Implementeres pr 21.2.2022

Dokumentation af De kliniske kvalitetsdatabasers afrapporteringsmodel (KKA)

(tidligere kaldt Generisk Model)

**Indholdsfortegnelse**

**Et generisk format til afrapportering af data fra de nationale kliniske kvalitetsdatabaser under RKKP**

[Versionshistorik 3](#_Toc87347071)

[Baggrund 6](#_Toc87347072)

[Formål 6](#_Toc87347073)

[Beskrivelse af KKA 7](#_Toc87347074)

[Aktører 7](#_Toc87347075)

[Dataleverancer 7](#_Toc87347076)

[Årsrapportleverance 8](#_Toc87347077)

[Udvidet dokumentation og låsning af formater/udfald 8](#_Toc87347078)

[Generelt om obligatorisk navngivning og anvendelse af variable samt udfald 8](#_Toc87347079)

[Særligt vedrørende Årsrapportleverancer 9](#_Toc87347080)

[Overordnet beskrivelse af datasættene 11](#_Toc87347081)

[Specielle forhold vedr. løbende leverancer 16](#_Toc87347082)

[Specielle forhold vedr. årsrapportleverance 16](#_Toc87347083)

[Koblingen mellem datasæt i dataleverancen 17](#_Toc87347084)

[Nøgler 17](#_Toc87347085)

[Eksempel 1 17](#_Toc87347086)

[Eksempel 2 18](#_Toc87347087)

[Kodning af indikatorer for mortalitet og overlevelse 18](#_Toc87347088)

[Modellen 19](#_Toc87347089)

[Formater og eksempler 19](#_Toc87347090)

[Opmærksomhedspunkter i forhold til dannelse af CSV-filer 19](#_Toc87347091)

[Tabel 1: Datasæt, der indgår i Smal model med tilhørende variable 20](#_Toc87347092)

[Tabel 2: Datasæt, der indgår i Bred model med tilhørende variable 21](#_Toc87347093)

[Tabel 3: Datasæt- og variabelbeskrivelser af indholdet i modellen 22](#_Toc87347094)

[Bilag 1. Anvendelsesmuligheder for KKA (bilag udarbejdet af Region Syddanmark) 48](#_Toc87347095)

## Versionshistorik

| ***Dato*** | ***Versions-nr*** | ***Dokumenttitel*** | ***Ansvarlig/ forfatter*** | ***Ændringer*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 10nov2015 | 3.1 | Dokumentation af Generisk Model  | DFS/AQR | Indførsel af versionshistorikNyt udfald **Spredning** til **Indikatorformat** i datasæt 1. |
| 14dec2015 | 3.2 | Dokumentation af Generisk Model  | DFS/AQR | Uddybet beskrivelse af udfaldet **Spredning** i Indikatorformat.Tilføjelse af nyt udfald til variablen **Tidsreference** i datasæt 1: **Diagnosedato** |
| 5jan2016 | 3.3 | Dokumentation af Generisk Model | DFS/AQR | Uddybning af Eksempel 2 om Median s. 11.Opdatering af figur 1, forkert angivet koblingsvariabel mellem 2a og 2b, **Organisation** i stedet for **Organisation\_rapport**. |
| 8jan2016 | 3.4 | Dokumentation af Generisk Model | DFS/AQR | Opdatering af figur 1, manglende angivelse af primærnøgler i datasæt 4, kun angivet variabelnavn, tilføjet **Udfaldsrum** samt **Gyldighed\_start**. |
| 8mar2016 | 3.5a | Dokumentation af Generisk Model | DFS/ANNHAN | Opdatering jf. møde d. 8. marts 2016 i teknikergruppen sv.t. varsling af følgende nye udfald:*Datasæt 1:* Aggregering\_tid, nye udfald: U (uge); D (dag)Aggregering\_org, nyt udfald: KOMDatasæt 2a: Periode\_laengde, nye udfald: 0,25 (7 dage (uge)); 0,03 (1 dag).*Ny anvendelse*Der afleveres records i datasæt 2b, hvor enten forloebs\_id og/eller interventions\_id vil stå tomme – som kobler med flere records i datasæt 3, hvor forloebs\_id og/eller interventions\_id er udfyldt. Tomt forloebs\_id og/eller interventions\_id vil således markere kobling med flere records.Mindre præciseringer af sammensætning af gruppe og målgruppe i indledende afsnit |
| 5apr2016 | 3.5 | Dokumentation af Generisk Model | DFS/ANNHAN | Præcisering vedr. brug af KOM i datasæt 1 samt begrænsninger i udskiftning af **Indikator\_id** |
| 10apr2017 | 3.6.rev\_ds1 | Dokumentation af Generisk Model | JKH/Revisionsgrupper | Ændringsforslag til dokumentation fra revisionsgruppe vedr. datasæt 1, forår 2017 |
| 23maj2017 | 3.6.rev\_f | Dokumentation af Generisk Model | ANNHAN | Opsamling – forslag til revision mhp. revisionsmøde 1. juni 2017 |
| 27jun2017 | 3.7høringfremhævet | Dokumentation af Generisk Model, version på vej mod høringsudgave | ANNHAN | Efter revisionsmøde 1. juni 2017Grøn markering=ændring, der er indført uden regulær behandling i gruppen eller som følge af svar på snæver høring |
| 27sept2017 | 3.8høringfremhævet | Dokumentation af De kliniske kvalitetsdatabasers afrapporterings­model (KKA) | ANNHAN | Efter revisionsmøde sept. 2017Markerede ændringer=ændringer gennemført på eller efter mødet |
| 1.nov.2017 | 3.9førendelig | Dokumentation af De kliniske kvalitetsdatabasers afrapporterings­model (KKA) | ANNHAN | Ændringer indført efter okt. 2017-høring |
| 13mar2020 | 3.10(test) | Dokumentation af De kliniske kvalitetsdatabasers afrapporterings­model (KKA) | Carsten Agger | Ændringer til aftalt foreløbigt (på vej mod LPR3 og SOR) på mødet 12. nov. 2019; datasæt 7 og det der relaterede sig til datasæt 7, er taget ud. Desuden let redigering, bl.a. vedr. overskriftsniveauer. |
| 14apr2021 | 3.11(test) | Dokumentation af De kliniske kvalitetsdatabasers afrapporterings­model (KKA) | Carsten Agger | Fejlrettelser. Tilføjelse af Historik-kolonnen i tabel 3. Slettet omtale af at datasæt 2t kun indgår i årsrapportleverancer. Forlænget organisationsvariable mhp. SOR |
| 23aug2021 | 3.11b | Dokumentation af De kliniske kvalitetsdatabasers afrapporterings­model (KKA) | Carsten Agger | Variablen Sortering ændret fra tekstformat til numerisk heltal.Nyt afsnit "Kodning af indikatorer for mortalitet og overlevelse" indsat.Udvidet anvendelse af variablen Leveret i datasæt 1. |
| 13sep2021 | 3.11c | Dokumentation af De kliniske kvalitetsdatabasers afrapporterings­model (KKA) | Carsten Agger | Fremhævelse af flere ændringer siden 2017.Variablen Indikatornummer forlænget fra 5 til 10 tegn.Variablen Sortering: decimaltal tillades.Variable Variabelhelp: nyt navn Variablehelp. |
| 13okt2021 | 3.11d | Dokumentation af De kliniske kvalitetsdatabasers afrapporterings­model (KKA) | Carsten Agger | Ajourføring af enkelte forældede tekstafsnit og nogle få konsekvensrettelser efter modelændringer hen ad vejen |
| 9nov2021 | 3.11e | <ditto> | Carsten Agger | Indsat tabel med angivelse af nøgler i afsnittet "Koblingen mellem datasæt i dataleverancen". Ændret definitionen af variablene Delindikator, CPR og Interventions\_id, sådan at de skal være udfyldt med bestemt værdi når de ikke bruges.Ændret definitionen af Interventions\_id i datasæt 2b med hensyn til udfyldelse når flere records i datasæt 3 skal koble med én record i 2b.Indsat underafsnittene "Formater og eksempler" og "Opmærksomhedspunkter i forhold til dannelse af CSV-filer" i indledningen til hovedafsnittet "Modellen". |
| 17.jan.2022 | 3.11f | <ditto> | Carsten Agger | Konsekvensrettelser efter tidligere beslutning om at datasæt 2t skal med også i de løbende leverancer; datasæt 2t's navn tilføjes nu regionskode i de løbende leverancer og \_A i årsrapportleverancer. |
| 18.jan.2022 | 3.11g | <ditto> | Carsten Agger | Korrektion ift. 3.11f for variablen Filnavn i datasæt 0 |

## Baggrund

De kliniske kvalitetsdatabasers model til udveksling af kvalitetsdata (KKA), oprindeligt kaldt Generisk Model, blev udviklet i forbindelse med projekt i perioden november 2010 – august 2011 med deltagelse af det daværende NIP-sekretariat, daværende kompetencecentre for landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, de fem regioner samt Sundhedsstyrelsen (SST). KKA blev godkendt af projektets styregruppe og taget i brug i efteråret 2011. Beslutninger om brug og udrulning af modellen er efterfølgende overgået til Styregruppen for Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram (RKKP). Modellen administreres af RKKP og revideres løbende (større revisioner én gang hver andet år) af en teknikergruppe bestående af repræsentanter fra RKKP, de fem regioner, Sundhedsdatastyrelsen og repræsentanter for de øvrige aktuelle datamodtagere. Se mere om den oprindelige udvikling af modellen i notatet [her](http://www.rkkp.dk/siteassets/afrapportering/afrapportering-af-resultater/lobende-afrapportering/notat_generisk-model_hist.doc).

