



Kongeindikatoren i RKKP-regi

Ver 1.2



Indholdsfortegnelse

1. Indledning & præsentation af indhold	1
2. Region Hovedstadens præsentation af kongeindikatoren; brug af resultaterne i regionen og opfattelse af fortolkning	2
3. Baggrund	3
4. Konkret operationalisering af metode i RKKP	4
5. Præmisser for fortolkning	5
6. Eksempel på resultater	6
Appendiks 1 – regneeksempel, kongeindikatorer	9
Appendiks 2 – inkluderede sygdomsområder og indikatorer (kun aktuelt pr. 1. juni 2016)	13

1. Indledning & præsentation af indhold

I indeværende præsenteres kongeindikatoren generelt herunder specifikt operationaliseringen i forbindelse med afrapportering fra de kliniske kvalitetsdatabaser. Derefter gennemgås præmisser for fortolkning, hvorefter der afsluttes med eksempelvisninger af resultater, og hvordan der kan bores ned i dette.

I appendiks 1 er indsat regneeksempel på kongeindikatoren. I appendiks 2 fremgår hvilke sygdomsområder og indikatorer, der er inkluderet i seneste leverede opgørelse. Dette vil alene være aktuelt i skrivende stund, hvor der skal sikres online dynamisk rapportering af oplysningerne jf. levering af de nødvendige oplysninger som beskrevet i afsnit 6.

SAS-kode til generering af resultater er indsat i Appendiks 3.

Indeværende er rent deskriptiv. Der planlægges udarbejdet notat, der viser betydning for resultaterne ved forskellige beregningsmetoder – herunder demonstrerer målets følsomhed over for forskellige skift i resultater og forskelle i patientpopulationer.

Der indledes med et afsnit 2, som er udarbejdet af Bo Hempel Sparsø og Jan Utzon, Region Hovedstaden, der som nogle af ophavspersonerne til kongeindikatoren præsenterer målet overordnet og deres vurdering af muligheder for brug af resultaterne.

Faktaboks 1, Aggregerede mål: definitioner og formål

Kilde: Søren Paaske Johnsen & Christian Fynbo Christiansen, præsentation for databaserne, feb. 2016
<http://www.rkkp.dk/siteassets/arrangementer/databasedag-2016/kompositmal.kceb-nord.pdf>

Aggregerede mål – overordnet definition

Et samlet mål baseret på en kombination af to eller flere indikatorer. Formålet er at summere forskellige aspekter/dimensioner af den ydede kvalitet og facilitere sammenligninger, Aggregerede mål for klinisk kvalitet: proces og mortalitet.

Kongeindikatorer – overordnet definition

Angiver, hvor stor en andel af indikatorerne der er opfyldt (i henhold til de opsatte standarder) ud af alle indikatorer.



Udregnes på flg. måde:

Summen af alle indikatorer, hvor standarden er opfyldt

Summen af alle indikatorer, der har en fastsat standard

- Alle databaser vægtes ens uanset størrelse.
- Databasernes individuelle andel summeres og divideres med antallet af databaser

2. Region Hovedstadens præsentation af kongeindikatoren; brug af resultaterne i regionen og opfattelse af fortolkning

Kongeindikatoren¹ for de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser tager afsæt i de ca. 70 landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser. Hver database har et antal indikatorer, typisk 5-15, hvoraf de fleste har en standard for god kvalitet². Indikatorerne, som udtrykker god kvalitet på det konkrete sygdomsområde, og de tilhørende standarder er fastsat af fagspecialister inden for de pågældende sygdomsområder på tværs af hele landet. Kongeindikatoren udtrykker således i hvilken udstrækning sundhedsvæsenet lever op til de faglige standarder for god kvalitet, der er fastsat i de enkelte kliniske kvalitetsdatabaser. De faglige standarder fastsættes årligt af fageksperter fra hele landet i forbindelse med møder i databasernes styregrupper. Indikatoren afspejler dermed også, at der løbende sker en faglig udvikling i de enkelte specialer.

Det der er politisk interessant på landsniveau er, at have et indtryk af i hvilken udstrækning sundhedsvæsenet lever op til opdaterede faglige standarder, som fagfolkene har fastsat.

Det væsentlige er, at kongeindikator i høj grad sætter fokus på kerneydelsen, som mange forskellige afdelinger og specialer bidrager direkte til. Det medvirker til at give øget ledelsesfokus og opmærksomhed på, hvilken faglig udvikling der er indenfor de enkelte specialer og dermed medvirker til at fremme implementering af kvalitetsforbedringer på et sygdomsområde på afdelingsniveau.

Det er i de regionale ledelsesinformationssystemer muligt at bryde kongeindikatoren ned på relevante organisatoriske niveauer. Det er i høj grad et hurtigt ledelsesoverblik og opmærksomhed, som driver og medvirker til at få opfyldt de fastsatte standarder. I Region Hovedstadens ledelsesinformationssystem er det således i dag muligt, at trykke sig fra det samlede kongeindikatorresultat helt ned i det enkelte patientforløb.

F.eks. kan indikatoren beregnes på hospitalsniveau.

Det er dog ikke andelen af opfyldte indikatorer, der opnås på det enkelte hospital, der er mest interessant, men derimod ledelsens og kvalitetsafdelingens mulighed for at dykke ned i data og få et hurtigt overblik og indsigt i, hvilke indikatorer hospitalet ikke lever op til. De enkelte afdelinger har allerede adgang til de relevante databaser, som er tilknyttet afdelingen. Der kan således umiddelbart følges op direkte i forhold til de enkelte sygdomsområder, da man kan se, på hvilke hospitaler og afdelinger samt i hvilke specialer, de fastsatte standarder ikke er opfyldt og hvad der er sket over tid.

¹ Jan Utzon, Bo Hempel Sparsø, Inger Magrete Dyrholm Siemsen "Kongeindikator" fra de kliniske kvalitetsdatabaser – HSMRs afløser?, Ugeskr Læger 176/6, 17. marts 2014

² Se afsnit 4, punkt 4 for mere om fastsættelse af standarder



Fortolkning

Den øgede ledelsesopmærksomhed på de indikatorer som fagfolkene har fastsat kan medvirke til, at kongeindikatoren kan flyttes over tid, men der er grænser for hvor meget, da den jo til stadighed opdateres med nye indikatorer i takt med den faglige udvikling.

Man kunne fx forestille sig, at hvis kongeindikatoren fx viser en konstant værdi på 80 % over tre år, at det således reelt ville være udtryk for en forbedring for patienterne, da der som nævnt bagved ligger en faglig udvikling.

Det er væsentligt at gøre opmærksom på, at kongeindikatoren er forskelligt sammensat fra hospital til hospital, da det er forskelligt hvilke specialer og dermed databaser, som findes på de enkelte hospitaler. Kongeindikatoren kan dermed heller ikke direkte anvendes til at benchmarke eller sammenligne hospitalernes resultater med hinanden. Det er således ikke primært det samlede resultat, der er interessant, men derimod muligheden for ledelsen, kvalitetsafdelinger, klinikere m.fl. for hurtigt at få et overblik og dykke ned i data på de relevante organisatoriske enheder, som en kvalitetsdrøftelse så kan tage udgangspunkt i.

Bag et tilfredsstillende gennemsnit kan der gemme sig utilfredsstillende resultater i de enkelte databaser. Derfor kan kongeindikatoren evt. suppleres med en præsentation som viser, hvor stor en del af indikatorerne med fastsatte standarder som der leves op til i de enkelte databaser. Herved kan man få et samlet overblik og kan rette fokus på de databaser, som har en lav målopfyldelse. Man kunne fx vælge at sætte fokus på databaser, som har en målopfyldelse på mindre end 40 %, Man kunne også vælge at sætte fokus på databaser, som havde en høj målopfyldelse. Det kunne herunder fx overvejes om databaser, som gennem et par år har haft en målopfyldelse på 100 % har sat et tilstrækkeligt højt ambitionsniveau eller om det er nødvendigt, at databasen fortsætter.

