dermed ikke på personniveau men derimod som beregnede resultater for afdelinger, regioner og på landsplan.

### 1.5.1 Aggregeringsniveauer og kombinationer i datasæt 2a

Resultaterne er beregnet for alle kombinationer mellem de to grupper "Tid" og "Organisation\_rapport" med følgende opgørelsesniveauer:

#### Tid

- Måned (kalender)
- Kvartal (kalender)
- År (kalender)

#### ORGANISATION RAPPORT

- Afdelings/(afsnits)niveau (SKS7) (både privat og offentlig)
- (Over)afdelingsniveau (SKS6) (både privat og offentlig)
- Resultat for kommune
- Sygehusniveau (både privat og offentlig)
- Regionsniveau (sv.t. totaler for de fem regioner og ét total for privathospitalerne dvs. seks niveauer i alt)
  - Regionsniveau angives med følgende organisationskoder
    - 1081=Region Nordjylland
    - 1082=Region Midt
    - 1083=Region Syddanmark
    - 1084=Region Hovedstaden
    - 1085=Region Sjælland
    - 1099=Privat Hospitaler
- Landsniveau (som indeholder resultater for både privat og offentlige afdelinger)

Hvis KOM (kommune) angives i Aggregering\_org (datasæt 1), skal der som minimum også afrapporteres på landsniveau (regionsniveau er valgfri).



Niveauer udelades, hvis der ikke kan afrapporteres meningsfuldt på dem (angives via variablene **Aggregering\_tid** og **Aggregering\_org** i datasæt 1).

### 1.5.2 Justerede rater og justerede andele

Visse indikatorer afrapporteres som justerede resultater, dette angives i datasæt 1 ved **Indikatorformat**=Just\_a eller =Just\_r, for henholdsvis justeret andel eller justeret rate. Ofte vil indikatoren ikke indgå i datasæt 2b, men kun i datasæt 2a. De justerede resultater kan med fordel vises sammen andelsindikatoren der ligger til grund for de justerede resultater (her vil der være data i datasæt 2b), hvis der eksempelvis er tale om SMR (Standardiseret mortalitets rate), kan man vælge at visningen af mortalitetsindikatoren sker sammen med indikatoren med SMR resultatet. Dette kan enten gøres ved anvendelse af variablen **Delindikator** hvor sorteringsvariablen **Indikatornummer** afspejler at de to resultater hænger sammen. Hvis der er tale om to selvstændige indikatorer (eller forskellig grundpopulation), anvendes **Delindikator** ikke, her vil det kun være **Indikatornummer** der angiver sammenhæng mellem de to resultater.

Ofte er det nationale niveau der per definition er referencen for justerede resultater, hvilket betyder at afdelinger/sygehuse og regioners resultater vil fordele sig omkring denne. Idet referencen sættes til 100 betyder det, at man i KKAs resultater i variablen **Vaerdi** vil kunne finde resultater som ligger under og over 100. På samme måde kan både **CI\_nedre** og **CI\_oevre** ligge under og over værdien 100.

### 1.5.3 Aggregerede mål

For enkelte områder leveres to aggregerede procesmål ([Indikatorformat]='Agg').

De to aggregerede mål er:

- All-or-None
- Opnået proceskvalitet (også kaldet Beth McGlynn)

Opgørelserne er baseret på et ønske om at give et simpelt overblik over behandlingskvaliteten ift. evidensbaserede processer. I Tabel 1.3 fremgår, hvilke indikatorer er inkluderet for de respektive sygdomsområder. Nedenfor angives beregningsmetoder og i Tabel 1.2 er indsat resultateksempler for de to mål

For hvert enkelt patientforløb, der indgår i en given database, opgøres, hvor stor en andel af de relevante procesindikatorer er opfyldt.

Hvis en patient med hoftebrud f.eks. har:

- fået foretaget en smertevurdering,
- fået vurderet at brudprofylakse ikke er relevant,
- fået vurderet funktionsniveauet før hoftebruddet,
- fået vurderet funktionsniveauet ved udskrivning og
- ikke har fået vurderet ernæringsrisikoen

så vil den opgjorte andel af relevante indikatorer opfyldt for denne patient være 75 % (3 ud af 4 relevante indikatorer er blevet opfyldt). Altså vil patienten have modtaget 75 % af den samlede behandlingspakke.



Opnået proceskvalitet og All-or-None er parallelle aggregerede mål. Hvor det er de samme processer for hver enkelt patient/patientforløb, der indgår i resultatet og dermed vil resultatet på patientniveau være det samme.

De aggregeres dog forskelligt:

I All-or-None angives, hvor stor en andel af patienter, der opfylder 100 % af indikatorerne (populært sagt: patientcentrisk mål). I "opnået proceskvalitet" angives, hvor mange mulige processer afdelingen har givet (populært sagt: afdelingscentrisk mål).

**Tabel 1.2 Beregningseksempel**

|                   | Resultater på patientniveau                   |                                               | Afdelingsresultat, All-or-None                | Afdelingsresultat, Samlet proceskvalitet |
|-------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Afdeling 1</b> | <u>Patient 1:</u><br>Opfylder 1/5 indikatorer | <u>Patient 2:</u><br>Opfylder 5/5 indikatorer | 1/2 patienter opfylder alle indikatorer=50 %, | 6/10 indikatorer opfyldt=60 %            |
| <b>Afdeling 2</b> | <u>Patient 3:</u><br>Opfylder 4/5 indikatorer | <u>Patient 4:</u><br>Opfylder 4/5 indikatorer | 0/2= patienter opfylder alle indikator=0 %    | 8/10 indikatorer opfyldt=80 %            |

Samlet proceskvalitet angives altid som en andel i både datasæt 2a og 2b, mens all-or-none afrapporteres som:

- Andel af patienter, der modtager den fulde behandlingspakke (Ren all-or-none og tilsvarende resultateksempel i )

Med de følgende supplerende opgørelser i datasæt 2a:

- Andel af patienter, der modtager mellem 0 og 25 % af behandlingspakken
- Andel af patienter, der modtager mellem 25 og 50 % af behandlingspakken
- Andel af patienter, der modtager mellem 50 og 75 % af behandlingspakken
- Andel af patienter, der modtager mellem 75 og 99 % af behandlingspakken