Det oprindelige formål med projektet var at sikre, at alle interesserede regioner kunne modtage løbende opdaterede leverancer med godkendte indikatorresultater og dertil hørende rådata fra de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser med henblik på afrapportering i regionernes ledelsesinformationssystemer (LIS). Efterfølgende har daværende RKKP-styregruppe besluttet, at regionerne skal kunne modtage og afrapportere resultater via KKA, og at RKKP skal kunne levere data fra de støttede landsdækkende kliniske databaser til KKA – med udgangspunkt i tidsplan, som kan tilgås [her](http://www.rkkp.dk/afrapportering/l%C3%B8bende%2Bafrapportering).

Fra medio 2016 er årlig videregivelse af data til Sundhedsdatastyrelsen blevet bekendtgørelseskrav for alle godkendte kliniske kvalitetsdatabaser (BEK nr 909 af 26/06/2016) / § 3. Det forventes, at det krav vil blive operationaliseret i form af krav om levering i KKA.

Erfaringsmæssigt er denne dokumentation tilstrækkelig til at forstå resultater sat op i KKA – men det kræver teknisk bistand fra RKKP at sætte resultater korrekt op i modellen. Det anbefales derfor, at opsætning i KKA altid sker med assistance fra RKKP.

## Formål

KKA er således en standardiseret dataleverance (et antal datafiler indeholdende variable med fast definerede navne og udfald), der sikrer, at dataleverandører (RKKP/kliniske kvalitetsdatabaser) og datamodtagere (regionerne, centrale sundhedsmyndigheder, primærsektoren, kommunerne) kan udveksle indikatorresultater og supplerende opgørelser fra de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser. Dataleverancen består af beregnede resultater, de bagvedliggende rådata samt metadata (beskrivelse af data samt indholdet i leverancen).

*Levering i et fast standardiseret format er nødvendigt for at modtager kan modtage videreformidle resultater for over 70 databaser*, ligesom det sikrer at indlæsning, udlæsning og behandling af data hos både dataleverandør og datamodtager i høj grad kan automatiseres. Levering efter KKA sikrer desuden, at alle kvalitetsdata afrapporteres svarende til databasernes aktuelle beregningsregler, og sikrer overensstemmelse mellem afrapportering i regi af databasen og regionale informationssystemer.

Med udgangspunkt i KKA er det muligt for datamodtager at:

* præsentere indikatorresultater fra landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser i LIS,
* danne overblik over inkluderede patienter (manglende indikatoropfyldelse, datakvalitet etc.)
* sikre mulighed for opgørelser af resultater på tværs af de allerede definerede opgørelsesniveauer/-perioder
* danne lister på CPR-niveau til brug for validering/anvendelse inden for databasens formål

Se en uddybende gennemgang af anvendelsesmuligheder i forhold til KKA-leverancerne i bilag 1 (sidst i dette dokument). KKA beskrives nærmere i det følgende, herunder muligheder og begrænsninger i modellen.

## Beskrivelse af KKA

De datafiler, som indgår i KKA-leverancen, beskrives i det følgende. Først beskrives leverancen på overordnet niveau. KKA-leverancen følger enten den smalle eller den brede model, hvor den smalle model er en delmængde af den brede model. Daværende RKKP-styregruppe besluttede i 2013 at prioritere leverancer efter den smalle model for at sikre en hurtig udrulning af KKA. I 2014 blev fulgt op med en principiel beslutning, at levering i bred model udgør relevant afrapportering fra databaserne.

**Den smalle model** består af beregnede indikatorresultater (opgjort på relevante organisatoriske opgørelsesniveauer og perioder, som kan variere fra område til område og mellem indikatorer) inklusiv tilhørende datasæt over patienter inkluderet og ekskluderet i resultaterne (individdata) samt tilhørende metadata. [Datasæt 0, 1, 2a, 2b, 6]. Inklusion af datasæt 6 i smal model skete ifm. 1. revision af KKA i jan. 2013 og levering af datasættet er obligatorisk efter 30. september 2014. (Inklusion af datasæt 7 skete ifm. 3. revision af KKA i juni 2017, og levering af datasættet var betinget obligatorisk, men i (test)version 3.10 er datasæt 7 taget ud.)

**Den brede model** inkluderer datasæt fra den smalle model samt supplerende oplysninger om alle relevante patientforløb og variable, der er indeholdt i databasen herunder oplysninger om, hvilke variabler, der er inkluderet i beregning af givne indikatorer. [Datasæt 0, 1, 2a, 2b, 2t, 3, 4, 5, 6].

Modellen er præsenteret samlet i den tekniske dokumentation.

### Aktører

**Dataleverandør**: RKKP er ansvarlige for at levere data efter KKA fra de landsdækkende kliniske databaser. Disse betegnes under ét *dataleverandører*. I teorien kan datamodellen også bruges til at levere data fra andre aktører til RKKP, men i udviklingen af modellen har alene været fokus på data fra databaserne.

**Datamodtager**: (p.t. de fem regioner, Sundhedsdatastyrelsen og KiAP) skal kunne modtage, behandle og afrapportere data leveret i KKA. Disse betegnes under ét *datamodtagere*. Potentielle datamodtagere er privathospitaler, kommuner, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) og interesse­organisationer.

Modtagerne skal sikre, at data alene anvendes til hjemlede formål samt af relevante brugere.

Rammer for regionernes modtagelse er nærmere beskrevet i databehandleraftaler mellem regionerne.

### Dataleverancer

Dataleverandør leverer **løbende KKA-leverancer** med ukommenterede indikatorresultater hver måned. Leveringsplan administreres af RKKP. Fra og med december 2014 opdateres alle leverancer mindst hver måned, senere er mange kommet i daglig leverance. Løbende KKA-leverancer skal indeholde resultater fra alle godkendte indikatorer, som det giver mening at opgøre løbende. Der stræbes efter hyppigere opdatering.

### Årsrapportleverance

Ud over de løbende leverancer er fra 2. kvartal 2015 tilstræbt KKA-leverance i forbindelse med udgivelse af årsrapporter. Leverancen skal indeholde resultater fra samtlige godkendte indikatorer svarende til resultaterne der fremgår af den aktuelle årsrapport. Årsrapportleveringer kan ske i to typer, som en foreløbig levering samtidig med første udsendelse af rapporten til regionerne samt en endelig version, svarende til udgaven der offentliggøres på Sundhed.dk.

### Udvidet dokumentation og låsning af formater/udfald

Følgende dokumentation af KKA er rettet til personer, der arbejder aktivt med levering eller modtagelse af data fra de kliniske kvalitetsdatabaser. Det er obligatorisk for alle RKKP-databaser at levere resultater i KKA sat op sv.t. beskrevet i vedhæftet.

KKA består af flere datasæt koblet via nøgleoplysninger om databasen, indikatoren og/eller den enkelte patient. Modellen sikrer afrapportering af kvalitetsdata, men er ikke en totalmodel og giver f.eks. ikke indsigt i indikatoralgoritmer, hvor der i stedet henvises til databasers årsrapporter og dokumentation i RKKP-dokumentation (https://www.rkkp-dokumentation.dk).

En KKA-leverance er et variabelt antal datasæt alt efter leverancetypen:

1. Løbende leverance i smal model: datasæt 0, 1, 2a, 2b, 6
2. Årsrapportleverance i smal model: datasæt 0\_A, 1\_A, 2a\_A, 2b\_A, 2t\_A, 6\_A
3. Løbende leverance i bred model: datasæt 0, 1, 2a, 2b, 2t, 3, 4, 5, 6
4. Årsrapportleverance i bred model: datasæt 0\_A, 1\_A, 2a\_A, 2b\_A, 2t\_A, 3\_A, 4\_A, 5\_A, 6\_A

### Generelt om obligatorisk navngivning og anvendelse af variable samt udfald

Navngivning af datasættene skal bestå af ”Database”\_”datasætnummer”, og for de datasæt hvor data er regionsafhængige, efterfulgt af ”\_regionsnummer”. Denne navngivningsstandard er obligatorisk og det er strengt nødvendigt for modtagersystemerne, at den overholdes, med mindre ændringer foranlediges på baggrund af ændringer i databasen. Dette forudsætter således, at flere databaser ikke anvender det samme navn for ”Database” hvorfor RKKP holder styr på forkortelserne, så de er unikke på tværs af områderne. Ved opsætning af nye områder, skal konsulteres med RKKP via fagligkvalitet@rkkp.dk. Eksempel på filnavne i en løbende levering samlet for hele landet er: DAP\_0; DAP\_1; DAP\_1; DAP\_2a; DAP\_2b; DAP\_2t; DAP\_3; DAP\_4; DAP\_5; DAP\_6

Variable navngives med stort begyndelsesbogstav med efterfølgende små bogstaver, opdeling af navnet sker ved brug af ”\_”, i tilfælde hvor en del af variabelnavnet er en kendt forkortelse normalvis skrevet med store bogstaver, såsom CPR eller CI, skrives de med store bogstaver. For udfald gælder det ligeledes, at ord har stort begyndelsesbogstav efterfulgt af små bogstaver, forkortelser, med et eller flere bogstaver, er med store bogstaver.

### Særligt vedrørende Årsrapportleverancer

Årsrapportleverancer navngives ”Database”\_”datasætnummer”\_”A\_””eventuelt regionsnummer”, der indsættes således \_A\_ for at indikere årsrapportleverance.