3. Baggrund

Kongeindikatoren indgår i aftalen mellem regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening om nationale mål for sundhedsvæsenet. Resultaterne skal vise udvikling i den faglige kvalitet på tværs af regionerne. Indikatoren opgøres på baggrund af resultater fra støttede kliniske kvalitetsdatabaser leveret i den generiske model fra Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

Faktaboks 2: RKKP og Generisk Model

Kilde: <http://www.rkkp.dk/om-rkkp/> & <http://www.rkkp.dk/afrapportering/lobende-afrapportering/>

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) udgør infrastruktur for støttede landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) og kompetencecentre for epidemiologi, biostatistik, sundhedsinformatik og klinisk kvalitet.

Programmets primære formål er at sikre fortsat bedre udnyttelse af de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser såvel klinisk, ledelsesmæssigt som forskningsmæssigt.

RKKP blev dannet i sept. 2010 og har siden haft fokus på at sikre rammer for prioritering og drift af databaserne; bedre udnyttelse af eksisterende data/reduktion af inddateringsopgaven; standardisering af input og output i forhold til databaserne; produktudvikling samt egentlig metodeudvikling.



Generisk model: Al løbende afrapportering fra støttede kliniske kvalitetsdatabaser sker i vid udstrækning via "den generiske model" til regionerne mhp. at resultaterne fremgår i de regionale ledelsesinformationssystemer, hvor såvel de kliniske afdelinger som ledelsen har adgang. Den generiske model er udviklet i samarbejde mellem RKKP-organisationen, Sundhedsstyrelsen og regionerne og er en metode til udveksling af kvalitetsdata i standardiseret format. I relation til kongeindikatoren bruges den generiske model's datasæt 2a, som indeholder beregnede aggregerede indikatorresultater. Oplysninger om indikatoropfyldelse (Tæller, Nævner, Værdi for indikatorresultat) ift. givne opgørelsesperioder og – niveauer.

4. Konkret operationalisering af metode i RKKP

Jf. faktaboks 1 opgøres kongeindikatoren som summen af alle indikatorer, hvor standard opfyldes i forhold til summen af alle indikatorer.

I det følgende gennemgås først tekniske fakta om opgørelsen – dernæst faglige forhold omkring databaserne.

Disse tilsammen giver nogle præmisser for fortolkning af resultaterne, der gennemgås i afsnit 4.

Tekniske fakta om beregningerne

1 **Kongeindikatoren** i sig selv og ønske om kvartalsvise opgørelser indebærer:

- 1.1 Indikatorer uden fastsat standard inkluderes ikke
- 1.2 Resultater, der kun opgøres pr. år, udgår at opgørelsen (f.eks. fem års mortalitet)
- 1.3 Alle indikatorresultater indgår med samme vægtning uanset hvor få eller hvor mange patientforløb, der er. Hvis der indgår 0 patienter indgår indikatoren ikke
- 1.4 Alle sygdomsområder indgår i opgørelsen med samme vægtning uanset hvor mange patienter eller indikatorer i databasen. Hvis der ikke indgår nogle patienter, indgår området ikke

2 Brug af **generisk model** indebærer, at:

- 2.1 Databaser, hvis resultater ikke er opsat i generisk model kan ikke medtages. Efterhånden som flere områder opsættes, vil flere resultater komme med – se dog 3.3.
- 2.2 Databaser/områder indgår selvstændigt, hvis de har selvstændig levering i generisk model – f.eks. leveres resultater for databasen Akut kirurgi opdelt i to leveringer hhv. for patienter med blødende mavesår hhv. patienter med perforation.
- 2.3 Kun såkaldte andelsindikatorer medtages (Andel af patienter, der opfylder et eller andet) – dvs. indikatorer ala "gennemsnitlig værdi på bestemt score blandt patienter" indgår ikke

3 Der er i operationalisering foretaget følgende **valg**, der ikke er givet af metode eller teknik omkring Generisk model:

- 3.1 Kun resultater for indikatorer, der har været gyldige i mindst to år inkluderes – når de har været gyldige i to år inddrages resultater gående tilbage til indikatorens indførsel³

³ Dette gøres for at undgå, at ikke-auditerede resultater indgår i målet. Dette ønske følger af erfaringer med, at de første par år med en indikator går med justering af beregningsregler og sikring af relevant datagrundlag – og også nogle gange opgivelse af indikatorer, hvis de ikke kan monitorere kvaliteten som forventet.



3.2 **Bemærk: denne operationalisering er midlertidigt suspenderet i foråret 2017, da den blev konstateret at have uheldige konsekvenser: selv mindre ændringer i opsætning af indikatorer udløser således ny gyldighedsdato i Generisk Model – og her blev for mange indikatorer udeladt på denne konto. Der søges p.t. efter mere forfinet metode til at sikre, at ikke-auditerede resultater ikke inkluderes**

3.3 Alle officielle indikatorer indgår uanset om de er vurderet egnet til offentliggørelse⁴

3.4 Der inddrages alene nye områder i målet to gange om året – august og februar. Samtidig inddrages kun nye områder, der har været leveret mindst tre gange i generisk model.⁵

3.5 Opgørelser med delay (f.eks. flerårig dødelighed) indsættes i opgørelserne, når de foreligger og ikke forskudt. Dvs. to-års dødelighed for patienter opereret i 1. kvartal 2014, opgøres 2. kvartal 2016 og indgår i denne opgørelse⁶

4 Faglige forhold, der gør sig gældende for databaserne

4.1 Databasernes standarder er ikke for nuværende fastsat efter samme principper: nogle er fastsat som minimumstandarder og udgør grænsen mellem acceptabel og uacceptabel kvalitet, mens andre er fastsat som ambitiøse mål, der vurderes kan opfyldes på sigt. Det er besluttet, at standarder fremover skal fastsættes som " Det fagprofessionelle værdigrundlag fastholdes entydigt således, at styregruppen udarbejder standarder på basis af bedste, dokumenterede praksis med formål kvalitetsforbedring.". Denne strømning forventes gennemført ved udgangen af 2017.

4.2 Databasers standarder og indikatorsæt justeres løbende

4.3 Resultatindikatorer indgår og er ikke justeret for evt. forskelle i patienters case-mix på tværs af afdelinger

4.4 Der tages ikke højde for statistisk usikkerhed ⁷

4.5 Ikke alle databaser dækker behandling, der tilbydes i alle regioner.

5. Præmisser for fortolkning

Punkterne 1.1-4.2 i afsnit 3 udgør tilsammen nogle præmisser for fortolkning af resultater, som er:

1. Skift i resultater kan skyldes andre ting end skift i den faglige kvalitet, f.eks.:

1.1. nye områder inkluderet i mål

1.2. ændring i indikatorsæt/standarder i de eksisterende databaser

1.3. når det gælder enkeltregion, enkeltafdelings resultat: at behandling for et inkluderet område ikke længere tilbydes på afdelingen/regionen

2. Forskelle i resultater på tværs af enheder/regioner kan skyldes:

På møde med de kliniske formandskaber for databaserne – referat her:

<http://www.rkkp.dk/arrangementer/afholdte/220216-opsamling-db-dag/> fremkom bred og stærk kritik af aggregerede mål. Ovenstående tiltag er et forsøg på at imødekomme dele af kritikken.

⁴ Dette valg skyldes konstatering af, at brug af Generisk Models mulighed for markering af resultater uegnet til offentliggørelse ikke sker fast på tværs af alle databaser – samtidig vurderes 3.1 at opfylde formålet med denne markering.

⁵ Dette valg er indført for at undgå, at der for ofte sker skift i resultater, som ikke skyldes ændringer i kvalitet, men alene ændring i inkluderede områder. Krav om mindst tre leveringer er, at der erfaringsmæssigt gennemføres justeringer i beregninger som følge af klinikkens tilbagemelding i en første løbende offentliggørelse af data.

⁶ Dette er valgt for at matche Region Hovedstadens opgørelse.