**Tabel 1.3 Oversigt over sygdomsområder, hvor de aggregerede mål leveres og hvilke procesindikatorer er inddraget**

| Forkortelse | Database                       | Inkluderede indikatorer                                                                                       |
|-------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DAP</b>  | <b>Dansk Apopleksiregister</b> | DAP_01_001: Indlæggelse på apopleksienhed<br>DAP_02_001:Trombocythæmmerbehandling<br>DAP_03_001:AK-behandling |



|               |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |                                                             | DAP_04_001:CT/MR scanning<br>DAP_05_001:Vurdering ved fysioterapeut<br>DAP_06_001:Vurdering ved ergoterapeut<br>DAP_07_001: Tidlig Mobilisering<br>DAP_08_001: Vurdering af ernæringsrisiko<br>DAP_09_001:Indirekte synketest<br>DAP_10_001: Direkte synketest<br>DAP_11_001: Angiografi af halskar |
| <b>DHD</b>    | <b>Dansk Hjertesvighs Database</b>                          | DHD_01_001: Ekkokardiografi<br>DHD_02_001: NYHA<br>DHD_03_001: Ace-hæmmer<br>DHD_04_001: Betablokker<br>DHD_06_001 Fysisk træning<br>DHD_07_001: Patientundervisning                                                                                                                                |
| <b>DVDD</b>   | <b>Dansk Voksen-Diabetes Database</b>                       | DVDD_01_001: HbA1c – langtidsblodsukker<br>DVDD_03_001: Blodtryk<br>DVDD_06_001: Måling af kolesterol<br>DVDD_08_001: Undersøgelse af nyrefunktion<br>DVDD_10_001: Øjenundersøgelse - 2 år<br>DVDD_12_001: Fodundersøgelse - 2 år                                                                   |
| <b>Hofter</b> | <b>Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud</b> | HOFTER_01_001: Smerter<br>HOFTER_02_001: Tidlig mobilisering<br>HOFTER_03_002: Basismobilitet ved udskrivelse<br>HOFTER_04_001: Rehabilitering<br>HOFTER_05_001: Profylakse osteoporose<br>HOFTER_06_001: Profylakse fald<br>HOFTER_19_001: Basismobilitet før fraktur                              |
| <b>KOL</b>    | <b>Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom</b>    | KOL_01_001: Lungefunktion<br>KOL_03_001: Ernæringstilstand<br>KOL_04_001: Åndenød<br>KOL_05_001: Rygestatus<br>KOL_06_001: Rygestop<br>KOL_07_002: KOL-rehabilitering                                                                                                                               |
| <b>Perfv</b>  | <b>Perforation, Akut Kirurgi Databasen</b>                  | Perfv_01_001: Tid til operation<br>Perfv_02_001: Peritonitbehandling<br>Perfv_03_001: Reoperation                                                                                                                                                                                                   |



|              |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|              |                                                 | Perfv_04_001: Vægtkontrol<br>Perfv_05_001: Væskebalance<br>Perfv_06_001: Postoperativ monitorering<br>Perfv_07_001: Eradikationsbehandling                                                                                                                  |
| <b>Ulcus</b> | <b>Blødende mavesår, Akut Kirurgi Databasen</b> | Ulcus_01_001: Kredsløbspåvirkning<br>Ulcus_02_001: Endoskopi<br>Ulcus_03_001: Beh./Terapeutisk endoskopi<br>Ulcus_05_001: Endoskopisk beh. af reblødning<br>Ulcus_06_001: Kir.beh. af primær-/reblødning (vendt om)<br>Ulcus_07_001: Eradikationsbehandling |

## 2 Krav til konsistens i datasæt 6 mellem leveringer

Enhver levering i KKA skal være fuldstændig – dvs. datasæt 6 skal leveres komplet ift. enhver levering. Derudover er følgende gældende, når det gælder konsistens mellem leveringer;

- Der er **ikke** krav om, at [Eksklusions\_id] skal være unik på tværs af leveringer over tid ml. løbende afrapportering/årsrapportering inden for samme sygdomsområde
- Der er **ikke** krav om, at eksklusionsbegrundelser ([Eksklusion]) genbruges på tværs af sygdomsområder
- Der **er** krav om konsistens i [Eksklusion] på tværs af løbende/årsrapportleveringer inden for samme sygdomsområde.

## 3 Kobling mellem 2b og 2a via Organisation\_rapport

I anden ordinære revision af modellen, gennemført fra 1. juni 2015, er en større ændring indført i angivelsen af det organisatoriske tilhørsforhold for resultaterne. Ændringen medfører, at det nu er muligt, at angive sammenlægninger af afdelinger i aggregeringen af resultater, samtidig med at afrapporteringen af personfølsomme data fortsat er afrapporteret på den afdeling som behandlingen er registreret på. Nedenstående cases uddyber den almindelige dokumentation og beskriver anvendelsen af variablene **Organisation** og **Organisation\_rapport** i koblingen mellem datasæt 2a og 2b.



### 3.1 Cases der beskriver den organisatoriske kobling mellem 2a og 2b

#### 3.1.1 Case 1 – ingen forskel på Organisation og Organisation\_rapport, registrering og afrapportering på samme kode

I dette tilfælde kodes de to felter ens: Tabel 3.1.1 Case 1

| Database | Indikator_id | Forloeb_id | Interventions_id | CPR | Organisation | Organisation_rapport | Dublet_org | Dato_skaering |
|----------|--------------|------------|------------------|-----|--------------|----------------------|------------|---------------|
| DNSL     | DNSL_03_001  | 444        | 444              | 1   | 400103       | 400103               |            | 02-01-2015    |
| DNSL     | DNSL_03_001  | 5698       | 5698             | 2   | 400103       | 400103               |            | 07-01-2015    |
| DNSL     | DNSL_03_001  | 2315       | 2315             | 3   | 400103       | 400103               |            | 04-01-2015    |

Beskrivelse: Standard afrapportering. Organisation og Organisation\_rapport er ens.