**Figur 1 Sammenhæng mellem de enkelte datasæt i KKA (Generisk Model). Indholdet af de enkelte datasæt gennemgås i de efterfølgende afsnit**

****

**Datasæt 0:** leveringsoplysninger, herunder filnavne på leveret data

**Datasæt 1**: indikatorspecificering med foruddefinerede variabelnavne/udfaldsmuligheder

**Datasæt 2a**: oplysninger om indikatoropfyldelse ift. givne opgørelsesperiode og –niveauer (aggregerede resultater) med foruddefinerede variabelnavne/udfaldsmuligheder. Typisk fremgår samlede lands- og regionsresultater.

**Datasæt 2b**: individdata, hvor oplysninger om indikatoropfyldelse ift. givne patienter fremgår med foruddefinerede variabelnavne/udfald (svarende til patienter inkluderet i datasæt 2a). Leveres kun til behandlingsansvarlig organisation.

**Datasæt 2t:** oplysninger om opgørelsesperioder i årsrapporterer.

**Datasæt 3:** individdata svarende til alle relevante oplysninger i databasen. Leveres kun til behandlingsansvarlig organisation.

**Datasæt 4:** variabel- og udfaldsliste for alle variable inkluderet i datasæt 3

**Datasæt 5:** koblingsoplysninger mellem datasæt 3 og 2 – hvilke variable er brugt til beregning af indikatorer – eller er relevante i forhold til indikatorer i øvrigt?

**Datasæt 6:** eksklusionsoplysninger – oplysninger om, hvorfor patienter evt. ikke indgår indikatorerne (pga. manglende relevans eller manglende oplysninger.

## Overordnet beskrivelse af datasættene

| **Data-sæt** | **Beskrivelse** | **Formål** |
| --- | --- | --- |
| **0** | Oplysninger om de datasæt, som indgår i leverancen, herunder filnavn, leveringsdato, leveringstype, markering af delte forløb og filformat.*Én observation i datasættet pr. leveret datasæt*. Datasæt 0 indgår ikke som en observation i datasættet – men skal opfylde navngivningsstandard (se afsnit Generelt om obligatorisk navngivning og anvendelse af variable samt udfald samt dokumentation af datasæt 0, **Filnavn**). | At sikre, at et modtagelsessystem får oplysninger om indholdet af leverancen og dermed kan indlæse automatisk 🡺 teoretisk muligt at modtage nye områder/databaser uden større justeringer Fra revision 2017 har også fremgået af datasættet, om resultaterne i datasæt 3 er baseret på delte forløb og der dermed skal udvises særlig opmærksomhed i brugerstyringSamt om tidligere leverede resultater er trukket tilbage og skal fjernes fra afrapporteringssystemerne.  |
| **1** | Oplysninger om databasens indikatorer, herunder unikt navn, dækkende beskrivelse (indeholdende officielt indikatornummer), indikatorformat, acceptabelt aggregeringsniveau (tid og organisation), standarder og konfidensinterval. *Én observation i datasættet pr. (del)indikator i databasen* *(pr. kombination af* ***Indikator\_id*** *og* ***Delindikator****).*Alle godkendte indikatorer i den enkelte database medtages i datasæt 1. Med variablen **Leveret** angives, hvorvidt resultater for den pågældende indikator er en del af KKA-leverancen (dette er nødvendigt, da visse indikatorer ikke meningsfyldt kan opgøres i de løbende KKA-leverancer; kun i årsrapportleverancen).Variablene **Gyldighed\_start** og **Gyldighed\_slut** angiver i hvilken tidsperiode den pågældende indikator er gyldig, **Gyldighed\_slut** er ikke udfyldt hvis indikatoren er en del af det gældende indikatorsæt. Ved større justering af en indikator (ændring i beregningsregler) sættes **Gyldighed\_slut** for indikatoren, og der oprettes en ny observation i datasættet for den nye version af indikatoren med nyt **Indikator\_id** (ny variabel). Der må ikke ske ændringer i Indikator\_id, hvis der ikke er sket ændringer i indikatoren. Det nye **Indikator\_id** kan med fordel være baseret på det gamle **Indikator\_id** således det kun er det sidste cifre der ændres på (XXX\_02\_001 til XXX\_02\_002). **Gyldighed\_start** er datoen for hvornår den nye indikator er trådt i kraft. Hvis det giver mening, kan opgørelser leveres tilbage i tiden ved at **Opgoer\_start** sættes til den oprindelige indikators **Gyldighed\_start**, læs mere om muligheder og anvendelse af opgørelsesangivelser for indikatorer i Appendiks.  | Primært: overblik over databasens aktuelle indikatorer og ikke mindst hvilken type indikator der er tale om (variablene **Indikatorformat** og **Indikatorstatus**)Sekundært: på sigt sikres historisk overblik over udviklingen i indikatorer givet at udgåede indikatorer skal markeres med udfyldning af **Gyldighed\_slut** samt kommentar med begrundelse for afvikling af indikatoren. Dermed kan ikke ske genbrug af Indikator\_id til andre indikatorer. |
| **2a** | Beregnede indikatorresultater. Oplysninger om indikatoropfyldelse (**Taeller**, **Naevner**, **Naevner\_potentiel**, **Vaerdi**, **Vaerdi\_komplethed)** ift. givne opgørelsesperioder og – niveauer (**Organisation\_rapport**, **Periode\_start**, **Periode\_laengde**), dvs. aggregerede resultater. Én observation i datasættet pr. kombination af **Indikator\_id,** **Delindikator**, periodeniveau (som udgangspunkt kalendermåned, -kvartal, -år, eller evt. andre opgørelsesperioder) og organisationsniveau (SHAK: Afdeling, Sygehus, Region, Land og/eller kommune).*Årsrapportleverancer afrapporteres kun på periodeniveau svarende til årsrapportperioden*. Nærmere oplysninger i afsnittet Specielle forhold vedr. årsrapportleverance. | Beregnede resultater til opgørelse i datamodtagers systemer. Resultaterne er beregnet for alle relevante kombinationer af flg. opgørelsesniveauer:Måned (kalender)Kvartal (kalender)År (kalender)Evt. andre opgørelsesperioder (f.eks. dag, uge)(Over)afdelingsniveau (SKS6)Afdelings/(afsnits)niveau (SKS7)SygehusniveauKommuneRegionsniveau LandsniveauNiveauer kan udelades, hvis der ikke kan afrapporteres meningsfuldt på dem (jf. variablene **Aggregering\_tid** og **Aggregering\_org** i datasæt 1) |
| **2b** | Oplysninger om de patienter, patientforløb og patientkontakter, som danner baggrund for de beregnede resultater i datasæt 2a. Individdata, hvor oplysninger om indikatoropfyldelse (**Taeller**, **Naevner**, **Naevner\_potentiel**, **Vaerdi**, **Datafejl**) ift. givne patienter fremgår.For hver relevant indikator (**Indikator\_id**) angives én observation pr. kombination af patient (**CPR**), patientforløb (**Forloebs\_id**), patientkontakt (**Interventions\_id**), dato (**Dato\_skaering)** og afdeling (**Organisation)**.**Eksklusions\_id** skal udfyldes for observationer, hvor **Naevner\_potentiel=**0 og for observationer, hvor **Datafejl** = 1.Det bør tilstræbes altid at levere alle relevante datafejl-årsager med i datasæt 2b – dette gøres obligatorisk ifm. den ordinære revision (2019). Hvis **Datafejl** = 1, er det ofte muligt at rette eller tilføje manglende information i indrapporteringssystemet, derfor skal alle datafejl-årsager leveres. Ved **Eksklusions\_id**=2(Ikke relevant) er ikke krav om udtømmende liste, da det ikke kræver yderligere handling fra klinikken.**Hvilke patienter skal inkluderes i datasæt 2b? 🡺** Alle patienter, hvor det for den pågældende indikator er mulig at opgøre **Dato\_skaering** og **Organisation**, inkluderes i datasæt 2b (relevans opgøres ved variablen **Naevner\_potentiel** = 0/1). Enkelte indikatorer eksisterer hvor CPR afrapportering ikke er relevant, i så fald findes ingen registreringer i 2b svarende til den aggregerede opgørelse i 2a. Hvis dette er tilfældet, angives det via relevante udfald for variablen **Leveret** i datasæt 1. | Sikrer at datamodtager kan danne fejl- og mangellister på CPR-niveau (manglende indikatoropfyldelse, datakvalitet etc.)Sikrer at datamodtager kan danne oversigter på CPR-niveau til relevant opfølgning i forbindelse med kvalitetsopfølgning*I de fleste tilfælde*: Sikrer at datamodtager kan genberegne de beregnede indikatorresultater i datasæt 2a med udgangspunkt i datasæt 2b (individdata), datasæt 1 og datasæt 2t. *Undtagelsen, hvor det ikke er muligt at genberegne resultater, f.eks. ved justerede resultater, der leveres primært som en del af årsrapportleverancen*. Disse vil i fald være markeret med **Reberegning**=0.Nærmere oplysninger i afsnittet *Specielle forhold vedr. årsrapportleverance*. |
| **2t** | Oplysninger om aktuelle og forudgående opgørelsesperioder i årsrapporten. *Én observation i datasættet pr. opgørelsesperiode*.*2t kobler med 2a som følger:***Audit\_start**<=**Periode\_start** & **Periode\_start**+**Periode\_laengde**<=**Audit\_slut***2t kobler med 2b som følger:***Audit\_start**<=**Dato\_skaering** <=**Audit\_slut** | Datasættet muliggør opgørelse af ”skæve” opgørelsesperioder, dvs. perioder som ikke følger kalenderår, -kvartaler eller – måneder.Datasættet muliggør ligeledes at have forskellig længde på nuværende og tidligere opgørelsesperioder. |
| **3** | Baggrunds­oplysninger for de patienter, patientforløb og patientkontakter, som er indeholdt i datasæt 2b. Individdata svarende til alle *relevante* oplysninger i databasen. Én observation pr. kombination af patient (**CPR**), patientforløb (**Forloebs\_id**) og patientkontakt (**Interventions\_id**). Der vil ikke altid være brug for alle tre niveauer, men variablene skal altid være udfyldt med CPR eller id’er. Dvs. op til to af de tre variable (**CPR**, **Forloebs\_id, Interventions\_id)** kan stå tomt. Hvis flere records i datasæt 3 kobler med én record i datasæt 2b styres dette typisk via **Forloebs\_id, Interventions\_id: Interventions\_id** vil sættes tomt i datasæt 2bog være udfyldt i datasæt 3. Her skal en visning inkludere alle rækker med det givne **CPR**+ **Forloebs\_id.** Hvis alle records for det givne **CPR** skal vises, sættes **Forloebs\_id** tomt i 2b.Hvilke *relevante* variable, der skal inkluderes i datasæt 3 samt hvor bearbejdede data skal leveres er en vurderingssag og afgøres fra database til database, men det skal være variable, som er relevante i forhold til fortolkning og vurdering af indikatorresultater og beskrivelse af patientpopulationen i databasen. Datasættet skal indeholde alle variabler, der er anvendt i beregning af de leverede opgørelser.Der skal sikres, at der kun gives adgang til databasen eller godkendte oplysninger ift. validering af databasen (f.eks. LPR-oplysninger, om patienter, der opfylder inklusionskriterier, men ikke er indberettet)*Datasæt 3 leveres kun ved leverance af bred model.*Variabelbeskrivelse og beskrivelse af variabeludfald fremgår af datasæt 4.Det fremgår af datasæt 5, hvilke baggrundsoplysninger der er relevante for hver enkelt indikator | Bearbejdede data på patientniveau for de patienter, som indgår i datasæt 2a og 2b. Datamodtager kan benytte disse supplerende baggrundsvariable til at gøre fejl- og mangellister mere relevante og forståelige for klinikerne (datasæt 5 angiver hvilke baggrundsvariable der er relevante af vise for den enkelte indikator).Datamodtager kan ligeledes benytte baggrundsvariable til ad-hoc stratificering og gruppering af indikatorresultater.Vurderer om afdelingernes kliniske praksis lever op til gældende retningslinjer og evt. validere /eftergøre beregninger |
| **4** | Variabel- og udfaldsliste for alle variable inkluderet i datasæt 3.*Datasæt 4 leveres kun ved leverance af bred model.* | Gør det muligt at fortolke variable og variabeludfald i datasæt 3. |
| **5** | Koblingsoplysninger mellem datasæt 3 og 2b. Hvilke variable er brugt til beregning af en given indikator – eller er relevante i forhold til indikatorer i øvrigt, f.eks. til visning på fejl- og mangellister.*Datasæt 5 leveres kun ved leverance af bred model.* | Hjælper datamodtager med at vurdere, hvilke baggrundsvariable, som er relevante at vise/benytte i sammenhæng med en given indikator, så der f.eks. kan udarbejdes tilpassede fejl- og mangellister. |
| **6** | Eksklusionsoplysninger – oplysninger om, hvorfor patienter er ekskluderet fra opgørelsen/indikatorresultatet. Én eksklusionsårsag pr. observation (række) i datasæt 6.1. hvorfor patienten ikke indgår i resultatet pga. datafejl (skal udfyldes for Datafejl = 1 i datasæt 2b) 2. Ikke er relevante i forhold til en given indikator (skal udfyldes for Naevner\_potentiel = 0 i datasæt 2b) Eksklusioner er koblet til datasæt 2b med variablen **Eksklusions\_id**. Der kan være flere eksklusionsårsager af typen datafejl pr. observation i datasæt 2b, men hvis eksklusionstypen er ”Ikke relevant” anvendes kun den ene eksklusionstype. **Eksklusions\_id** i datasæt 2b er således et array, dvs. f.eks. ”1,2,9”, mens det i datasæt 6 er en værdi, f.eks. **Eksklusions\_id** = 9.Enhver levering i KKA skal være fuldstændig – dvs. datasæt 6 skal leveres komplet ift. alle leveringer. Derudover er følgende gældende, når det gælder konsistens mellem leveringer:* Der er krav om konsistens i [Eksklusion] på tværs af løbende/årsrapportleveringer inden for samme sygdomsområde på leveringstidspunktet.
* 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. Men det tilstræbes at datasæt 6 skal være ens i løbende og årsrapportleverancer på leveringstidspunkt (ensbetydende med ens Eksklusion, Eksklusions\_id og det samme antal observationer i datasættet m.v.)
* Der er ikke krav om, at eksklusionsbegrundelser ([Eksklusion]) genbruges på tværs af sygdomsområder
* Eksklusion bør formuleres med tanke på slutbrugeren, så det umiddelbart er muligt at rette/tilføje data i indrapporteringssystemet/kildesystemer ved at læse teksten.
 | Gør det muligt for datamodtager at anføre eksklusionsårsag(er) på fejl- og mangellister.Det er muligt at afrapportere én/flere eksklusionsårsager – og i skiftende detaljeringsgrad – dette vil påvirke anvendelsesmulighederne. I kommende revisioner skal tages stilling til, om der skal ske en begrænsning af fortolkningerne af modellen på dette punkt. |