⁷ Dette følger af beslutning i RKKP-styregruppen i juni 2014 om at forlade brug af statistisk usikkerhed ved vurdering af standardopfyldelse



- 2.1. forskelle i de behandlinger, der tilbydes på tværs af regionen/afdelingen
- 2.2. forskelle i de patientgrupper, der modtages i regionen/afdelingen (særligt syge patienter samlet på højt specialiserede afdelinger)
3. En patient vægter ikke lige meget i opgørelsen og en indikator vægter ikke lige meget i opgørelsen: behandling givet til patienter, der indgår i lavvolumen databaser tæller tungere end databaser med mange patienter; udfald på en indikator tæller mere i et område med få indikatorer end i områder med mange indikatorer.
4. Selv store ændringer i kvaliteten vil ikke påvirke kongeindikatoren med mindre, standarden krydses (en forbedring fra 0 til 89 % på en indikator, hvor standarden er 90 % vil ikke rykke kongeindikatoren – mens et fald fra 90,0 % til 89,9 % vil påvirke den negativt på indikator, hvor standarden er 90 %).
5. Regionernes sving i kvaliteten er ikke synkroniserede: de er ikke gode til de samme ting; det betyder, at landsresultatet vil se ud til at variere uafhængigt af regionernes variationer. Se Appendiks 1 for nærmere beskrivelse af dette fænomen.
6. Historiske resultater kan ændre sig fra levering til levering, da indikatoropgørelser tilbage i tiden vil blive inkluderet, når indikatorer passerer "2 års gyldighed"-grænse.

6. Eksempel på resultater

Resultater leveres fra Databasernes Fællessekretariat til Danske Regioner i Generisk Model dvs. som indsat nedenfor i uddrag. For fulde oplysninger om brug af generisk model henvises til:

<http://www.rkkp.dk/afrapportering/lobende-afrapportering/>

Tabel 6.1. – uddrag for leverede "rådata" – kongeindikatorresultater

Database	Indikator_id	Organisation_navn	Periode_start	Periode_laengde	Taeller	Nævner	Vaerdi	Nævner_potentiel
KongeFFS	KongeFFS_01_001	Nordjylland	01-04-2015		3	34	55,7	34
KongeFFS	KongeFFS_01_001	Nordjylland	01-01-2016		3	32	55,4	32
KongeFFS	KongeFFS_01_001	Midtjylland	01-01-2016		3	34	63,0	34
KongeFFS	KongeFFS_01_001	Syddanmark	01-04-2015		3	35	60,2	35
KongeFFS	KongeFFS_01_001	Hovedstaden	01-01-2016		3	35	54,5	35
KongeFFS	KongeFFS_01_001	Sjælland	01-04-2015		3	29	57,3	29
KongeFFS	KongeFFS_01_001	Sjælland	01-01-2016		3	31	58,0	31
KongeFFS	KongeFFS_01_001	Danmark	01-04-2015		3	35	61,5	35
DABLACA	DABLACA_99_999	Nordjylland	01-01-2016		3	8	75,0	8
DABLACA	DABLACA_99_999	Midtjylland	01-04-2015		3	9	55,6	9

Kilde: rådatasæt, leveret 31. maj 2016, filnavn startende med KongeFFS_

De leverede resultater egner sig ikke til hurtig afkodning af resultaterne, hvorfor Danske Regioner efter modtagelse generere grafisk visning, som vist i graf 6.1.

I data vist i tabel 6.1. er opgjort resultater for samlet kongeindikator for regionerne og landet. Resultatet fremgår i kolonnen Værdi. I Nævner_potentiel fremgår samtidig, hvor mange sygdomsområder, der er inkluderet i målet. Dette varierer mellem regioner og perioder jf. afsnit 4.

I samme levering fremgår samtidig kongeindikatorresultater for hvert af de enkelte sygdomsområder, der er inkluderet: vist i tabel 6.1. Resultatet for DABLACA (blærecancer). Her angiver nævner_potentiel, hvor mange indikatorer, der er inkluderet fra sygdomsområdet.

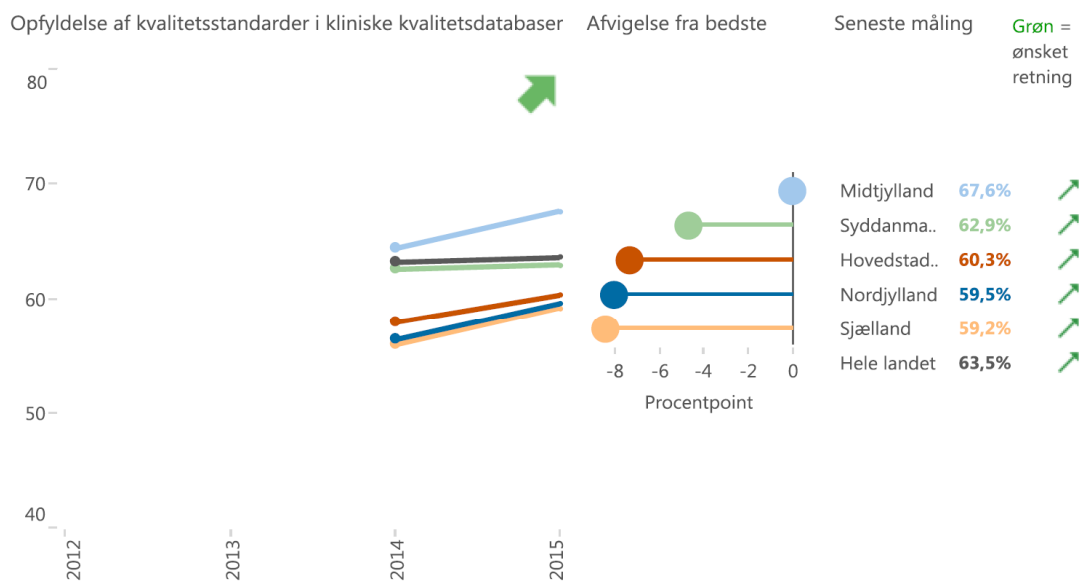


I tilhør til ovenstående datasæt leveres samtidig en oversigt over alle inkluderede indikatorer, som vist i Tabel 6.2. Dette kan jf. afsnit 4 variere for region til region og periode til periode, hvorfor inkluderede indikatorer fremgår angivet ift. disse to afgrænsninger.

De leverede rådata er her endnu mindre egnet til hurtig afkodning, da indikatorerne står angivet med deres unikke id (indikator_id), hvor oversættelse skal søges i datasæt, der p.t. alene leveres til regionerne, men som kan udvides med levering til Danske Regioner. Tabel 6.3 viser uddrag af et datasæt 1, der giver de relevante oplysninger om indikatoren.

Oplysninger leveret jf. tabel 6.1-6.3 giver mulighed for at grave fra samlet kongeindikator ned til enkelt indikatorresultat i en region for given perioden. P.t. indgår op til 35 områder i kongeindikatoren, hvor der indgår mellem én og 17 indikatorer i hver af de 35 områder.

Graf 6.1 Danske Regioners grafiske visning af resultaterne (her vist med årsopgjorte resultater)



Tabel 6.2 - uddrag for leverede "rådata" – inkluderede indikatorer

Indikator_id	Organisation_navn	Periode_star	Periode_laengde	Tælle	Nævne	Værdi	Standard	Forbedringsretning
DABLACA_01_00								
1	Landsresultat	01-07-2015		3	190	256	74,2	65 >=
DABLACA_05_00								
1	Landsresultat	01-07-2015		3	192	236	81,4	75 >=
DAP_16_001	Landsresultat	01-07-2015		3	459	2703	17,0	10 >=
DAP_17_001	Landsresultat	01-07-2015		3	279	2871	9,7	15 <=
DAP_18_001	Landsresultat	01-07-2015		3	196	2572	7,6	12 <=



DAP_19_001 Landsresultat 01-07-2015 3 84 302 27,8 40 <=

Tabel 6.3. - uddrag for leverede "rådata" – indikatoroplysninger

Indikator_id	Indikatornummer	Indikatornavn	Indikatorbeskrivelse	Indikatorfor mat
DABLACA_01_001	mer	Overlevelse efter 1 diagnose	1: 1-års overlevelse efter diagnosen invasiv blærecancer	Andel
DABLACA_05_001		Cancerspecifik 2 overlevelse	2: 1-års cancerspecifik overlevelse efter diagnosen invasiv blærecancer	Andel



Appendiks 1 – regneeksempel, kongeindikatorer

Nedenfor gennemføres et regneeksempel for indikatoren. For at holde det nogenlunde overskueligt, er valgt præmissen: der er to databaser og to regioner i landet, og der er ingen databaser med mere end to indikatorer.