#### 3.1.2 Case 2 – forskel på Organisation og Organisation\_rapport, men samme afdeling

I dette tilfælde kodes de to felter forskelligt: **Organisation\_rapport** sættes lig den afdeling som, de to afdelingers resultater ønskes afrapporteret samlet til:

Tabel 3.1.2 Case 2

| Database | Indikator_id | Forloeb_id | Interventions_id | CPR | Organisation | Organisation_rapport | Dublet_org | Dato_skaering |
|----------|--------------|------------|------------------|-----|--------------|----------------------|------------|---------------|
| DNSL     | DNSL_03_001  | 444        | 444              | 1   | 4001030      | 4001030              |            | 02-01-2015    |
| DNSL     | DNSL_03_001  | 5698       | 5698             | 2   | 4001039      | 4001030              |            | 07-01-2015    |
| DNSL     | DNSL_03_001  | 2315       | 2315             | 3   | 4001039      | 4001030              |            | 04-01-2015    |

Beskrivelse: Oplysninger indrapporteres på afsnitsniveau, men ønskes afrapporteret på afdelingsniveau.

#### 3.1.3 Case 3 – forskel på Organisation og Organisation\_rapport, forskellige afdelinger på samme sygehus eller i samme region

I dette tilfælde kodes de to felter forskelligt: Organisation\_rapport sættes lig den afdeling som de to afdelingers resultater ønsket afrapporteret til:

Tabel 3.1.2 Case 3

| Database | Indikator_id | Forloeb_id | Interventions_id | CPR | Organisation | Organisation_rapport | Dublet_org | Dato_skaering |
|----------|--------------|------------|------------------|-----|--------------|----------------------|------------|---------------|
| DNSL     | DNSL_03_001  | 444        | 444              | 1   | 4001030      | 4001030              |            | 02-01-2015    |
| DNSL     | DNSL_03_001  | 5698       | 5698             | 2   | 4001039      | 4001030              |            | 07-01-2015    |
| DNSL     | DNSL_03_001  | 2315       | 2315             | 3   | 4001040      | 4001030              |            | 04-01-2015    |



Anm.: 4001030 = Bornholm, Medicinsk sengeafs.; 4001039 = Bornholm, Medicinsk ambulatorium;  
4001040 = Bornholm, Kirurgisk sengeafsnit.

Beskrivelse: Oplysninger indrapporteres på forskellige afdelinger (på samme fysiske sygehus eller i samme sygehusenhed), men ønskes afrapporteret på det, som man har udpeget som den *ansvarlige* afdeling.

**Eksempel:** OUH er udpeget som ansvarlige udredende afdeling for kræftpakkeforløb på Fyn. Afrapportering bør derfor ske på OUH's afdelingskode (**Organisation\_rapport**), selvom nogle udredninger fysisk foretages i Svendborg eller Middelfart (**Organisation**). *Muligt problem pga. sammenblanding af afdelinger, det er her essentielt at modtagersystemerne sikrer retmæssig visning af resultaterne, og at kun brugere med klinisk relevant adgang (egen afdeling) har adgang til CPR resultater for de pågældende afdelinger i opgørelsen.*

### 3.1.4 Case 4 – forskel på Organisation og Organisation\_rapport, forskellige sygehuse i samme region

I dette tilfælde kodes de to felter forskelligt: **Organisation\_rapport** sættes lig den afdeling som de to afdelingers resultater ønsket afrapporteret til, datasæt 2b:

Tabel 3.1.3.1 Case 4: Datasæt 2b

| Database | Indikator_id | Forloeb_id | Interventions_id | CPR | Organisation | Organisation_rapport | Dublet_org | Dato_skaering |
|----------|--------------|------------|------------------|-----|--------------|----------------------|------------|---------------|
| ADHD     | ADHD_01_001  | 1170       | 47290            | 1   | 6600114      | 6600111              |            | 06jun2013     |
| ADHD     | ADHD_01_001  | 2767       | 38423            | 2   | 6600114      | 6600111              |            | 11dec2013     |
| ADHD     | ADHD_01_001  | 5437       | 39694            | 3   | 6600114      | 6600111              |            | 08apr2014     |
| ADHD     | ADHD_01_001  | 970        | 43265            | 4   | 6600111      | 6600111              |            | 17jun2014     |
| ADHD     | ADHD_01_001  | 939        | 38004            | 5   | 660011B      | 660011A              |            | 02oct2013     |
| ADHD     | ADHD_01_001  | 2311       | 43094            | 6   | 660011J      | 660011A              |            | 24mar2014     |
| ADHD     | ADHD_01_001  | 21         | 36045            | 7   | 660011J      | 660011A              |            | 17apr2013     |

Tabel 3.1.4.2: Datasæt 2a

| Database | Indikator_id | Organisation_rapport | Organisation_navn | Periode_start | Periode_laengde | Naevner |
|----------|--------------|----------------------|-------------------|---------------|-----------------|---------|
| ADHD     | ADHD_01_001  | 6600111              | BUC Skole børn    | 01jun2013     | 12              | 4       |
| ADHD     | ADHD_01_001  | 660011A              | BUC Små børn      | 01jun2013     | 12              | 3       |



Tabel 3.1.5.3 Case 4: Kobling mellem Organisation\_rapport og Organisation uddybet

| Organisation_<br>rapport | Organisation | Organisation_navn      | Organisations navn ifølge SHAK   | Region                         |
|--------------------------|--------------|------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| 6600111                  | 6600111      | BUC Skole børn         | Skolebørn sengeafsnit Risskov    | Psykiatrien Region Midtjylland |
| 6600111                  | 6600114      | BUC Skole børn         | Skolebørn Sengeafsnit - Viborg   | Psykiatrien Region Midtjylland |
| 6600111                  | 660011C      | BUC Skole børn         | Skolebørn afsnit C Risskov       | Psykiatrien Region Midtjylland |
| 6600111                  | 660011D      | BUC Skole børn         | Skolebørn afsnit D Risskov       | Psykiatrien Region Midtjylland |
| 6600111                  | 660011M      | BUC Skole børn         | Skolebørn Herning                | Psykiatrien Region Midtjylland |
| 6600111                  | 660011P      | BUC Skole børn         | Skolebørn Viborg                 | Psykiatrien Region Midtjylland |
| 660011A                  | 660011A      | BUC Små børn           | Småbørn afsnit A Risskov         | Psykiatrien Region Midtjylland |
| 660011A                  | 660011B      | BUC Små børn           | Småbørn afsnit B Risskov         | Psykiatrien Region Midtjylland |
| 660011A                  | 660011J      | BUC Små børn           | Småbørn Herning                  | Psykiatrien Region Midtjylland |
| 660011H                  | 660011F      | BUC Unge               | Unge Risskov- Viborg             | Psykiatrien Region Midtjylland |
| 660011H                  | 660011H      | BUC Unge               | Unge Risskov - Efteramb – OPUS   | Psykiatrien Region Midtjylland |
| 660011H                  | 660011N      | BUC Unge               | Unge Herning                     | Psykiatrien Region Midtjylland |
| 6600199                  | 6600199      | Friklinikken B/U Psyk. | Børn og ungdomsfriklinik Risskov | Psykiatrien Region Midtjylland |