## Specielle forhold vedr. løbende leverancer

* Nogle indikatorer kan ikke meningsfyldt opgøres, eller kun delvist leveres i de løbende leverancer. Disse markeres i datasæt 1 som **Leveret** = 2 (for ikke leveret af anden årsag) og inkluderes *ikke* i datasæt 2a og 2b eller **Leveret** = 4/5 (Leveret men ingen eller kun delvise CPR-oplysninger).
* I kommentarfeltet (**Leveret\_kommentar**) anføres, hvorfor der ikke kan ske relevant leverance eller hvorfor der sker begrænset leverance.
* Den løbende leverance skal som minimum indeholde resultater for de seneste tre år (hvis disse kan opgøres), og gerne flere.

## Specielle forhold vedr. årsrapportleverance

* I forbindelse med årsrapportleverance opgøres der i datasæt 2a kun på periodeniveauet årsrapport, dvs. nuværende samt forudgående årsrapportperioder. Der opgøres *ikke* på kvartals- eller månedsniveau.
* Der leveres på alle relevante niveauer i det organisatoriske hierarki (**Aggregering\_org**), uanset om niveauerne fremgår af selve årsrapporten
* Justerede resultater, som ikke kan genberegnes af datamodtager, markeres med **Reberegning\_type**='Just'i datasæt 1. Patientdata for den pågældende indikator medtages stadig i datasæt 2b, men udelukkende med en markering af, hvorvidt patienten indgår i beregningen af den justerede indikator eller ej (**Naevner** = 0/1, **Naevner\_potentiel** = 0/1, **Datafejl** = missing/1).
* Årsrapportleverancen skal som minimum indeholde nuværende og de to forudgående årsrapportperioder (såfremt disse kan opgøres), og helst fuld historik. For modtagersystemer anbefales altid kun at vise den seneste årsrapportleverance.

## Koblingen mellem datasæt i dataleverancen

Se **Figur 1** for koblinger mellem datasæt.

### Nøgler

Følgende tabel angiver éntydige nøgler i datasættene. Variable der indgår i nøglen, må ikke være tomme.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datasæt** | **Primær nøgle** |  | **Datasæt** | **Primær nøgle** |
| Datasæt 0 | Filnavn |  | Datasæt 3 | CPRForloebs\_idInterventions\_id |
| Datasæt 1 | Indikator\_idDelindikator |  | Datasæt 4 | VariabelnavnUdfaldsrumGyldighed\_start |
| Datasæt 2a | Indikator\_idDelindikatorOrganisation\_rapportPeriode\_startPeriode\_laengde |  | Datasæt 5 | Indikator\_idRelevantvariabel |
| Datasæt 2b | Indikator\_idCPRForloebs\_idInterventions\_idOrganisationOrganisation\_rapport |  | Datasæt 6 | Eksklusions\_id |
| Datasæt 2t | Id\_nr |  |  |  |

I det følgende gives eksempler på, hvordan resultater kobles mellem datasæt. Dette er ikke tænkt som en teknisk dokumentation af modellen, som kan ses nedenfor, men alene ad hoc beskrivelse af logikken i leveringerne af KKA-data. Se desuden appendiks til dokumentationen med eksempler på anvendelse og sammenhæng mellem datasæt.

### Eksempel 1

I 2a er angivet at **Vaerdi** = 35 for **Indikator\_id**=”APO\_01\_001” for **Organisation\_rapport** = ”X” for en given periode med **Periode\_start**=’01jan2013’ og **Periode\_laengde**=1; **Taeller** = 35 og **Naevner** = 100; **Naevner\_potentiel** = 110

I datasæt 1 kan ses, at indikatorformatet er **Andel**, **Standard** = 25, og **Retning** =”>=”. Dermed kan konstateres, at 35 % opfylder indikatoren.

De 35 patienter, der indgår i tæller kan findes i datasæt 2b, som patienter, hvor **Organisation\_rapport** = ”X”; **Taeller** = 1; **Indikator\_id** = ”APO\_01\_001”. De 100 patienter, der indgår i nævneren, kan findes i 2b, hvor **Organisation\_rapport** = ”X”; **Naevner** = 1; **Indikator\_id** = ”APO\_01\_001” og **Dato\_skaering** ligger inden for perioden (i eksemplet, en måned fra den 1. januar 2013).