Database 1:

- Region 1:
 - Afdeling 1.1.a.:
 - Indikator 1: 1 ud af 2 patienter opfylder indikatoren=50 %. Standard 90 %. Indikatoreren ikke opfyldt
 - Indikator 2: 2 ud af 2 patienter opfylder indikatoren=100 % standard 90 %. Indikatoreren er opfyldt
 - Afdeling 1.1.a opfylder 50 % af indikatorerne i database 1
 - Afdeling 1.1.b
 - Indikator 1: 98 ud af 100 patienter opfylder indikatoren=98 %. Standard 90 % Indikatoreren er opfyldt
 - Indikator 2: 97 ud af 100 patienter opfylder indikatoren=97 %. Standard 90 % Indikatoreren er opfyldt
 - Afdeling 1b opfylder 100 % af indikatorerne i database 1
- Region 2
 - Afdeling 1.2.b
 - Indikator 1: 9 ud af 10 patienter opfylder indikatoren=90 %. Standard 90 %. Indikatoreren er opfyldt
 - Indikator 2: 0 ud af 10 patienter opfylder indikatoren=0 % standard 90 %. Indikatoreren er ikke opfyldt
 - Afdeling 2b opfylder 50 % af indikatorerne i database 1

Database 2:

- Region 1:
 - Afdeling 2.1.a.:
 - Indikator 1: 800 ud af 1000 patienter opfylder indikatoren=80 %. Standard 90 %. Indikatoreren er ikke opfyldt
 - Indikator 2: 900 ud af 1000 patienter opfylder indikatoren=90 % standard 90 %. Indikatoreren er opfyldt
 - Afdeling 1a opfylder 50 % af indikatorerne i database 1
 - Afdeling 2.1.b
 - Indikator 1: 0 ud af 2 patienter opfylder indikatoren=0 %. Standard 90 % Indikatoreren er ikke opfyldt
 - Indikator 2: 0 ud af 2 patienter opfylder indikatoren=0 %. Standard 90 % Indikatoreren er ikke opfyldt
 - Afdeling 1b opfylder 0 % af indikatorerne i database 1
- Region 2
 - Afdeling 2.2.b
 - Indikator 1: 48 ud af 50 patienter opfylder indikatoren=96 %. Standard 90 %. Indikatoreren er opfyldt



- Indikator 2: 50 ud af 50 patienter opfylder indikatoren=100 % standard 90 %.
Indikatoren er opfyldt
 - Afdeling 2b opfylder 100 % af indikatorerne i database 1

Der er ikke flere regioner, afdelinger, databaser eller indikatorer i landet.

Database 1 – landsresultat

1. database 1, Indikator 1 $(1/2 + 98/100 + 9/10) = 108/112 = 96\%$, standard 90 %, standarden er opfyldt
2. database 1, indikator 2 $(2/2 + 97/100 + 0/10) = 99/112 = 88\%$ standard 90 %, standarden er ikke opfyldt
 - a. på landsplan opfyldes 50 % af indikatorerne i databasen

Database 2 – landsresultat

1. database 1, Indikator 1 $(800/1000 + 0/2 + 48/50) = 848/1052 = 81\%$, standard 90 %, standarden er ikke opfyldt
2. database 1, indikator 2 $(900/1000 + 0/2 + 50/50) = 950/1052 = 90\%$ standard 90 %, standarden er opfyldt
 - b. på landsplan opfyldes 50 % af indikatorerne i databasen

Kongeindikatoren – landsresultat = $(50+50)/2 = 50\%$

Database 1 – regionsresultat, region 1

1. database 1, Indikator 1 $(1/2 + 98/100) = 99/102 = 97\%$, standard 90 %, standarden er opfyldt
2. database 1, indikator 2 $(2/2 + 97/100) = 99/102 = 97\%$ standard 90 %, standarden er opfyldt
 - a. på regionsplan opfyldes 100 % af indikatorerne i databasen

Database 2 – regionsresultat, region 1

1. database 1, Indikator 1 $(800/1000 + 0/2) = 800/1002 = 80\%$, standard 90 %, standarden er ikke opfyldt
2. database 1, indikator 2 $(900/1000 + 0/2) = 900/1002 = 89,8\%$ standard 90 %, standarden er ikke opfyldt
 - b. på regionsplan opfyldes 0 % af indikatorerne i databasen

Kongeindikatoren – regionsresultat, region 1 = $(0+100)/2 = 50\%$

Kongeindikatoren – regionsresultat, region 2 (kun et afdelingsresultat => afdeling = region) = $(100+50)/2 = 75\%$

Ovenstående er vist i tabel A.1.

Tabel A1: regneeksempel, tabelformat				
Region 1			Region 2	Landsresultat
Afdeling	Afdeling	Samlet	Afdeling	



		1.1.a	1.1.b	regionsresultat	1.2.b	
Database 1	Indikator 1, standard 90 %	$\frac{1}{2}=50\%$	$\frac{98}{100}=98\%$	$\frac{99}{102}=97\%$,	$\frac{9}{10}=90\%$	$\frac{108}{112}=96\%$
	Indikator 2, standard 90 %	$\frac{2}{2}=100\%$	$\frac{97}{100}=97\%$	$\frac{99}{102}=97\%$	$\frac{0}{10}=0\%$	$\frac{99}{112}=88\%$
		Afdelingen opfylder 50 % af indikatorerne	Afdelingen opfylder 100 % af indikatorerne	Regionen opfylder 100 % af indikatorerne	Afdelingen opfylder 50 % af indikatorerne	På landsplan opfyldes 50 % af indikatorerne i databasen
		Afdeling 2.1.a	Afdeling 2.1.b	Samlet regionsresultat	Afdeling 2.2.b	Landsresultat
Database 2	Indikator 1, standard 90 %	$\frac{800}{1000}=80\%$	$\frac{0}{2}=0\%$	$\frac{800}{1002}=80\%$,	$\frac{48}{50}=96\%$	$\frac{848}{1052}=81\%$
	Indikator 2, standard 90 %	$\frac{900}{1000}=90\%$	$\frac{0}{2}=0\%$	$\frac{900}{1002}=89,8\%$	$\frac{50}{50}=100\%$	$\frac{950}{1052}=90\%$
		Afdelingen opfylder 50 % af indikatorerne	Afdelingen opfylder 0 % af indikatorerne	Regionen opfylder 0 % af indikatorerne	Afdelingen opfylder 100 % af indikatorerne	På landsplan opfyldes 50 % af indikatorerne i databasen
Kongeindikator				Region 1 $(0+100)/2=50\%$	Region 2 $(100+50)/2=75\%$	Landsplan= 50 %

Jf. beregningsmetoden får man resultater, hvor landsresultatet kan bevæge sig tilsyneladende uafhængigt af regionsresultaterne. Baggrunden for dette beskrives med udgangspunkt i reelle tal nedenfor for et enkeltområde.

Resultater for apopleksi 2015 ctr. 2014.

Alle regioners resultater er uændrede for 2014 til 2015 – men landsresultatet falder markant, hvor der i stedet for 13 opfyldte indikatorer ud af 16 kun er 11, der opfyldes.

Det dækker over, at følgende to indikatorer ikke længere opfyldes:



- 13. Andel af patienter med akut apopleksi, der vurderes af **ergoterapeut** med henblik på afklaring af omfang og type af rehabilitering samt tidspunkt for opstart af ergoterapi senest 2. indlæggelsesdag. Standard 90 %.
 - Resultat i 2014: 90,7 %. Resultat i 2015: 89,9 %. Det er mestendels pga. Nordjylland – faldet fra 92 til 88 %. Resultatet påvirkes også negativt af, at Midtjylland er gået fra 93 til 91 %, selvom de uændret opfylder standarden - Hovedstadens forbedringer fra 88 til 89 % kan ikke opveje.
 - Men hvorfor falder Nordjylland ikke i det samlede resultat for apopleksi? De har passeret standarden på indikator 10a. Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi og atrieflimren, der sættes i antikoagulansbehandling senest 14 dage efter indlæggelsen. Her er landsresultatet dog uændret ikke opfyldt, da Midtjylland og Syddanmark trods forbedringer stadig trækker det samlede resultat ned under standarden.
- 12. Andel af patienter med akut apopleksi, der vurderes af **fysioterapeut** med henblik på afklaring af omfang og type af rehabilitering samt tidspunkt for opstart af fysioterapi senest 2. indlæggelsesdag Standard 90 %.
 - Resultat i 2014: 91,5 %. Resultat i 2015: 89,7 %. Igen Nordjylland som har haft kvalitetsfald suppleret af tilsvarende fald for Syddanmark til under standard.
 - Men hvorfor falder Nordjylland og Syddanmarks apopleksi-kongeinidikator ikke? Det skyldes, at Nordjylland ikke bare opfylder standarden vedr. Ak-behandling – også 10b. Andel af patienter med TIA og atrieflimren, der sættes i antikoagulans-behandling senest 14 dage efter første kontakt til sekundær sektor, hvor regionen fra 89,2 % er kommet op på 97,4. Det påvirker ikke landsresultatet – hvor hele landet hele tiden har opfyldt standarden, hvor det kun var Nordjylland, der haltede. Og Syddanmark? De har fået styr på 17.a Andel af patienter med akut apopleksi, der får foretaget ultralyd/CT-/MR-angiografi af halskar senest 4. indlæggelsesdag. Der har de fire øvrige regioners resultater sikret, at landsresultatet har opfyldt standarden siden 2013.