Beskrivelse: Oplysninger indrapporteres på forskellige afdelinger, men ønskes afrapporteret på centre, som går på tværs af geografi (her: børne- og ungdomspsykiatriske centre opdelt på små børn, skole børn og unge).

*Muligt problem hvis ikke afdelingskoderne, som her, er en del af samme hierarki (66001\*).*

Det samlede centerresultat skal være tilgængeligt for alle de afdelinger der indgår, men CPR adgang vil fortsat kun være tilgængeligt på den enkelte afdeling svarende til **Organisation** i 2b. Der kan i den sammenhæng være en risiko for øget mængde spørgsmål til indholdet af lister, hvis en given bruger tilgår en liste hvor resultatet angiver i alt 40 patienter indgår, men på CPR listen ses kun 15, da den enkelte bruger kun har rettigheder til at se resultater for den ene afdeling der bidrager til det samlede resultat.

### 3.1.5 Case 5 – forskel på Organisation og Organisation\_rapport, men samme over afdeling

I dette tilfælde kodes de to felter forskelligt: **Organisation\_rapport** sættes lig den afdeling som, de to afdelingers resultater ønskes afrapporteret samlet til:

Tabel 3.1.5.1 Case 5

| Database | Indikator_id | Forloeb_id | Interventions_id | CPR | Organisation | Organisation_rapport | Dublet_org | Dato_skaering |
|----------|--------------|------------|------------------|-----|--------------|----------------------|------------|---------------|
| DNSL     | DNSL_03_001  | 444        | 444              | 1   | 4001030      | 400103               |            | 02-01-2015    |
| DNSL     | DNSL_03_001  | 5698       | 5698             | 2   | 4001039      | 400103               |            | 07-01-2015    |



|      |             |      |      |   |         |        |  |            |
|------|-------------|------|------|---|---------|--------|--|------------|
| DNSL | DNSL_03_001 | 2315 | 2315 | 3 | 4001039 | 400103 |  | 04-01-2015 |
|------|-------------|------|------|---|---------|--------|--|------------|

Beskrivelse: Oplysninger indrapporteres på afsnitsniveau, men ønskes afrapporteret på afdelingsniveau.

Patienter afrapporteres på SKS7 men aggregering sker på SKS6, Aggregering\_org vil i datasæt 1 være angivet som, SKS6, kræver dog, at det gør sig gældende for alle opgørelser på den enkelte indikator. Case 5 viser således løsningen åbner op for, at der kan ske afrapportering af aggregerede data på højere organisatorisk niveau end det organisatoriske niveau individdata ønskes lavet på, som oftest er helt ned på afsnitsniveau.

Dermed sikres, at man ikke fra databasens side pooler CPR numre til en afdeling som principielt ikke har registreret data og dermed ikke skal følge op på kvaliteten af registreringen, men i stedet afrapporteres individ data til den afdeling der har registreret patienten. *Mulig problematik i at individdata er på SKS7, mens aggregerede data kun findes på SKS6, samt at ikke alle afdelinger ønsker sammenlægning på SKS6.*

## 4 Koblinger af data i Bred Generisk Model

I det følgende beskrives de koblinger, der skal gøres for at sikre korrekt visning af resultater til de retmæssige afdelinger i gennem Bred Generisk Model data. Det er de regionale systemers ansvar at sikre, at personfølsomme data kun vises til de behandlingsansvarlige afdelinger.

**Der er to forhold der gør sig gældende, og som data skal styres efter i visningen:**

1. koblingen fra de aggregerede data i 2a via **Organisation\_rapport** til samme variabel i 2b, hvor CPR numre kun skal vises til de afdelinger der fremgår af **Organisation**. (*Denne gør sig også gældende for Smal Model data!*) som beskrevet i kapitel 2.
  - For resultater, hvor **Organisation\_rapport** er sammenlagt af flere afdelinger angivet af **Organisation**, vises CPR lister (mangellister mv.) enten
    - udelukkende med de forløb/patienter der indgår i den enkelte afdelings opgørelse,
    - som en samlet liste over samtlige forløb der indgår i det aggregerede resultat men hvor CPR er krypteret således bruger A fra afdeling A1 kun kan se CPR numre for afdeling A1, mens CPR numre for resultater fra A2 er krypterede og omvendt for en bruger B på afdeling A2
  - Se eksempler på koblingen i appendiks for Generisk Model, afsnit 3.1 og de efterfølgende cases.
2. koblingen fra **CPR** data i 2b til **CPR** data i datasæt 3 sker via nøglen **CPR+Forloeb\_id+Interventions\_id** (datasæt 3 indeholder alle variable i den pågældende database). OBS: det er ikke alle databaser der anvender både **CPR**, **Forloeb\_id** og **Interventions\_id**. Hvis ikke alle nøglevariablene er udfyldt, dannes nøglen af de der er udfyldt, oftest **CPR** og **Forloeb\_id**
  - hvis der er åbnet op for, at brugere kan tilgå variabelindhold fra datasæt 3, skal visning til enkeltbrugere styres som angivet ovenfor i punkt 1, samt



- via datasæt 5, som angiver hvilke variable der er relevante for de enkelte indikatorer, sikres visning af relevante variable, svarende til den enkelte indikator
  - denne afgrænsning laves desuden fordi der kan være indikatorer som opgøres på forskellige afdelinger, hvorfor visning af alle variable i databasen på den enkelte patient, til alle brugere, uanset tilhørssted ikke vil være relevant
  - alle variable som indgår i datasæt 4, men som ikke fremgår af datasæt 5 som relevant variabel, her er tale om basisvariable for databasen, må ses af alle brugere (datasæt 4 viser alle variable indeholdt i databasen og dermed også datasæt 3)
- Eksempel for punkt 2 kan ses i Figur 1.