De 10 patienter, der indgår i **Naevner\_potentiel**, men ikke i **Naevner** (=patienter, der kunne indgå i indikatoren, men ikke gør det pga. datafejl/eksklusion), kan findes i 2b, hvor **Organisation\_rapport** = ”X”; **Indikator\_id** = ”APO\_01\_001”; **Naevner\_potentiel** = 1; **Naevner**=0. For disse patienter, vil være anført et **Eksklusions\_id** i 2b. I datasæt 6 kan findes forklaringer på disse eksklusioner.

### Eksempel 2

I 2a er angivet at **Vaerdi** = 2,5 for **Indikator\_id** =”DB\_02\_001”, **Delindikator** = 2; **Organisation\_rapport** =”X”; **Taeller** =., **Naevner**=100 og **Enhed**=”Dage”.

I datasæt 1 kan ses, at indikatorformatet for **Indikator\_id** =”DB\_02\_001” **Delindikator** = 2 er ”Median”. Dermed kan konstateres, at medianen er 2,5 dage.

De 100 patienter, der indgår opgørelsen kan findes i datasæt 2b, som patienter, hvor **Organisation\_rapport**=’X’; **Naevner** = 1; **Indikator\_id** = ”DB\_02\_001” og **Dato\_skaering** ligger inden for perioden angivet via **Periode\_start** og **Periode\_laengde** i datasæt 2a. Den værdi, som patienterne indgår i beregninger med, fremgår af **Vaerdi** i 2b. I datasæt 2a vil **Taeller**, **CI\_oevre** og **CI\_nedre** være blanke ved Median opgørelser. **Naevner\_potentiel** vil have samme værdi som **Naevner**, der begge summerer hvis **Naevner**=1, og **Vaerdi\_komplethed**=100, da Median kun kan beregnes for udfyldt **Vaerdi**.

## Kodning af indikatorer for mortalitet og overlevelse

En kvalitetsindikator der beskriver mortalitet (dødelighed), vil som udgangspunkt have en modsatrettet forbedringsretning i forhold til en indikator der beskriver overlevelse.

Ved mortalitet vil man gerne måle hvor mange patienter dør der f.eks. efter en specifik operation, behandling eller anden klinisk event. Ofte er det et tidsinterval i perioden efter det kliniske event som der måles på. Her vil en forbedringsretning søge at minimere dødeligheden for patienterne (angivet med <= eller <). Hvis en patient dør inden for den angivne periode, så vil patienten optræde i indikatoropgørelsen og i datasæt 2b med Tæller = 1. Patienter der overlever i den angivne periode, vil optræde med Tæller = 0.

Ved en overlevelsesindikator vil målet være at øge overlevelsen for patienterne, og derfor vil forbedringsretningen være at maksimere dette (angivet med >= eller >). Hvis en patient overlever efter det kliniske event i perioden, så vil patienten optræde i indikatoropgørelsen og i datasæt 2b med Tæller = 1, og ellers vil patienten optræde med Tæller = 0.

#

## Modellen

Datasættene i modellen indeholder de følgende foruddefinerede variabler, som skal leveres i rækkefølgen angivet nedenfor.

Der skal leveres sv.t. de angivne variabelnavne og udfald – også i forhold til små/store bogstaver. For enkelte talvariable kan ikke specificeres et format på forhånd.

### Formater og eksempler

Følgende formater skal anvendes på numeriske variable i datasæt leveret i henholdsvis SAS- og CSV-format:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type** | **SAS-format** | **SAS-eksempel** | **CSV-format** | **CSV-eksempel** |
| Heltal | **8.\*** | 4242 | **8.\*** | 4242 |
| Decimaltal | COMMAX**8.2\*** | 4.242,42 | NUMX**8.2\*** | 4242,42 |
| Dato | EURDFDD10. | 08.07.2021 | DDMMYY10. | 08/07/2021 |
| Datotid | DATETIME19. | 08JUL2021:10:46:28 | DATETIME19. | 08JUL2021:10:46:28 |

\*Heltal og Decimaltal kan forekomme med forskellige længder. I ovenstående eksempel er der brugt hhv. formaterne 8. og 8.2.

### Opmærksomhedspunkter i forhold til dannelse af CSV-filer

Nedenstående processer foretages i dannelsen af CSV-filerne:

* Hvis der optræder et semikolon i en variabel, vil indholdet i kolonnen være omkranset af anførselstegn.
* Linjeskift (0D 0A) i felter bliver fjernet og erstattet med mellemrum

### Tabel : Datasæt, der indgår i Smal model med tilhørende variable

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datasæt 0** | **Datasæt 1** | **Datasæt 2a (aggregeret)** | **Datasæt 2b** | **Datasæt 2t** | **Datasæt 6** |
| * Database
* Officielt\_navn
* Filnavn
* Fullload
* Filformat
* Leveringsdato
* Leveringstype
* Delte\_forloeb
* Link
* Kommentar
 | * Database
* Indikator\_id
* Indikatornummer
* Sortering
* Indikatornavn
* Indikatorbeskrivelse
* Indikatorformat
* Indikatortype
* Reberegning
* Reberegning\_type
* Standard
* Standard\_max
* Standard\_komplethed
* Standard\_type
* Forbedringsretning
* Indikatorstatus
* Delindikator
* Gyldighed\_start
* Gyldighed\_slut
* CI\_visning
* CI\_beregning
* Aggregering\_tid
* Aggregering\_org
* Kommentar
* Leveret
* Leveret\_kommentar
* Tidsreference
* Enhed
* Tidsforskydning
* Tidsfors\_enhed
* Datakilde\_opdateret
* Opgoer\_start
* Opgoer\_slut
 | * Database
* Indikator\_id
* Delindikator
* Organisation\_rapport
* Organisation\_navn
* Periode\_start
* Periode\_laengde
* Taeller
* Naevner
* Vaerdi
* Vaerdi\_komplethed
* CI\_oevre
* CI\_nedre
* Naevner\_potentiel
* Kommentar
 | * Database
* Indikator\_id
* Forloebs\_id
* Interventions\_id
* CPR
* Organisation
* Organisation\_rapport
* Dublet\_org
* Dato\_skaering
* Taeller
* Naevner
* Naevner\_potentiel
* Datafejl
* Vaerdi
* Vaegt
* Eksklusions\_id
 | * Database
* Id\_nr
* Audit\_start
* Audit\_slut
 | * Database
* Eksklusions\_id
* Eksklusion
* Eksklusionstype
 |

### Tabel : Datasæt, der indgår i Bred model med tilhørende variable

**Modellen består af alle datasæt i Smal model samt nedenstående datasæt**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datasæt 3** | **Datasæt 4** | **Datasæt 5** |
| * Database
* Forloebs\_id
* Interventions\_id
* CPR
* Alle variabler i databasen
 | * Database
* Variabelnavn
* Variablehelp
* Variabeltekst
* Dataformat
* Variabeltype
* Udfaldsrum
* Tekst
* Gyldighed\_start
* Gyldighed\_slut
* Datakilde (optionel)
 | * Database
* Indikator\_id
* Relevantvariabel
 |

### Tabel : Datasæt- og variabelbeskrivelser af indholdet i modellen

**I variabeltype angiver Char karaktervariable, mens Num angiver numeriske variable; der angives kun antal tegn hvis variabeltype er af typen Char eller dato.**