Appendiks 2 – inkluderede sygdomsområder og indikatorer (kun aktuelt pr. 1. juni 2016).

Her liste over inkluderede sygdomsområder og indikatorer – hvor regioner ikke tilbyder behandling på et område eller patienter relevant for enkeltindikatorer, vil sygdomsområdet/indikatorerne ikke indgå i deres opgørelser.

Database	Databasenavn	Indikator_id	Indikatorbeskrivelse
DABLACA	Dansk Blære Cancer Database	DABLACA_01_001	Cancerspecifik overlevelse
		DABLACA_05_001	Neoadjuverende behandling
		DABLACA_09_001	Overlevelse efter cystektomi
		DABLACA_20_001	Overlevelse efter diagnose
		DABLACA_34_001	Overlevelse efter onkologi
		DABLACA_36_001	Postoperativ mortalitet
		DABLACA_38_001	2bu. Ikke alvorlig hypoglykæmi
		DABLACA_41_001	2f. Blodtryk
DanDiabKid	Dansk Register for børne- og ungdomsdiabetes	DanDiabKid_02_001	3bu. Ikke alvorlig ketoacidose
		DanDiabKid_03_001	3f. Albuminuri
		DanDiabKid_04_001	4bu. Normal albuminudskillelse
		DanDiabKid_05_001	5bu. Ikke retinopatiforandring
		DanDiabKid_06_001	6bu. Ikke neuropatiforandringer
		DanDiabKid_83_001	3f. Albuminuri
		DanDiabKid_84_001	6bu. Ikke neuropatiforandringer
		DanDiabKid_85_001	5f. Fodundersøgelse
DAP	Dansk Apopleksiregister	DAP_01_001	Indlæggelse på apopleksienhed
		DAP_02_001	Trombocythæmmerbehandling
		DAP_03_001	AK-behandling
		DAP_05_001	Vurdering ved fysioterapeut
		DAP_06_001	Vurdering ved ergoterapeut
		DAP_08_001	Vurdering af ernæringsrisiko
		DAP_11_001	Undersøgelse af halskar
		DAP_13_001	Indlagt 3t (symptomdebut)
		DAP_14_002	Indlagt 4,5t (symptomdebut)
		DAP_16_001	Trombolyse (blodprop)
		DAP_17_001	Mortalitet, alle
		DAP_18_001	Mortalitet, blodprop i hjernen
		DAP_19_001	Mortalitet, hjerneblødning
		DAP_31_001	Trombocythæmmerbehandling_TIA
DAP_32_001	AK-behandling_TIA		
DAP_34_001	Undersøgelse af halskar, TIA		
DAPECA	Dansk Penis Cancer Database	DaPeCa_01_001	Kontakt på højt specialiseret c
		DaPeCa_02_001	Behandling ved sentinel node
		DaPeCa_04_001	Behov for blodtransfusion
		DaPeCa_05_001	Død efter operation
DaProCa	Dansk Prostata Cancer	DaProCa_001_001	Op: nervebesp. teknik



	Database		
		DaProCa_002_001	Blodtransfusion
		DaProCa_005_001	30 dages mortalitet
		DaProCa_006_001	op f.uret/anest. striktur,1 år
		DaProCa_007_001	Endokrin terapi
DBCG	Dansk Brystcancer Register	DBCG_17_002	Databasekomplethed vs Patobank
		DBCG_20_001	Aksilstatus ved sentinel node
		DBCG_21_001	Fjernelse >10 aksillymfeknuder
		DBCG_22_001	Indberetning m. datakomplethed
		DBCG_24_001	DBCG kontrolprogram Højrisiko
		DBCG_29_001	Adjuverende strålebehandling
		DBCG_30_001	Adj.strålebehl. Lumpektomi
		DBCG_31_001	Adj.strålebehl. Mastektomi
		DBCG_34_001	DBCG kontrolprogram Lavrisiko
DDD	Dansk Depressionsdatabase	DDD_01_001	Indlagte, psykiater < 7 dage
		DDD_02_001	Ambulante, psykiater < 30 dage
		DDD_03_001	Indlagt,somatisk udredt,2 dage
		DDD_04_001	Amb., somatisk udredt,30 dage
		DDD_05_001	Inkl.,sociale støttebehov uds.
		DDD_06_001	Amb., sociale støttebehov slut
		DDD_07_001	Indlagte, HAM-17, < 7 dage
		DDD_08_001	Ambulante,HAM-17, < 30 dage
		DDD_09_002	Indlagte, HAM-17, udskriv
		DDD_10_002	Ambulante, HAM-17, slut
		DDD_11_001	Inkl., selvmordsrisiko (inkl.)
		DDD_12_001	Ambulante, selvmordsrisiko
		DDD_13_002	Inkl., selvmordsrisiko, (uds.)
		DDD_15_001	Inkl., pårørendekontakt uds.
		DDD_16_001	Amb., pårørendekontakt<90 dage
		DDD_17_001	Inkl.,planl. opfølg. udskriv
DECV	Dansk Esofagus-, Cardia- og Ventrikelkarcinom	DECV_03_001	30-dages mortalitet
		DECV_05_001	Henvisningsmønstre
		DECV_06_001	Analyserede lymfeknuder
DFR	Dansk Fedmekirurgiregister	DFR_02_001	Genindlæggelse (30 dage)
		DFR_03_001	Mortalitet (30 dage)
		DFR_12_001	Reoperation (30 dage)
DHD	Dansk Hjertesvigts Database	DHD_01_001	Ekkokardiografi
		DHD_02_001	NYHA
		DHD_03_001	Ace-hæmmer
		DHD_04_001	Betablokker
		DHD_05_001	Aldosteron
		DHD_06_001	Fysisk træning
		DHD_07_001	Patientundervisning



		DHD_08_001	Genindlæggelse
		DHD_09_001	1 års dødelighed
DHHD	Dansk Hysterektomi- og Hysteroskopidatabase	DHHD_14_001	7b Postop. blødningskompl.
		DHHD_15_001	7c Infektioner, kirurgisk afle
		DHHD_16_001	7d Organlæsioner
		DHHD_20_001	7total Kompl., alle samlet
		DHHD_21_001	7major Alvorlige kompl.
		DHHD_23_001	9 Re-operation
		DHHD_24_001	10 Mortalitet
		DHHD_28_001	7total Kompl., samlet (u.bl.)
		DHHD_30_002	2a Minimalt invasiv hystereкто
DHR	Dansk Hoftealloplastik Register	DHR_01_001	1a Komplethed primær THA
		DHR_02_001	1b Komplethed revision THA
		DHR_04_001	3 Medicinske genindlæggelser
		DHR_17_001	5A Reoperation alle
		DHR_18_001	5B Reoperation artrose
		DHR_19_001	5C Reoperation femurfraktur
		DHR_20_001	6 Hofte relaterede genindlægge
DHREG	Dansk Hjerteregister	DHREG_1_001	30 dg mortalitet PCI STEMI
		DHREG_10_001	Røntgenstråledosis PCI
		DHREG_2_001	30 dg mortal. PCI NSTEMI/UAP
		DHREG_3_001	30 dg mortalitet PCI stabil AP
		DHREG_5_001	30 dg mortalitet CABG(ES 0-4)
		DHREG_9_001	Røntgenstråledosis KAG
DID	Dansk Intensiv Database	DID_01_001	Genindlæggelser
		DID_02_001	Genindlæggelser, medicinske
		DID_03_001	Genindlæggelser, akutte
		DID_04_001	Genindlæggelser, elektive
		DID_05_001	Udskrivning i aften-nattetimer
		DID_06_001	Udskrivning, medicinske
		DID_07_001	Udskrivning, akutte
		DID_08_001	Udskrivning, elektive
		DID_09_001	Kapacitetsbetinget overflyt.
		DID_10_001	Kapacitet overflyt, medicinsk
		DID_11_001	Kapacitet overflyt, akutte
		DID_12_001	Kapacitet overflyt, elektive
DKR	Dansk Knæalloplastik Register	DKR_03_001	1A Genindlæggelse primær knæ
		DKR_05_001	2. Revisioner 1. år
		DKR_06_001	3 Revisioner 2. år
		DKR_08_001	5 Mortalitet indenfor 90 dage
DKRR	Dansk Korsbånds Register	DKRR_01_001	Komplethed alle korsbånd op.
		DKRR_02_001	1 Stabilitetsmåling
		DKRR_03_001	2 Komplethed 1 års kontrol