Datasæt 2a (udvalgte variable til eksemplet)

| Indikator_id | Organisation_rapport | Taeller | Naevner |
|--------------|----------------------|---------|---------|
| DB_01_001    | AfdXY                | 50      | 100     |

Bruger fra afdX klikker på tælleren for at se patienter der opfylder

Brugeren klikker sig ind på patienten for at se variabeloplysninger

Datasæt 2b (udvalgte variable til eksemplet)

| Indikator_id | Forloeb_id | Interventions_id | CPR         | Organisation | Organisation_rapport | Taeller | Naevner |
|--------------|------------|------------------|-------------|--------------|----------------------|---------|---------|
| DB_01_001    | 1          | 2                | 909090-9090 | AfdX         | AfdXY                | 1       | 1       |
| DB_01_001    | 2          | 1                | s54kf8-xxxx | AfdY         | AfdXY                | 1       | 1       |

Bruger på afdX kan se CPR på patient med forloeb\_id 1, patient med forloeb\_id 2 har enten krypteret CPR eller vises ikke

Variabelliste for patienten baseret på datasæt 3 med kobling til 4 og 5 (udvalgte fiktive variable til eksemplet)

| Forloeb_id | Interventions_id | CPR         | Var1    | Var1dato  | Var2 | Var3                                    | Var4                                                        |
|------------|------------------|-------------|---------|-----------|------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 1          | 2                | 909090-9090 | kode1v1 | 02feb2014 | 1    | Vises ikke: Ikke relevant for DB_01_001 | Ryger (ikke relevant for nogen indikatorer, basisoplysning) |

Datasæt 4

| Variabelnavn | Variabeltekst   | Udfaldsrum | Tekst      |
|--------------|-----------------|------------|------------|
| Var1         | Behandling1     | kode1v1    |            |
| Var1         | Behandling1     | kode2v1    |            |
| Var1dato     | Behandlingsdato |            |            |
| Var2         | Prøvesvar       | 1          | Positiv    |
| Var2         | Prøvesvar       | 2          | Negativ    |
| Var3         | Test            |            |            |
| Var4         | Rygning         | 1          | Ryger      |
| Var4         | Rygning         | 2          | Ikke ryger |

Datasæt 5

| Indikator_id | Relevant variabel |
|--------------|-------------------|
| DB_01_001    | Var1              |
| DB_01_001    | Var1dato          |
| DB_01_001    | Var2              |
| DB_02_001    | Var3              |

Valgt indikator via indgang fra datasæt 2b/CPR liste, afgør hvilke variable der vises i forhold til indikatoren

Kobling mellem hvilke variable der er angivet som relevante for en specifik indikator og hvilke der findes, angiver hvilke variable der vises udover de som er relevante for indikatoren

Figur 1 Eksempel på koblinger af data i Bred Generisk Model datasæt



## 5 Detaljerede oplysninger for konkrete sygdomsområder

I det følgende findes beskrivelser af særligheder for det enkelte sygdomsområde, herunder hvis leveringer er sket på en anden måde end det dokumenterede eksempelvis hvis data leveres via koder som ikke følger den gældende SKS kodning.

### 5.1 DECV

DECV er kendetegnet ved, at indberetning sker via fire såkaldte centre. Den konkrete behandling foregår på flere afdelinger. På baggrund af tidligere ønske fra regionerne, har vi tildelt centrene en 7 cifret SKS-kode svarende til den primært behandlende afdeling. Her skal I være opmærksomme på, at der er flere afdelinger inddraget i behandlingen. Herunder rekvirerende afdelinger.

Særligt for indikator 5 "Andelen af patienter i et givet geografisk område, der visiteres til vurdering på center med landsdelsfunktion, i forhold til det totale antal diagnosticerede patienter i regionen" tildelt rekvirerende afdelinger. Og dermed er det den eneste indikator, der opgøres for Region Sjælland, som ikke har et behandlende center.

### 5.2 Dansk Lungecancer Register (DLCR)

#### Opgørelsesniveau

Jf. databasens indikatorsæt opgøres flere resultater både i forhold til udredende og behandlende afdelinger. Landsresultaterne for disse indikatorer vil være identiske, men det afspejler, at der er flere afdelinger involveret. I udarbejdelse af et evt. overbliksbillede, kan det overvejes kun at udvælge det ene opgørelsesniveau.

#### Midlertidig udeladelse af historiske data

DLCR overgik til datamodellen i Den Nationale Kliniske Kræftdatabase (DNKK) fra 1. jan. 2013. I de første leveringer (juli og okt. 2013) blev alene leveret data for 2013 (hvilket betyder, at der ikke blev leveret resultater for indikatorer med langtidsopfølgning (1-5 årsoverlevelse), da sammenkoblingen af data indsamlet før og efter indførsel af DNKK-modellen udestod. Fra og med jan. 2014 blev de historiske data inkluderet – hvor der selvfølgelig skal være opmærksomhed på betydning af skift i datakilde i sammenligning af resultater over tid.

#### Tilskrivning af resultater, som ikke kan tilegnes bestemte afdelinger

I leveringer til og med okt. 2013 er **Organisation**=regionskoden, hvis resultatet enten ikke kan tilskrives afdeling/sygehus, eller der er ukendt afdeling/sygehus for en del af det samlede forløb (kendt behandlingsafdeling, men ukendt udredningsafdeling). Dette medfører det uhensigtsmæssige, at en indikator vil have 3 aggregerede resultater for en periode tilskrevet regionskoden I datasæt 2a

- Et der dækker det samlede resultat
- Et, der dækker patientforløb, der ikke kan tilskrives bestemt afdeling.



- Et, der dækker patientforløb, der ikke kan tilskrives bestemt sygehus

Fra og med jan. 2014 vil blive påsat anden organisation end regionskoden, når afdeling/sygehus er ukendt. Således vil **Organisation\_rapport**="Regionskode"x (f.eks. **Organisation\_rapport**=1082x) i datasæt 2b. Ifm. generering af aggregerede resultater, vil organisation for disse forløb blive sat til hhv.