| **Data-****sæt** | **Variabelnavn** | **Udfald** | **Variabel-type** | **Antal tegn** | **Beskrivelse/bemærkninger** | **Historik** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **0** | Database | Forkortet databasenavn | Char | 10 | Foruddefineret forkortelse for databaserne, som skal gå igen i identisk form i alle datasæt. Skal være unik på tværs af sygdomsområder. Indgår i alle datasæt og datasætnavne.EX. DLCR |  |
| **0** | Officielt\_navn | Officielt databasenavn | Char | 80 | Det navn, som skal fremgå i en visning af resultaterne. Ex. Dansk Lungecancer Register |  |
| **0** | Filnavn | Filnavne for datasæt, der er leveret | Char | 30 | Filnavn navngives ud fra variablen **Database** de datasæt, der varierer i indhold ift. regioner, navngives desuden med ”\_regionskode”. Se nedenstående eksempler DLCR\_1DLCR\_2a\_1081DLCR\_2b\_1081DLCR\_2tDLCR\_3\_1081DLCR\_4DLCR\_5DLCR\_6Leveringerne skal ikke ’tidsstemples’ i navnet. Bemærk at datasæt 0 ikke i sig selv skal indgå i datasæt 0. | V. 3.11f: datasæt 2t tilføjet regionskodeV. 3.11g:datasæt 2t igen uden regionskode |
| **0** | Fullload  | 0;1 | Num |  | Indikerer om datasæt er fuldt opdateret, eller skal aggregeres med tidligere fremsendelser. Der er indtil videre valgt at køre med full load i leveringerne.0=ikke full load;1 = Full load |  |
| **0** | Filformat | XLS;CSV;SAS | Char | 3 | Filformater; udfald udtømmendeXLS: EXCEL (eventuelt også XLSX)CSV: SemikolonsepareretSAS: SAS-datasæt |  |
| **0** | Leveringsdato | Dato | Num/Date | 10 | Dato for levering af datasættet. |  |
| **0** | Leveringstype | 1; 2;3;49  | Num |  | Markerer, om der er tale om levering af løbende opdaterede resultater eller en årsrapportlevering samt fra revision 2017, om der er tale om en "tom" levering, der indikerer at tidligere leverede resultater trækkes tilbage og skal fjernes fra afrapporteringssystem1 = Løbende, 2 = Årsrapport foreløbig,3 = Årsrapport endelig4= Løbende, ikke komplet leverance 9=Tilbagetrukne resultater.Udfald 4 anvendes, når en leverance leveres løbende men den er ikke komplet. Det kan f.eks. være at al data for en database ikke kan leveres fordi der ikke er adgang til al relevant kildedata. Det kan også gælde, hvis en database kun har fået opsat en mindre del af sit indikatorsæt i KKA, men der ønskes at leveres denne mindre del.Udfald 9 anvendes, når resultater tilbagetrækkes. Her sker smal KKA-levering, hvor alle datasæt står uden indhold – men med oprettede variable svarende til i denne dokumentation.Der skal stræbes efter så få tilbagetrækninger som muligt. Muligheden skal alene anvendes, hvis der ikke kan ske levering af tidligere retvisende resultater. | V. 3.11: Nye udfald 4 og 9 |
| **0** | Delte\_forloeb | 1;2 | Num | 2 | 1=Oplysninger i en række i datasæt 3 er leveret på tværs af afdelinger/andre organisation inden for samme sektor, 2=Oplysninger i en række i datasæt 3 er leveret på tværs af afdelinger på tværs af regioner Hvis feltet er blankt, er alle oplysninger i en række i datasæt 3 leveret af afdeling, der fremgår af organisation i datasæt 2b. Alternativt er der alene leveret i smal model. | V. 3.11:Ny variabel |
| **0** | Link | Tekstfelt | Char | 250 | Link til hjemmeside og/eller evt. online indikatordokumentation eller dokumentationsskabelon |  |
| **0** | Kommentar | Tekstfelt | Char | 500 | Her beskrives og begrundes evt. mangelfulde eller tilbagetrukne resultater. Obligatorisk felt ved brug af **Leveringstype=**[4,9] og valgfri for øvrige **Leveringstyper**.  | V. 3.11:Ny variabel |
| **1** | Database | Se under datasæt 0  | Char | 10 | Udfald skal koble med tilsvarende i alle andre datasæt |  |
| **1** | Indikator\_id | Tal/bogstavskode,ID for den enkelte indikator | Char | 25 | **Indikator\_id**+**Delindikator** skal tilsammen være unik og skal koble med tilsvarende i datasæt 2a, 2b, 5.ID skiftes, hvis der sker ændringer i: standard; beregningsmetode; betydende ændringer i formulering af indikatorer, der må forventes at påvirke resultaterne. Navngivning af **Indikator\_id**: **Database**/forkortelse- +indikatorciffer+indikatorversionF.eks. ”APO\_01\_001” ”APO\_01\_002” ”APO\_10\_001”, hvor de to første eksempler den samme indikator som f.eks. har ændret standard og den sidste er en anden indikator.Hvis ændringen er af mindre karakter såsom standard ændring sættes nyt versionsnummer, mens en betydende ændring vil medføre nyt indikatorciffer.Indikatorciffer kan indenfor den enkelte opbygges af et valgfrit antal cifre (001, 002; 0001, 0002; 1001, 1002 osv.), men stilen skal være konsistent, entydig og samme længde indenfor den enkelte database.Indikatorversion er et løbenummer på forment 001, 002 etc. 0001, 0002 osv. kan også vælges, hvis der er behov for det, men skal i givet fald indføres generelt inden for den enkelte database. | V. 3.11:Forlænget |
| **1** | Indikatornummer | Tekst | Char | 10 | I **Indikatornummer** anføres indikatorens officielt vedtagne indikatornummer, f.eks. 1, 2, 10a, Ia, IIb osv. Indholdet i feltet benyttes til visning af indikatorresultater i f.eks. LIS og i databasens årsrapport. I tidligere udgaver af dokumentationen udgjorde Indikatornummer en numerisk variabel.Forlænget for at give plads til faktisk anvendelse. | V. 3.10: Ændret format og anvendelseV. 3.11c:Forlænget |
| **1** | Sortering |  | Num |  | **Sortering** er en sorteringsvariabel, der ikke nødvendigvis er unik over tid (men unik inden for hver levering for leverede indikatorer), og angiver afrapporteringsrækkefølgen svarende til rapporter m.v.  | V. 3.10: Ny variabelV. 3.11b: Ændret format |
| **1** | Indikatornavn | Unikt, kort indikatornavn | Char | 40 | Navn, der kan vises i kort oversigt, unikt inden for databasen/leveringen. Helst, men ikke nødvendigvis, selvforklarende navn for indikatoren. Indikatornummer må ikke være en del af **Indikatornavn**, men skal i stedet aflæses i feltet **Indikatornummer/Indikatornummertekst.**Der skal tilstræbes så korte - men stadig meningsfulde – betegnelser, som muligt | V. 3.10:Ændret anvendelse |
| **1** | Indikatorbeskrivelse  | Beskrivelse af indikatoren | Char | 200 | Selvforklarende beskrivelse af indikatoren, anbefales så kort som muligt. For længere forklaring af den enkelte indikator henvises til databasens øvrige dokumentation. Indikatornummer må ikke være en del af **Indikatorbeskrivelse**, men skal i stedet aflæses i feltet **Indikatornummer** | V. 3.10:Ændret anvendelse |
| **1** | Indikatorformat | Andel;Gns;P\_25;P\_75;P\_X;Min;Max;Median; Lup;Rate;Antal;Surv\_X;Spredning | Char | 10 | Beskriver mulige udfaldstyper. Giver oplysninger om, hvilket format **Vaerdi** i datasæt 2a og 2b er angivet i.Andel: procentdelGns: gennemsnit på kontinuerligt talP\_25: 25. percentil på kontinuerligt talP\_75: 75. percentil på kontinuerligt talP\_X: X. percentil på kontinuerligt talMin: minimumMax: MaksimumMedian: median på kontinuerligt tal Lup: LUP-skala (udfald indført for at modellen teoretisk kan anvendes til Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser; bruges ikke i regi af databaserne)Rate: rateAntal: Antal enheder der indgår (i datasæt 2b kodes **Naevner** = 1 og **Vaerdi** = 1, hvis record skal **tælles** med, dermed sum[Vaerdi])Surv\_X = sandsynlighed for at overleve i X år/måneder/dage eller mere, kan eks. være 5-års overlevelse eller 30-dages overlevelse. X anvendes til at angive perioden i tal og i **Enhed** angives om der er tale om år/måneder/dage. For nærmere forklaring af resultater af denne type henvises til de årsrapporter, hvor resultaterne også afrapporteres [Gældende fra 30nov2015]Spredning = også kaldet standardafvigelse. Anvendes til at beskrive hvor meget en variabel fordeler sig omkring sin gennemsnitsværdi. [Gældende fra 22dec2015] | V. 3.10:Færre udfald |
| **1** | Indikatortype | 1; 2; 3; 4; 5; 6 | Num |  | Angiver hvilken type indikator, der er tale om1: Struktur2: Proces 3: Resultat4: Dækningsgrad 5: Overensstemmelsesgrad (=patienter, der er indberettet til databasen, men ikke kan genfindes i alternativt register (ex. LPR) ifm. opgørelse af komplethed) 6: Andet (f.eks. prognostisk faktor, aggregeret mål) | V. 3.10:Ny variabel |
| **1** | Reberegning | 0;1;2 | Num | 1 | Angiver om det er muligt at reberegne indikatorresultatet på basis af 2b0=Reberegning ikke mulig på basis af 2b1=Reberegning mulig på basis af 2b2=Reberegning mulig men kræver særlig operationalisering, som er beskrevet i appendiks.Se næste felt for årsager til at reberegning ikke er muligt. | V. 3.10:Ny variabel |
| **1** | Reberegning\_type | JustDelvis\_cprAndet | Char | 10 | Angiver grunden til, at der ikke kan reberegnes på basis af 2b, kun udfyldt, hvis udfald i Reberegning er (0,2)Just=Justerede resultater – beregning kræver adgang til data fra hele landet og/eller data på baggrundsbefolkning/tidligere år.Delvis\_cpr = ingen eller kun delvise CPR-oplysninger pga. fortrolighedshensynAndet=særlige hensyn skal tages i afrapportering af data. | V. 3.10:Ny variabel |