		DKRR_04_001	3 Sidedforskel i knæløshed
		DKRR_05_001	4 Revisioner 2 år
DLCR	Dansk Lungecancer Register	DLCR_01_001	1års overlevelse (alle)
		DLCR_02_001	2års overlevelse (alle)
		DLCR_04_001	30 dags overlevelse efter rese
		DLCR_05_001	1års overlevelse efter resekt
		DLCR_06_001	2års overlevelse efter resekt
		DLCR_08_001	Varig.: diagn-op (behandl.)
		DLCR_09_001	Varig.: diagn-op (udr)
		DLCR_10_001	Varig.: diagn-onk (behandl.)
		DLCR_11_001	Varig.: diagn-onk (udr)
		DLCR_12_001	Varig.: diagn-kemo (behandl.)
		DLCR_13_001	Varig.: diagn-kemo (udr)
		DLCR_14_001	Varig.: diagn-stråle (behandl.)
		DLCR_15_001	Varig.: diagn-stråle (udr)
		DLCR_18_001	Stadieklassifikation
		DLCR_19_001	Resektionsrate
		DLCR_21_001	Kurarivrate
		DLCR_22_001	Kurarivrate
		DLCR_23_001	90 dags overlevelse efter rese
DLGCD	Dansk Lever-galdevejs cancer Database	DLGCD_10_002	I: Udredning inden 14 dage
		DLGCD_30_001	IIa: Behandling inden 14 dage
		DLGCD_41_001	IIIa: Overlevelse 30 dage, HCC
		DLGCD_42_001	IIIa: Overlevelse 30 dage, CC
		DLGCD_43_001	IIIa: Overlevelse 30 dage, KRL
DMSG	Den Hæmatologiske Fællesdatabase Myelomatose	DMSG_21_001	30 dg. mortalitet: <=65år
		DMSG_22_001	30 dg. mortalitet: >65år
		DMSG_31_001	180 dg. mortalitet: <=65år
		DMSG_32_001	180 dg. mortalitet: >65år
DNOR	Dansk Neuro Onkologisk Register	DNOR_03_002	II: Postoperativ MR scanning
		DNOR_04_001	III: Operatør kompetence
		DNOR_05_002	IV: Resttumor
		DNOR_06_001	V: Overlevelse, operation
DNSL	Dansk Nefrologisk Selskabs Landsregister	DNSL_01_001	1. Planlagt vs akut dial opsta
		DNSL_02_001	2. Tidl henvisning til nefrolo
DPCD	Dansk Pancreas Cancer Database	DPCD_02_001	Ib: Planlagt resekt. gen.ført
		DPCD_03_001	IIa: OP <=14d. efter accept
		DPCD_07_001	IIIa: Overlevelse resekt. 30d
DPD	Dansk Palliativ Database	DPD_2_001	Behandlet inden 10 dage



		DPD_4_001	EORTC screeningsskema udfyldt
		DPD_5_001	Drøftet på tværfag. konference
DSR	Dansk Skulderalloplastik Register	DSR_01_001	1 Komplethed primær skulder
		DSR_02_001	2 Komplethed WOOS
DugaBase	Dansk Urogynækologisk Database	DugaBase_01_001	1: Ventetid (30 dage)
		DugaBase_03_001	3: UI Subj.patienbedøm. af OP
		DugaBase_07_001	7: POP Subj.patientbedøm af O
		DugaBase_19_001	19: UI Vurd. af OP (PGI-I)
		DugaBase_20_001	20: POP Vurd. af OP (PGI-I)
FOEDSLER	Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler	FOEDSLER_10_001	Anæstesi/smertelindring
		FOEDSLER_20_001	Fagpersonale på fødestuen
		FOEDSLER_30_001	Bristning grad III el. IV
		FOEDSLER_41_001	Kejsersnit grad 1
		FOEDSLER_42_001	Kejsersnit grad 2
		FOEDSLER_50_001	Blødning efter fødslen
		FOEDSLER_60_001	Etablering af hud/hud kontakt
		FOEDSLER_70_001	Svær hypoxi
		FOEDSLER_81_001	Ukompliceret fødsel
		FOEDSLER_82_001	Akut Akut kejsersnit 1.gangsfødende
		FOEDSLER_90_001	Akut kejsersnit, reg.anæstesi
GER	Landsdækkende database for Geriatri	GER_11_001	Alm. daglig livsfør. (ADL)
		GER_21_001	Body Mass Index (BMI)
		GER_33_001	De Morton Mobility Index DEMMI
		GER_41_001	Rejse-sig-sætte-sig (SFT)
		GER_42_001	Rejse-sig-sætte-sig (SFT) UI
		GER_60_001	Tværfaglig konference
HOFTER	Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud	HOFTER_03_002	Basismobilitet ved udskrivelse
		HOFTER_05_001	Profylakse osteoporose
		HOFTER_06_001	Profylakse fald
		HOFTER_07_001	Overlevelse
		HOFTER_19_001	Basismobilitet før brud
		HOFTER_20_002	Reoperation-medial,uanset stl.
		HOFTER_21_002	Reoperation-medial, uforskudt
		HOFTER_23_001	Reoperation-per-/subtrochantær
		HOFTER_24_001	Reoperation, hemi-/totalallop.
		HOFTER_25_001	Reoperation, Dyb infektion
KAR	Karbase Landsregister	KAR_01_001	1. 30d mort/stroke Carotis TEA
		KAR_04_002	4. 30d mort, op for rump. AA



		KAR_05_002	5. 30d mort, op for elektiv AA
		KAR_06_002	6a. 30d mort efter EVAR
		KAR_08_001	8. Sårkompl., infraing. bypass
KOL	Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom	KOL_01_001	Lungefunktion
		KOL_03_001	Ernæringstilstand
		KOL_04_001	Åndenød
		KOL_05_001	Rygestatus
		KOL_10_001	Inhalationsteknik
KRC	Dansk Kolorectal Cancer Database	KRC_1_001	MDT ved rektumcancer
		KRC_2_001	Ekstramural venøs invasion
		KRC_3_001	Anastomoselæk. rektumcancer
		KRC_4_001	Postopr. død, elektiv kir.
		KRC_5_001	Radikalitet, elektiv kir.
		KRC_6_001	Specialistopr., akut kolon
		KRC_7_001	Specialistopr., elektiv kolon
		KRC_8_001	Anastomoselæk. Kolon
NDOSA	National Database for Søvnapnø	NDOSA_1_002	Diagnostisk metode
		NDOSA_2_002	Behandling
		NDOSA_3_002	Behandling CPAP
		NDOSA_4_001	Behandlingskompliance
		NDOSA_8_001	Kontrol - kirurgi
Perfv	Akut Kirurgi Databasen, perforation	Perfv_05_001	Postop. obs. - Væskebalance
		Perfv_06_001	Postop. obs. - Vitalparametre
		Perfv_08_001	Mortalitet
Skizofreni	Den Nationale Skizofrenidatabase	Skizofreni_02_001	1aII. Interview m. diag. inst.
		Skizofreni_03_002	1b. Udredes for kognitiv funk.
		Skizofreni_04_001	1c. Udredes for støttebehov
		Skizofreni_05_002	1d. VUP under 6 måneder
		Skizofreni_06_002	2a. Får antipsykotisk behandl.
		Skizofreni_07_002	2b. Mere end ét antipsyk.
		Skizofreni_09_001	3a. Neurologiske bivirkninger
		Skizofreni_10_001	3b. Søvn- og sedationsbivirkn.
		Skizofreni_12_001	5p. Præv. m. pårørendekontakt
		Skizofreni_19_001	6. Incid. modt. psykoedukation
		Skizofreni_20_002	5p. Præv. m. pårørendekontakt
		Skizofreni_21_001	6. Incid. modt. psykoedukation
		Skizofreni_23_001	7b. Psyk. efterbeh. v. udskr.
		Skizofreni_24_001	7c. Inden for ½ år i amb.
		Skizofreni_25_001	8. Vurderet selvmordsrisiko