**Organisation**="Regionskode"a ved beregnede afdelingsresultater hhv. **Organisation\_rapport**="Regionskode"s ved sygehusresultater (f.eks. 1082a hhv. 1082s).

### 5.3 (Udgået)

### 5.4 Den Nationale Skizofrenidatabase (SKIZOFRENI)

Aggregeringen af data for Skizofreni foregår anderledes end for mange andre databaser. Dette betyder, at det ikke er muligt at genberegne datasæt 2a på baggrund af datasæt 2b på samme måde som for andre databaser. Her skal inddrages **Dublet\_org**. Hvis **Dublet\_org**=1 skal records for samme forløb kun tælle én gang pr. opgørelsesniveau.

For Skizofreni indeholder datasæt 2b således en observation per afdeling, for hver patient, her kan der være tale om mange observationer på forskellige afdelinger på forskellige tidspunkter. Ved aggregering (datasæt 2a) på eksempelvis landsniveau tæller den enkelte patient kun med én gang.

### 5.5 Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler

I Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler kan der i datasæt 2b indgå records med to forløb med samme **Dato\_skaering**. Det drejer sig om korrekt indberettede tvillingefødsler, hvor de to forløb i datasættet svarer til de to tvillingebørn. De to forløb forekommer for indikatorer, som er relevante for den fødende (1,2,3,4,5 og 8) – men som også bruger oplysninger fra barnets kontakt. Ved flerfoldsfødsler hentes oplysningerne til indikatoren fra det førstefødte barn, som det også fremgår af beregningsreglerne:

- *Bemærk: i analysen indgår det førstefødte barn per fødsel (dvs. kun én observation per moderens CPR-nummer fra PFR).*

Teknisk betyder det, at selv om alle børn for en given fødsel bliver inkluderet i datasæt 2b, er det kun forløbet med det førstefødte barn, som potentielt kan bidrage til indikatorens nævner og tæller – i alle andre forløb svarende til de resterende børn i fødslen sættes variablerne **Taeller**, **Naevner** og **Naevner\_potentiel** til 0 og bidrager således ikke til indikatorberegninger.

### 5.6 Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL)

Indikatorer for ambulante patienter med KOL opgøres både i årsrapporter og i den løbende afrapportering for en 12-måneders periode. I den løbende afrapportering flyttes denne 12-måneders periode hver måned.

Der opgøres imidlertid resultater opgjort efter kalendermåneder og -kvartaler. Dette gøres ved, at de ambulante patienter fordeles i opgørelsesmåned efter deres seneste ambulante kontakt i perioden.



Ved at placere patienterne i måneder efter den seneste kontakt, vil der være tendens til at overvurdere den faktiske kvalitet i de seneste måneder af opgørelsesperioden – og undervurdere kvaliteten i de første måneder af opgørelsesperioden.

Dette fordi der er en tendens til at de patienter, der har flere kontakter, opfylder indikatorerne i højere grad - dvs. dem der fortsat har deres seneste kontakt tilbage i starten af opgørelsesperioden i mindre grad opfylder indikatorerne end dem, der er placeret sidst i perioden og som har større sandsynlighed for at have haft flere kontakter.

#### Betydning af opgørelsesmetoden for den løbende afrapportering

Pga. metoden med løbende år beregnet generelt og ikke konkret i relation til den enkelte patient, vil der også kunne opstå en situation, hvor patienten i en periode opfylder indikatoren og senere falder ud som ikke opfyldende.

##### Eksempel:

---

I april 2014 opgøres resultaterne for 1.4 2013 – 31.3 2014. I den periode findes alle ambulante kontakter på en given patient og der opgøres, om de har fået bestemt måling – f.eks. måling af lungefunktion.

I september 2014 opgøres resultaterne for 1.10. 2013 – 30.09.2014. I den periode findes alle ambulante kontakter på en given patient og der opgøres, om de har fået bestemt måling – f.eks. måling af lungefunktion.

Hvis en given patient har seneste ambulante kontakt 1.1.2014 – og har fået foretaget en måling af lungefunktion d. 1.8.2013, så vil patienten i opgørelsen i april 2014 opfylde indikatoren. Men i opgørelsen i september 2014 vil målingen i august 2013 været blevet for ”gammel” og patienten vil ikke længere opfylde indikatoren.

I fastsættelse af standarder er taget højde for, at der kan være bestemte forhold, der gør sig gældende, som bevirker, at det ikke er muligt, at opfylde indikatoren. Eksempelvis kan patienten have skiftet behandlingssted efter seneste kontakt, hvorfor der ikke er mulighed for at opfylde indikatoren for undersøgelser, der ikke er foretaget i forbindelse med seneste kontakt.

## 5.7 Sclerosebehandlingsregistret

Pr. okt. 2020 er afrapportering omlagt, så der afrapporteres resultater måneds-, kvartals og årsvist sv.t. standard ift. tidligere afrapportering, der alene var årsopgjort. For hovedparten af indikatorer, hvor der er en klar skæringsdato (diagnosedato eller startdato for behandling), og tæller kun med i én periode. En række indikatorer går på årlig opfølgning. Her placeres resultaterne baseret på patientens startdato for behandling. En patient som starter behandling 15/3/2017 vil således tælle med i marts måned de efterfølgende år, indtil patienten ikke længe er i behandling.



## 5.8 HAIBA

Der er tale om resultater, der leveres fra en ikke RKKP-database – læs mere her:

<http://www.esundhed.dk/sundhedskvalitet/HAIBA/Sider/HAIBA.aspx>

Der leveres alene aggregerede resultater – dvs. der er ikke medfølgende oplysninger om inkluderede patientforløb.

For bakteræmi, urinvejsinfektioner og Clostridium difficile i Tidsreference er 99 (andet) angivet. Det dækker over, at patienterne indgår efter deres prøvetagningsdato. For postoperative infektioner er Tidsreference 12 angivet, dvs. datoen af den primære operation (indexoperation).

I nævneren i opgørelser af bakteræmi og urinvejsinfektioner inkluderer forløb alle dage, fra 48 timer efter indlæggelsen indtil 48 timer efter udskrivning, eller indtil der opstår en infektion. Til Clostridium difficile indgår også ambulante procedurer. Og til postoperative infektioner indgår alle indexoperationer i perioden som nævner.