| **1** | Standard | Tal  | Num |  | Angiver det mål for kvalitet, der danner grundlag for vurdering og evaluering af en ydelses kvalitet. Hvis **Indikatorformat**=Andel kan værdien i **Standard** ikke overstige 100.Hvis **Standard\_max** er udfyldt angiver tallet i variabel **Standard** den nederste grænse i (fra og med) intervallet.[Udvidet udfaldsrum gældende fra 31maj2015] |  |
| **1** | Standard\_max | Tal  | Num |  | Hvis Standard\_max er udfyldt, er der fastsat intervalstandard – og her angives tallet i variabel Standard\_max som den øverste grænse i intervallet (til og med). Hvis **Indikatorformat**=Andel kan værdien i **Standard\_max** ikke overstige 100. Hvis der ikke er interval-standard, er dette felt ladet blank. [Udvidet udfaldsrum gældende fra 31maj2015] |  |
| **1** | Standard\_komplethed | Tal mellem 0 og 100 | Num |  | Standard – datakomplethed for indikator x. Der er generelt ingen standarder for komplethed: i basiskrav står 90 %, i tidl. NIP blev anvendt 80 %. I det tilfælde der er sat standard, er der typisk tale om, at komplethed er ophøjet til en regulær indikatorDermed er denne variabel ikke relevant for langt de fleste områder, og vil i de tilfælde være blank. |  |
| **1** | Standard\_type | Ø;A;Blank felt | Char | 1 | Denne opdeling bruges kun i ganske få databaser. I langt de fleste øvrige databaser er standarden udtryk for det ønskværdige. Feltet skal stå tomt, hvis der ikke er taget positivt stilling af styregruppe for databasen, om der er tale om den ene eller anden typeØ = ØnskværdigA = AcceptabelBlank felt= Der skelnes ikke mellem standardtyper |  |
| **1** | Forbedringsretning | >=;<=;>;<;I | Char | 2 | Angiver om standarder er minimums-, maksimums- eller intervalstandard. **Forbedringsretning** = ”I” hvis der er tale om en intervalstandard (standard mellem x og y %). Værdien kan vælges udfyldt selv når der ikke er fastsat en specifik standard for at angive om et højt eller lavt resultat er ønskværdigt.>= : Større end eller lig med<= : Mindre end eller lig med> : Større end< : Mindre endI=Intervalstandard, en intervalstandard anvendes ved indikatorer hvor standarden skal være større end en værdi og mindre end en anden værdi. I sådanne tilfælde anvendes **Standard** som minimumsværdien og **Standard\_max** som max værdien i intervallet. |  |
| **1** | Indikatorstatus  | O;P; S; | Char | 2 | Beskriver forskellige resultater, der skal opgøres. Er udtømmende. En basislevering vil alene indeholde resultater med **Indikatorstatus** = O O =IndikatorP = prognostisk faktor f.eks. fordeling på sygdomsstadie/alderS = Supplerende f.eks. dækningsgrad eller indikatoropgørelser fordelt på patientkategorier  | V. 3.10:Færre udfald |
| **1** | Delindikator  | Nummere­ring, tal eller tekst | Char | 6 | Angiver hvilken delindikator, opgørelsen dækker. **Indikator\_id**+**Delindikator** skal tilsammen være unik.Eksempel på anvendelse af **Delindikator** Indikator DIA-02-001: blodtryk – delindikator 1 = blodtryk, gennemsnit Indikator DIA-02-001: blodtryk – delindikator 2 = blodtryk, median Indikator DIA-02-001: blodtryk – delindikator 3 = blodtryk, 10. percentil=> kun værdi for delindikator 1 går ind i 2b, hvor resultatet på patientniveau er det samme for alle delindikatorer.Delindikatorer er opgørelser på den samme population, der er ikke tale om delpopulationer af en indikator.Hvis der ikke er delindikatorer, skal feltet udfyldes med "0".Brug af delindikator har ikke været i praktisk brug fra 2015, hvor der i stedet vælges løsning, hvor opgørelserne får separat **Indikator\_id**. | V. 3.11e: Værdi hvis der ikke er del­indikatorer, ændret fra blank til "0" |
| **1** | Gyldighed\_start | Dato | Num/Date | 10 | Hvornår indikatoren er gældende fra.  |  |
| **1** | Gyldighed\_slut | Dato  | Num/Date | 10 | Hvornår indikator er gældende til. Anvendes hvis en indikator udgår eller ændres. |  |
| **1** | CI\_visning | Tal typisk mellem 75-99.  | Num |  | Markerer om resultatet skal have påsat konfidensintervaller i afrapportering og angiver konfidensniveau. Som udgangspunkt afrapporteres indikatorresultater med 95 % konfidensniveau (feltet udfyldes med 95).Angivelse af konfidensniveau i procent (som heltal) typisk mellem 75-99. Hvis Konfidensinterval ikke skal vises, angives blankt felt (missing)Hvis CI\_beregning=7 (f.eks. median, percentil), udfyldes CI\_visning ikke |  |
| **1** | CI\_beregning | 1;2; 3;4;5;6;7;8;99 | Num |  | Angiver metode til beregning af konfidensinterval. Dataleverandør (se definition i afsnittet Aktører, side 6) anfører hvilken metode der benyttes til beregning af konfidensintervaller for hver indikator. Det er datamodtagers ansvar at benytte den korrekte metode, hvis resultater genberegnes i modtagesystemet. 1 = Wald (standard / traditional method) 2 = Agresti-Coull (successes 2 failures method)3 = Clopper Pearson (Exact method)4 = Jeffreys method 5 = Wilson (Score method)6 = Mid-P7 = InterQuartileRange [Gældende fra 6nov2015]8 = Exact Poisson99 = Beregningsmodel er ikke på listen |  |
| **1** | Aggregering\_tid | Å; K; M; U; D | Char | 1 | Angivelse af den mindste tidsenhed, som resultater ifølge dataleverandør bør aggregeres til (År, Kvartal, Måned, Uge, Dag) |  |
| **1** | Aggregering\_org | DK;REG;SKS4;SKS6;SKS7; KOM;YDERNR;SOR | Char | 8 | Angivelse af den mindste organisatoriske enhed, som resultater ifølge dataleverandør (se definition i afsnittet Aktører, side 6) bør aggregeres til.Listen er udtømmende.DK: kan afrapporteres på landsniveauREG: kan afrapporteres på regionsniveau og landsniveauSKS4: kan afrapporteres på sygehus-, regions- og landsniveauSKS6: kan afrapporteres på overordnet afdelings-, sygehus-, regions- og landsniveauSKS7: kan afrapporteres på afdelings-, sygehus-, regions- og landsniveauKOM: afrapporteres på kommuneniveau, hvor der skal angives gyldig/tidl. gyldig kommunekode samt landsniveau og evt. regionsniveau.YDERNR: afrapporteres efter gyldigt ydernummer for praktiserende læge/specialpraktiserende læge/speciallægepraksis samt landsniveau.SOR: afrapporteres efter gyldig SOR-kode | V. 3.10:Ændret udfaldsrum |
| **1** | Kommentar | Tekst | Char | 150 | Angiver generelle kommentarer til indikatoren relevant ift. f.eks. offentliggørelse på sundhedskvalitet.dk eller hvis der sker afrapportering i forhold til alternative opgørelsesniveauer. I nogle systemer vises denne kommentar til slutbrugeren. Vær derfor ekstra opmærksom på, at kommentaren er forståelig – også for brugere af LIS.Fra juli 2021 bruges variablen også til angivelse af opdateringsfrekvens for de kildedata der indgår i indikatoropgørelsen, på formen "[Kildedata opdateringsfrekvens: <frekvens>]", hvor <frekvens> er enten "månedlig" eller "daglig". | V. 3.11b: Angivelse af opdateringsfrekvens |
| **1** | Leveret | 1; 2;3;4;5;6 | Num |  | Markerer, om der er resultater for den givne indikator i aktuel levering. Der henvises til appendiks for dokumentationen på RKKP.dk, der redegør for udeladelser på mere detaljeret vis for de enkelte sygdomsområder. For alle andre udfald end **Leveret**=1 skal udfyldes med supplerende information i kommentarfeltet: **Leveret\_kommentar.**1 = Leveret 2 = Ikke leveret af anden grund 3 = Leveret, vurderes med forsigtighed [Gældende fra 10nov2014]4 = Leveret, men ingen eller kun delvise CPR-oplysninger tilgængelige på opgørelsen, som desuden bør vurderes med forsigtighed [Gældende fra d. 25mar2015]5 = Leveret, men ingen eller kun delvise CPR-oplysninger tilgængelige på opgørelsen [Gældende fra d. 25mar2015]6 = Leveret, baseret på LPR3. |  |
| **1** | Leveret\_kommentar | Tekst | Char | 150 | Obligatorisk udfyldelse hvis **Leveret**^=1. Feltet angiver baggrunden for at en indikator ikke leveres, at resultater skal vurderes med forsigtighed eller at det ikke leveres CPR oplysninger tilhørende de aggregerede resultater.[Ny variabel gældende fra 31maj2015]. I nogle systemer vises denne kommentar til slutbrugeren. Vær derfor ekstra opmærksom på, at kommentaren er forståelig – også for brugere af LIS. |  |
| **1** | Tidsreference | 1;2;3;4;5;6;7;8;9;10;11;12;13;14;15;16;17;18;19;20;21;22;23;99 | Num |  | Datotype i feltet **Dato\_skaering**1 = Udskrivningsdato2 = Dato for henvisning3 = Dato for indlæggelse4 = Dato for 1. ambulant kontakt5 = Dato for ambulant besøg6 = Dato for dødsfald7 = Dato for behandlingsstart8 = Dato for 1. operation9 = Dato for seneste operation10 = Dato for fødsel11= Dato for indlæggelse/ Dato for 1. ambulant kontakt12 = Operationsdato13 = Proceduredato14 = Dato for start på ambulant forløb (=inddto i LPR)15 = Dato for afslutning på ambulant forløb16 = Opstart udredning [Gældende fra 12nov2014]17 = Rekvisitionsdato, patologiregistret [Gældende fra 6nov2015]18 = Diagnosedato [Gældende fra 25jan2016]19=Anamnesedato [Gældende fra 15dec2017]20=DiagnosesamtaleDato [Gældende fra 15dec2017]21=Invitationsdato [Gældende fra 15dec2017]22=Laboratoriesvar [Gældende fra 15dec2017]23=Undersøgelsesdato [Gældende fra 15dec2017]99 = Andet |  |