Ulcus	Akut Kirurgi Databasen, blødning	Ulcus_07_001	Helicobacter pylori status
		Ulcus_08_001	Mortalitet



Appendiks 3 - SAS-kode anvendt til generering af resultater, hvor der er taget højde for ændring i beregningsmetode jf. side 4-5

```
%let datasæt = _1;
%put &dataer.;
```

```
***** Samler datasæt hvor følgende er opfyldt *****;
*** Indikatorstatus = 'O' and Indikatorformat = 'Andel' and Standard ^=. *****;
*** and Leveret ^= 2 and Gyldighed_slut =. and Aggregering_tid in ('M', 'K') *****;
```

```
data _null_;
dato=intnx('year', today(), -2);
call symput('dato', mdy(month(dato), 01, year(dato))); * Dette fungerer kun, hvis rapporten laves i
måneden lige efter opgørelsesmåneden;
run;
```

```
data alle_dataer1;
format
```

```
Database $10.
Indikator_id $18.
Indikatornummer 3.2
Indikatornavn $30.
Indikatorbeskrivelse $200.
Indikatorformat $10.
Standard 3.
Standard_max 3.
Standard_komplethed 3.
Standard_type $1.
Forbedringsretning $2.
Indikatorstatus $2.
Delindikator $6.
Gyldighed_start eurfdd10.
Gyldighed_slut eurfdd10.
CI_visning 2.
CI_beregning 2.
Aggregering_tid $1.
Aggregering_org $5.
Kommentar $150.
Leveret 1.
Leveret_Kommentar $150.
Tidsreference 2.
Enhed $25.
Tidsforskydning 5.
Tidsfors_enhed $1.
Datakilde_opdateret eurfdd10.
Opgoer_start eurfdd10.
Opgoer_slut eurfdd10.;
```



set &databaser. ; *genereret liste over alle databaser, der p.t. leveres i GM – har været leveret mindst tre måneder – kun opdateret februar og august – aktuel liste fremgår altid på <https://docs.google.com/document/d/1QieTcXSrUA4guHQOFcCvydIMqqJcR4Ew5QihF7VXzB4/e/dit?usp=sharing>

```
WHERE Indikatorstatus ='O'
and Indikatorformat= 'Andel' and Standard ^=. and Leveret ^=2 and Gyldighed_slut =. AND
Aggregering_tid ^= 'Å' ; * and Gyldighed_start <= &dato;
run;
```

```
%SYMDEL datasæt;
%let datasæt = _2a;
```

```
%put &datasæt.;
%put &databaser.;
```

```
***** Samler alle 2a datasæt hvor følgende er opfyldt *****;
** Naevner > 0 and Periode_laengde in (3) and Periode_start > '01jan2012'd and **;
** organisation_rapport in ("9" "1081" "1082" "1083" "1084" "1085")*****;
```

```
data alle_datasæt2a;
format
```

```
Database $10.
Indikator_id $18.
Delindikator $6.
organisation_rapport $10.
Organisation_navn $150.
Periode_start eurdfdd10.
Periode_laengde 3.
Taeller 10.
Naevner 10.
Vaerdi 12.
Vaerdi_komplethed 6.2
CI_oevre 7.2
CI_nedre 7.2
Naevner_potentiel 8.
Kommentar $25.
;
```

```
set &databaser.;
where Naevner > 0 and Periode_laengde in ( 3) and Periode_start > '01jan2012'd and
organisation_rapport in ("9" "1081" "1082" "1083" "1084" "1085");
mnd=mdy(month(Periode_start),01,year(Periode_start));
kvartal=yyq(year(Periode_start),qtr(Periode_start));
year=year(Periode_start);
```



format mnd date9. kvartal yyqd.;

run;

* Samler datasæt 1 og 2a;

```
proc sql ;
  create table samlet as
  select a.*,
         b.Aggregering_tid,
         b.Tidsfors_enhed,
         b.Tidsforskydning,
         b.Indikatornummer,
         b.Indikatorbeskrivelse
  from alle_datasaet2a a
  join alle_datasaet1 b
  on a.Indikator_id = b.Indikator_id;
quit;
```

***** SÆTTER PERIODEFORSKYDNING PÅ, SAMT LAVER KVARTALS
PÅGØRELSER OM TIL MÅNEDSOPGØRELSER – dette bruges dog ikke efter, der er gået over
til kvartalsopgørelser*****;
data samlet_tid; set samlet;

```
Periode_laengde_op =Periode_laengde ;
Periode_start_op =Periode_start;
```

```
if Tidsfors_enhed = " then Periode_start_for = Periode_start ;
if Tidsfors_enhed = 'D' then Periode_start_for = intnx('days', Periode_start
,(+1*Tidsforskydning),'same');
if Tidsfors_enhed = 'Å' then Periode_start_for = intnx('year', Periode_start
,(+1*Tidsforskydning),'same');
if Tidsfors_enhed = 'M' then Periode_start_for = intnx('month', Periode_start
,(+1*Tidsforskydning),'same');
```

```
Periode_start_for=intnx('qtr', Periode_start_for,0);
Periode_start =mdy(month(Periode_start_for),01,year(Periode_start_for));
/*
```

```
if Aggregering_tid='K' then
  do;
    do i = 0 to 2;
      Periode_start = intnx('month', Periode_start_ ,(+1*i),'same');
      Periode_laengde =1;

      output;
    end;
  end;
else if Aggregering_tid='M' then
```



```
do;
  Periode_start = Periode_start_;
  output;
end;
*/

run;
```

```
PROC SQL;
CREATE TABLE alle_indikatorer As
```

```

      SELECT distinct a.database, case when (b.standard ne .) and (b.indikatorstatus='O')
then 'Indgår' else " end as indgaar_i_konge,
      a.*, b.Standard, b.Forbedringsretning,b.indikatornavn, b.indikatorbeskrivelse,
case
  when calculated indgaar_i_konge = " then .
  when (a.vaerdi = .) or (a.naevner = 0) then .
  when b.Forbedringsretning in ('>=', '>')
    then input( resolve( catt( '%sysevalf(', put(a.vaerdi ,14.6), b.Forbedringsretning ,
put(b.Standard, 14.6), ', boolean)' ) ) , 2.)
  when b.Forbedringsretning in ('<=', '<')
    then input( resolve( catt( '%sysevalf(', put(a.vaerdi ,14.6), b.Forbedringsretning ,
put(b.Standard, 14.6), ', boolean)' ) ) , 2.)
  when b.Forbedringsretning in ('I')
    then input( resolve( catt( '%sysevalf(', put(b.Standard, 14.6), '<=', put(a.CI_nedre
,14.6) , ' and ', put(a.CI_oevre ,14.6), '<=', put(b.Standard_max, 14.6) , ', boolean)' ) ) , 2.)
  end as groen,
case
  when calculated indgaar_i_konge = " then .
  when (a.vaerdi = .) or (a.naevner = 0) then .
  when b.Forbedringsretning in ('>=', '>')
    then input( resolve( catt( '%sysevalf(', put(a.CI_oevre ,14.6), b.Forbedringsretning ,
put(b.Standard, 14.6), ', boolean)' ) ) , 2.)
  when b.Forbedringsretning in ('<=', '<')
    then input( resolve( catt( '%sysevalf(', put(a.CI_nedre ,14.6), b.Forbedringsretning ,
put(b.Standard, 14.6), ', boolean)' ) ) , 2.)
  when b.Forbedringsretning in ('I')
    then input( resolve( catt( '%sysevalf(',
      '(', put(a.CI_nedre ,14.6), '<=', put(b.Standard, 14.6), ' and ', put(b.Standard, 14.6),
'<=', put(a.CI_oevre ,14.6) , ')',
      ' or ',
      '(', put(a.CI_nedre ,14.6), '<=', put(b.Standard_max, 14.6), ' and ',
put(b.Standard_max, 14.6), '<=', put(a.CI_oevre ,14.6) , ')',
      ', boolean)' ) ) , 2.)
  end as gul,
```




```

case
  when calculated indgaar_i_konge = " then .
  when (a.vaerdi = .) or (a.naevner = 0) then .
  when calculated gul=1 and calculated groen=1 then 0
  when calculated gul=1 and calculated groen=0 then 1
  else 0
end as gul_ekskl,
case
  when calculated indgaar_i_konge = " then .
  when (a.vaerdi = .) or (a.naevner = 0) then .
  when calculated groen = 0 and calculated gul = 0 then 1
  else 0
end as roed,
case
  when calculated indgaar_i_konge = " then "
  when calculated groen=1 then 'grøn'
  when calculated gul=1 then 'gul'
  when calculated roed=1 then 'rød'
end as farve,

```

```

case
  when calculated farve eq 'rød' then 0
  when calculated farve eq 'gul' then 0
  when calculated farve in ('grøn') then 1
  else .