Faglige spørgsmål til opgørelserne rettes til [haiba@ssi.dk](mailto:haiba@ssi.dk).

Tekniske spørgsmål til opsætning af data i KKA rettes til [fagligkvalitet@rkkp.dk](mailto:fagligkvalitet@rkkp.dk).

## 6 Oversigt over aktuelle leveringer og officielle forkortelser

Oversigt inkl. forkortelser kan ses i *Leveringskalender* på:

<https://rkkpextra.rm.dk/AarsrapOversigt.html>

## 7 Forskelle mellem løbende leveringer og årsrapporter

Løbende resultater beregnes på opdaterede data fra databaserne. Der opgøres årsresultater tilbage i tiden, og disse vil afvige fra resultater i årsrapporter, hvis der er sket efterindberetning til databasen eller ændringer i de fødesystemer, der er til en database (f.eks. patientadministrative systemer). Dermed kan ikke ske direkte sammenligning mellem årsrapporter og løbende resultater.

RKKP-organisationen står selvfølgelig til rådighed, hvis der ønskes nærmere forklaring på evt. konkrete forskelle i afrapporterede data.

For databaser, hvor der er særlige grunde til forskelle i løbende opgørelser og årsrapporter, anføres det nedenfor:



## 7.1 DaProCa (prostatacancer)

Forskelle mellem årsrapport 2012 og efterfølgende løbende leveringer:

- For indikator 2 (behov for blodtransfusion): jf. årsrapportens kommentarer ” *Transfusionsdatabasen er endnu ikke fuldt opdateret for 2012, så antallet af transfusioner må fortolkes med forbehold.*” Her er efterfølgende sket en fuld opdatering af transfusionsdatabasen og dermed er det opgjorte antal af patienter med behov for transfusion steget.
- I forbindelse med opsætning til kvartalsrapport er konstateret mulighed for en bedre periodeafgrænsning ift. fordeling af patienter på årene. Dette har medført nogle mindre justeringer i indikatorresultaterne. For god ordens skyld skal understreges, at forskellene i periodeafgrænsningerne ikke har en karakter, der på nogen måde påvirker validiteten af resultaterne offentliggjort i årsrapporten.

## 8 Specielle afrapporteringsformer

### 8.1 Afrapportering af Poissonrater

Der er for den tekniske dokumentation af Generisk Model ikke redegjort for hvordan Poissonrater kan afrapporteres via modelle. I forbindelse med årsrapport testdatasæt er der leveret en indikator opgjort som Poissonrate, nærværende afsnit redegør for hvordan dette er implementeret. Kodningen af de væsentligste variable beskrives nedenfor. Beskrivelsen dækker også efterfølgende implementering af afrapportering for HAIBA

#### Datasæt 1:

| Variabel        | Kommentar                                                                                                                |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikatorformat | = "Rate"                                                                                                                 |
| Standard        | Kan i teorien være > 100, men typisk vil man kunne tilpasse opgørelsesenhed for at få rate og standard til at være < 100 |
| CI_beregning    | = 8 (Exact Poisson)                                                                                                      |
| Enhed           | = "Per 100 personår" i dette eksempel.                                                                                   |

#### Datasæt 2a:

| Variabel | Kommentar |
|----------|-----------|
|----------|-----------|



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Taeller</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Antal failures, aggregeret på tid og organisation                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Naevner</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Antal eksponerede patienter, aggregeret på tid og organisation.*                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Naevner_potentiel</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Antal potentielt eksponerede patienter, aggregeret på tid og organisation*                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Vaerdi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Rate opgjort på relevant tid og organisation (pr. <i>Enhed</i> )                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Kommentar</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Efter standardtekst (fx. "Samlet eksponeringstid: ") indsættes eksponeringstiden for de eksponerede patienter, aggregeret på tid og organisation. Eksponeringstid skal være formateret i den enhed, som fremgår af variabelen <i>Enhed</i> (datasæt 1), dvs. f.eks. per 100 personår. |
| *Der kan være visse rater, hvor det ikke giver mening at anføre antallet af patienter eller episoder i <i>Naevner</i> og <i>Naevner_potentiel</i> , eksempelvis rater baseret på "antal risikodøgn" fra HAIBA. I sådanne tilfælde vil <i>Naevner</i> og <i>Naevner_potentiel</i> være blank (ikke udfyldt). |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

#### Datasæt 2b:

| Variabel                 | Kommentar                                                                                                                                                                         |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Taeller</b>           | 1 = failure; 0 = ikke failure                                                                                                                                                     |
| <b>Naevner</b>           | 1 = eksponeret patient; 0 = ikke eksponeret patient                                                                                                                               |
| <b>Naevner_potentiel</b> | 1 = potentielt eksponeret patient; 0 = ikke potentielt eksponeret patient                                                                                                         |
| <b>Vaerdi</b>            | Beregnet eksponeringstid for den pågældende patient. Variablen skal være formateret i den enhed, som fremgår af variabelen <i>Enhed</i> (datasæt 1), dvs. f.eks. per 100 personår |

#### Væsentlige bemærkninger:

- Det er stadig muligt at beregne **Vaerdi\_komplethed** i datasæt 2a med udgangspunkt i datasæt 2b [dvs.  $(\text{Naevner}/\text{Naevner\_potentiel}) \cdot 100$ ]. OBS: Da nogle patienter har forløb (eksponering) i mere end én organisation indenfor et år, vil summen af **Naevner** for alle centre ikke stemme overens med **Naevner** for hele landet.
- For at være konsistent mellem datasæt 2a og 2b kunne der med fordel kodes eksponeringstid (2b: for den enkelte patient; 2a: aggregeret) i samme variabel. Det egentlige outcome (=Poisson raten) er kodet i **Vaerdi** (2a). Desværre finder der ikke en variabel *Kommentar* i 2b, derfor er eksponeringstid kodet i **Vaerdi**.



## 8.2 Afrapportering af indikator typen (en simpel) rate per 100.000 indbygger

I Databasen for Akutte Hospitalskontakter (DAH) er der et behov for en simpel rateindikator per 100.000 indbygger i regionen. Det efterfølgende er en indføring i hvorledes dette er blevet implementeret i afrapporteringen.

Indikatoren hedder *Korttidsmortalitet efter ankomst – for patienter med kontaktvarighed  $\geq 12$  timer per 100.000 indbygger i regionen.*

### Datasæt 1:

| Variabel        | Kommentar                            |
|-----------------|--------------------------------------|
| Indikatorformat | = "Rate"                             |
| CI_beregning    | = 3(Clopper Pearson (Exact method))  |
| Enhed           | = "Per 100.000 indbygger i regionen" |

### Datasæt 2b:

Datasæt 2b følger en standard andels-indikator, hvor udfaldsrummet for variablerne **Taeller**, **Naevner** og **Naevner\_potentiel** er {0, 1} svarende til betingelse ikke opfyldt /betingelse opfyldt.

### Datasæt 2a:

| Variabel          | Kommentar                                                                  |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Taeller           | Antal failures, aggregeret på tid og organisation                          |
| Naevner           | Antal af indbygger i regionen per 100.000                                  |
| Naevner_potentiel | Antal potentielt eksponerede patienter, aggregeret på tid og organisation  |
| Vaerdi            | Rate opgjort på antal indbygger i regionen per 100.000 (jf. <i>Enhed</i> ) |

### Væsentlige bemærkninger:

- Det er ikke muligt, at beregne variablen **Vaerdi\_komplethed** i datasæt 2a, efter som variablen **Naevner** ikke er indikatorens population men er en helt anden population.



### 8.3 Standardiseret MortalitätsRate (SMR) for Databasen for Akutte Hospitalskontakter

Følgende beskrivelse viser hvorledes SMR er indført i KKA for Databasen for Akutte Hospitalskontakter (DAH). I DAH bruges en risikojusteringsmodel inspireret af en britisk risikojusteringsmodel (Goodacre S, Wilson R, Shephard N, Nicholl J. Derivation and validation of a risk adjustment model for predicting seven day mortality in emergency medical admissions: mixed prospective and retrospective cohort study. *BMJ* 2012;344:e2904.) .

#### Datasæt 1:

| Variabel        | Kommentar                                                      |
|-----------------|----------------------------------------------------------------|
| Indikatorformat | = "Just_r"                                                     |
| CI_beregning    | = 99 (Byar's approximation/Rothman & Boice approximate limits) |
| Enhed           | = "E/O " (Estimerede/Observerede)                              |

#### Datasæt 2b:

| Variabel          | Kommentar                                                                                                                       |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Taeller           | 1 = Tællerbetingelse opfyldt; 0 = Tællerbetingelse ikke opfyldt                                                                 |
| Naevner           | 1 = Nævnerbetingelse opfyldt; 0 = Nævnerbetingelse ikke opfyldt                                                                 |
| Naevner_potentiel | 1 = potentielt nævner patient; 0 = ikke potentielt nævner patient                                                               |
| Vaerdi            | Den beregnede sansynlighed for at patienten skulle dø, ud fra patientens individuelle karakteristika, hvor udfaldsrum = [0, 1]. |

#### Datasæt 2a:

| Variabel          | Kommentar                                                                                                                       |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Taeller           | Antal patienter som tællerbetingelsen er opfyldt, aggregeret på tid og organisation                                             |
| Naevner           | Antal forventede døde patienter jf. SMR beregningen, aggregeret på tid og organisation( variablen <b>Vaerdi</b> fra datasæt 2b) |
| Naevner_potentiel | Antal potentielt eksponerede patienter, aggregeret på tid og organisation                                                       |
| Vaerdi            | SMR-rate (jf. <i>Enhed</i> )                                                                                                    |



## 9 Eksempler på anvendelse og afrapportering af data

### 9.1 Anvendelse af datasæt 6 til dannelse af patientlister

Følgende eksempel viser hvordan data fra datasæt 1, 2b og 6 kan kobles til at lave en patientliste med årsager til eksklusioner. Farvemarkeringen angiver hvilke data, fra hvilke datasæt i KKA, der kobles for at danne patientlisten.

#### EKSEMPEL, PATIENTLISTE MED EKSKLUSIONSÅRSAGER – SAMLET, INKL. EKSKLUDEREDE PATIENTER, MANGLENDE RELEVANS/DATAFEJL

| CPR         | Behandlet                   | Dato       | Eksklusion                                                                                 |
|-------------|-----------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01xxxx-xxxx | Ikke relevant               | 2014-11-03 | Der er gået mindre end 1 døgn fra akut indlæggelse til udskrivelse                         |
| 10xxxx-xxxx | Opfylder ikke, data mangler | 2014-11-24 | Relevant diagnose, atrieflimren, men behandling/behandlingsdato for oral antikoag. uoplyst |
| 15xxxx-xxxx | Opfylder ikke, data mangler | 2014-11-25 | Ergoterapi uoplyst                                                                         |
| 20xxxx-xxxx | Opfylder                    | 2014-11-24 |                                                                                            |
| 30xxxx-xxxx | Opfylder                    | 2014-11-03 |                                                                                            |


**UDDRAG FRA DATASÆT 2B**

| CPR         | Dato_skaering | Taeller | Naevner | Naevner_potentiel | Datafejl | Eksklusions_id |
|-------------|---------------|---------|---------|-------------------|----------|----------------|
| 01xxxx-xxxx | 2014-11-03    | 0       | 0       | 0                 | .        | 48             |
| 10xxxx-xxxx | 2014-11-24    | 0       | 0       | 1                 | 1        | 6              |
| 15xxxx-xxxx | 2014-11-25    | 0       | 0       | 1                 | 1        | 11             |
| 20xxxx-xxxx | 2014-11-24    | 1       | 1       | 1                 | .        |                |
| 30xxxx-xxxx | 2014-11-03    | 1       | 1       | 1                 | .        |                |

**DATASÆT 6**

| Database | Eksklusions_id | Eksklusion                                                                                 | Eksklusionstype |
|----------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| DAP      | 6              | Relevant diagnose, atrieflimren, men behandling/behandlingsdato for oral antikoag. uoplyst | 1               |
| DAP      | 11             | Ergoterapi uoplyst                                                                         | 1               |
| DAP      | 48             | Der er gået mindre end 1 døgn fra akut indlæggelse til udskrivelse                         | 2               |