```

end as driftsmaals_indi3,

a.*,

b.Indikatorbeskrivelse, b.Indikatorformat,

b.Standard_max, b.Standard_komplethed, b.Standard_type,

b.Indikatorstatus,

b.Delindikator, b.Gyldighed_start, b.Gyldighed_slut, b.CI_visning,

b.CI_beregning,

b.aggregering_tid, b.aggregering_org, b.kommentar, b.Leveret,

b.Tidsreference, b.enhed,

b.Tidsforskydning, b.Tidsfors_enhed, b.Datakilde_opdateret,

b.Opgoer_start, b.Opgoer_slut

```

FROM samlet_tid a
left JOIN alle_datasaet1 b
on a.indikator_id=b.indikator_id
group by a.database, a.Indikator_id, a.organisation_rapport, a.Periode_start
order by a.database, a.organisation_rapport, a.Periode_start , b.indikatornummer;
create table alle_indikatorer_t as
select

```

b.database,



b.Indikator_id,
 b.Indikatornummer,
 b.Indikatornavn,
 b.Standard,
 b.Indikatorstatus,
 b.Leveret,
 b.Indikatorbeskrivelse,
 b.Indikatorformat,
 b.Standard_max,
 b.Standard_komplethed,
 b.Standard_type,
 b.Forbedringsretning,
 b.Delindikator,
 b.Gyldighed_start,
 b.Gyldighed_slut,
 b.CI_visning,
 b.CI_beregning,
 b.aggregering_tid,
 b.aggregering_org,
 b.kommentar,
 b.Tidsreference,
 b.enhed,
 b.Tidsforskydning,
 b.Tidsfors_enhed,
 b.Datakilde_opdateret,
 b.Opgoer_start,
 b.Opgoer_slut

```
from alle_dataaet1 b
where /*database="&database." and */leveret=1
order by database, indikatornummer
```

```
;
```

```
quit;
```

```
***** udregner den samlede andel pr sygdomsområde pr mnd. ;
```

```
%macro andel2(periode=, uddata=);
```

```
proc sort data= alle_indikatorer out=alle_indikatorer_sort ;
  by database organisation_rapport &Periode;
run;
```

```
proc freq data=alle_indikatorer_sort(where=( driftsmaals_indi3 ne . and Periode_laengde =3)) ;
  by database organisation_rapport &Periode;
  tables driftsmaals_indi3 / out=andele_temp_3 binomial;
```



```

exact binomial;
format percent commax8.1;
run;

proc sql;
  create table Antal as
    select database, organisation_rapport, sum(count) as Naevner ,
      &Periode
    from andele_temp_3
    group by Database, organisation_rapport, &Periode;
quit;

data &uddata;
format
    Database $10.
    Indikator_id $18.
    Delindikator $6.
    Organisation_rapport $10.
    Organisation_navn $150.
    Periode_start eurfdd10.
    Periode_laengde 3.
    Taeller 10.
    Naevner 10.
    Vaerdi 12.
    Vaerdi_komplethed 3.2
    CI_oevre 7.2
    CI_nedre 7.2
    Naevner_potentiel 8.
    Kommentar $25.
    ;
merge andele_temp_3(where=(driftsmaals_indi3 =1)rename=(count= taeller percent=Vaerdi ))
  Antal;
by database organisation_rapport &Periode;

Delindikator=";
Naevner_potentiel=Naevner;
if Organisation_rapport = '9' then Organisation_navn ='Danmark';
if Organisation_rapport = '1081' then Organisation_navn ='Nordjylland';
if Organisation_rapport = '1082' then Organisation_navn ='Midtjylland';
if Organisation_rapport = '1083' then Organisation_navn ='Syddanmark';
if Organisation_rapport = '1084' then Organisation_navn ='Hovedstaden';
if Organisation_rapport = '1085' then Organisation_navn ='Sjælland';
Indikator_id = compress(Database||'_99_999');

run;

```



```

%mend andel2;

%andel2(periode=Periode_start, uddata=andelm);

data data2a_alle ; set andelm ;
    Periode_laengde=3;

    IF Taeller =. THEN do
        Taeller=0;
        Vaerdi =0;
    end;
*    if driftsmaals_indi3 ^=.;

    keep Database Indikator_id Delindikator Organisation_rapport
        Organisation_navn Periode_start Periode_laengde Taeller
        Naevner Vaerdi Vaerdi_komplethed CI_oevre CI_nedre
        Naevner_potentiel Kommentar ;

run;

***** trin 2 *****;

data samlet1; set data2a_alle;
if Periode_laengde=3;

run;

%macro udregn_means(periode=, uddata=);

proc sort data=samlet1 out= samlet1_&periode;
by organisation_rapport &periode;
run;

proc means data=samlet1_&periode ;
var Vaerdi;
output out=&uddata (drop=_type_ _freq_)
sum(vaerdi)=rvaerdi;
by organisation_rapport &periode ;
run;

%mend udregn_means;

%udregn_means(periode=Periode_start, uddata=sum_m);

```



```

data samlet_sum; set sum_m;
                    Periode_laengde=3;
format Periode_start date9.;
drop mnd kvartal year;

run;

proc sort data=samlet1 out= samlet_sort_i;
by organisation_rapport Periode_start ;
run;

proc freq data = samlet_sort_i ;
by organisation_rapport ;
table Periode_start / out=antal_mnd;

run;

data antal_a; set antal_mnd ;
                    Periode_laengde=3;
format Periode_start date9.;
run;

proc sql ;
create table konge_raa as
select a.Organisation_rapport, a.Periode_laengde, a.Periode_start, a.rvaerdi,
      b.COUNT
from samlet_sum a
join antal_a b
on a.Organisation_rapport = b.Organisation_rapport and
   a.Periode_laengde = b.Periode_laengde and
   a.Periode_start = b.Periode_start;

quit;

data konge;
format
                    Database $10.
                    Indikator_id $18.
                    Delindikator $6.
                    Organisation_rapport $10.
Organisation_navn $150.
                    Periode_start eurdfdd10.
                    Periode_laengde 3.

```



Taeller 10.
 Naevner 10.
 Vaerdi 12.
 Vaerdi_komplethed 3.2
 CI_oevre 7.2
 CI_nedre 7.2
 Naevner_potentiel 8.
 Kommentar \$25.
 ; set konge_raa;

```
Database = 'KongeFFS';
Indikator_id='KongeFFS_01_001';
vaerdi=rvaerdi/COUNT;
Taeller=rvaerdi;
nAEVNER =COUNT;
Naevner_potentiel=COUNT;
if Organisation_rapport = '9' then Organisation_navn ='Danmark';
if Organisation_rapport = '1081' then Organisation_navn ='Nordjylland';
if Organisation_rapport = '1082' then Organisation_navn ='Midtjylland';
if Organisation_rapport = '1083' then Organisation_navn ='Syddanmark';
if Organisation_rapport = '1084' then Organisation_navn ='Hovedstaden';
if Organisation_rapport = '1085' then Organisation_navn ='Sjælland';
    keep Database Indikator_id Delindikator Organisation_rapport
      Organisation_navn Periode_start Periode_laengde Taeller
      Naevner Vaerdi Vaerdi_komplethed CI_oevre CI_nedre
      Naevner_potentiel Kommentar ;

run;
```

```
Data konge.konge_2a; set konge data2a_alle;
Taeller =.;
run;
```