| **1** | Enhed | Tekst | Char | 25 | Angivelse af hvilken enhed **Vaerdi** i 2a/2b er angivet i. Hvis **Indikatorformat**=”Andel”’, er feltet blank.Eksempler på udfald: Dage; Hba1c, cm, kg, /100p.år…[Udvidet antal tegn fra 10 til 25, gældende fra 31maj2015] |  |
| **1** | Tidsforskydning | Tal | Num |  | Hvor mange hele tidsenheder der er i opgørelse på indikatoren. Antal dage, måneder eller år (se **Tidsfors\_enhed**). Indikatoren kan dermed kun opgøres forskudt i forhold til de øvrige indikatorers opgørelsesperiode med tidsforskydningen angivet her. (f.eks. 5 års mortalitet) |  |
| **1** | Tidsfors\_enhed | D;M;Å | Char | 1 | Enhed, som **Tidsforskydning** er angivet i. Kun udfyldt hvis **Tidsforskydning** er udfyldt, ellers blank.D = DageM = MånederÅ = År |  |
| **1** | Datakilde\_opdateret | Dato  | Num/Date | 10 | Dato, der angiver, hvornår data sidst er opdateret fra datakilden. Hvis der er flere datakilder, der anvendes til indikatoropgørelsen, angives den dato, der bedst beskriver datagrundlaget, denne vurderes af dataleverandøren. |  |
| **1** | Opgoer\_start  | Dato | Num/Date | 10 | Markerer den første dato hvor der kan forventes at opgøres retvisende resultater.Hvis der kan opgøres valide resultater fra før **Gyldighed\_start** sættes **Opgoer\_start** til dato, hvorfra valide resultater haves. Dvs. **Opgoer\_start** kan ligge før **Gyldighed\_start**. |  |
| **1** | Opgoer\_slut  | Dato | Num/Date | 10 | Markerer den sidste dato hvor der kan forventes at opgøres retvisende resultater.Der må kun afleveres data for patientforløb, der ligger i perioden (**Opgoer\_start** <= **Dato\_skaering**<=**Opgoer\_slut.** Opgørelsesperiode vil være forskellig for indikator til indikator. |  |
| **2a** | Database | Se under datasæt 0  | Char | 10 | Se datasæt 0. Udfald skal koble med tilsvarende i alle andre datasæt |  |
| **2a** | Indikator\_id | Se under datasæt 1  | Char | 25 | I kombination med evt. **Delindikator** er dette et unikt nummer. Skal koble med tilsvarende i datasæt 1; 2b; 5 |  |
| **2a** | Delindikator | Se under datasæt 1 | Char | 6 | Angivelse hvilken af evt. **Delindikatorer** resultatet dækker, hvis der ikke er delindikatorer, skal det udfyldes med "0". Skal koble med tilsvarende i datasæt 1 | V. 3.11e: Værdi hvis der ikke er del­indikatorer, ændret fra blank til "0" |
| **2a** | Organisation\_rapport | SHAK-kode/ydernr/kommune­kode/SOR-kode. Samt flg. aggre­gerede resultater:1081;1082;1083;1084;1085;1099; 9;9998;9999 | Char | 20 | Skal koble med **Organisation\_rapport** i datasæt 2b, se også **Aggregering\_org** i datasæt 1.**Organisation\_rapport** angiver den organisatoriske enhed, som der skal afrapporteres på. Den sygehus/afdelingskode, resultatet dækker (SKS-kode, konstrueret kode jf. datasæt 1- **Aggregering\_org**), ydernr eller kommunekode., aggregering på følgende niveauer (Afhængig af angivet niveau i **Aggregering\_org**):KommuneniveauAfdelingsniveauSygehusniveauRegionsniveau LandsniveauUdtømmende liste. Færøerne/Grønland indgår ikke i samlede regions-/privathospitalsresultater. Om de indgår i samlede landsresultater, afhænger af databasens valg og dokumenteres i databasens egen dokumentation.1081: samlet regionsresultat, Nordjylland1082: samlet regionsresultat, Midtjylland 1083: samlet regionsresultat, Syddanmark1084:samlet regionsresultat, Hovedstaden1085: samlet regionsresultat, Sjælland1099: Privathospitaler9: Landsresultat9998: Grønland/Færøerne9999: Udland/Øvrige | V. 3.11:Indføjet SOR-kode, forlænget |
| **2a** | Organisation\_navn | Tekst | Char | 150 | Angiver navnet som afdelingen/organisationen ønskes afrapporteret på.Skal i årsrapport leverancer stemme overens med navn i papirversion af årsrapport.Obligatorisk udfyldelse i forbindelse med årsrapportleverance, valgfri i løbende leverance. |  |
| **2a** | Periode\_start  | Datotid | Num/Date |  | Starttidspunkt for den givne opgørelsesperiode. P.t. er der ikke defineret udfald i Periode\_laengde < dag, hvorfor det er tilstrækkeligt at benytte datodelen af datotid feltet. |  |
| **2a** | Periode\_laengde | 1;3;12;41;42 | Num |  | Opgørelsesperiodens længde: 1 = kalendermåned3 = kvartal (kalenderkvartal, ikke blot 3 måneder)12 = år (kalenderår, ikke blot 12 måneder) med mindre, der er tale om en årsrapportlevering41 = dag42 = uge (7 dage)*Efter revision (forår 2017) måles feltet ikke længere i antal måneder, men som udfald, hvor det er nødvendigt at slå udfaldsværdien op.* Der måles i kalendertid, dvs. kalendermåned, kalenderkvartal, kalenderår osv. Undtagelsen er ved årsrapportleverancer, hvor *Periode\_laengde* anføres som 12, men hvor selve perioden skal slås op i datasæt 2t, da der godt kan være at tale om ”skæve” årsrapportperioder, f.eks. 1.juli – 30. juni.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 (medmindre 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. Se appendiks for casebeskrivelse. | V. 3.11: Ændret udfaldsrum |
| **2a** | Taeller | Tal  | Num |  | Antal patienter, forløb eller interventioner, der opfylder indikatoren/indgår i raten.Hvis **Indikatorformat** = ”Andel” og **Indikatortype**^=6 i datasæt 1 vil antallet her være lig tæller i opgørelsenHvis **CI\_beregning**= 8 (Exact Poisson), så dækker **Taeller** ”Antal fiaskoer”, aggregeret på tid og organisation |  |
| **2a** | Naevner | Tal  | Num |  | Antal patienter, forløb eller interventioner, der er inkluderet i opgørelse. Hvis **Indikatorformat** = ”Andel”, så er tal lig **Naevner**; For rate; eksponeringstiden for de eksponerede patienter (persontid), aggregeret på tid og organisation. Format af eksponeringstiden vil fremgå af **Enhed** i datasæt 1.  |  |
| **2a** | Vaerdi | Tal | Num |  | Resultat. **Enhed** i datasæt 1, angiver enheden af resultatetFor Rate; raten opgjort på relevant tid og organisation (pr. **Enhed**) |  |
| **2a** | Vaerdi\_komplethed | Tal | Num  |  | Datakomplethed – altid opgjort i procentdel.Bemærk, det er datakomplethed ift. den enkelte indikator. Ikke at forveksle med dækningsgrad (tidl. kaldet databasekomplethed) Angives som udgangspunkt med to decimaler; decimalseparator: komma. Dog undtagelser, hvis værdien ikke meningsfuldt kan afrapporteres med så få decimaler. |  |
| **2a** | CI\_oevre | Tal  | Num |  | Øvre konfidensinterval.Angives som udgangspunkt med to decimaler; decimalseparator: kommaDog undtagelser, hvis værdien ikke meningsfuldt kan afrapporteres med så få decimaler.  |  |
| **2a** | CI\_nedre | Tal  | Num |  | Nedre konfidensinterval; Kun udfyldt hvis **Indikatorformat** = ”Andel”/” Andel\_vægt” og **CI\_visning** er udfyldt (datasæt 1)Angives som udgangspunkt med to decimaler; decimalseparator: komma.Dog undtagelser, hvis værdien ikke meningsfuldt kan afrapporteres med så få decimaler. |  |
| **2a** | Naevner\_potentiel | Tal  | Num |  | Antal patienter som potentielt kunne have været inkluderet i opgørelsen, hvis der ikke var datafejl |  |
| **2a** | Kommentar | Tekst | Char | 25 | Kommentar til det specifikke resultat, som ønskes fremvist på sundhedskvalitet.dk. Kommentarer generelt til det specifikke resultat eller opgørelsesniveauet. I nogle systemer vises denne kommentar til slutbrugeren. Vær derfor ekstra opmærksom på, at kommentaren er forståelig – også for brugere af LIS. |  |
| **2b** | Database | Se under datasæt 0  | Char | 10 | Se datasæt 0. Udfald skal koble med tilsvarende i alle andre datasæt |  |
| **2b** | Indikator\_id | Se under datasæt 1  | Char | 25 | Se datasæt 1. Skal koble med tilsvarende i datasæt 1; 2a; 5 |  |
| **2b** | Forloebs\_id | Tekst | Char | 30 | **Forloebs\_id** + **Interventions\_id** er nøgle ift. fletning med datasæt 3Der skelnes mellem **CPR** og **Forloebs\_id**, hvis der er flere forløb på den samme patient.Opdeling i **Forloebs\_id** og **Interventions\_id** er af hensyn til databaser, hvor der ifm. det enkelte forløb er flere kontakter og hvor en record i 2b kobler med flere records i datasæt 3. **Interventions\_id** anvendes hvis der er flere interventioner koblet til samme **Forloebs\_id**. Hvis flere records i datasæt 3 skal koble med record i datasæt 2b, udfyldes interventions\_id med "flere\_int" i 2b.Hvis Interventions\_id ikke bruges, skal variablen udfyldes med "0".**Forloebs\_id** kan også udfyldes med krypteret CPR-nr men ikke med rigtigt CPR-nr.Med begrebet ”forløb” er i denne sammenhæng ikke tænkt i forhold til begreber omkring patientforløb; afdelings- & sygehusindlæggelse etc. Det er det datamæssige forløb, der refereres til. |  |
| **2b** | Interventions\_id | Tekst | Char | 10 | V. 3.11e: Ændret Hvordan Interventions\_id skal udfyldes hvis flere records i datasæt 3 skal koble med record i 2b. Indsat krav om udfyldelse med "0" når den ikke skal bruges. |
| **2b** | CPR | CPR-nr. | Char  | 10 | CPR-nr. på formen ddmmyyxxxx.Hvis der ikke indgår CPR-nr i data, skal variablen udfyldes med "0000000000". | V. 3.11e: Indsat krav om udfyldelse hvis der ikke kan angives et CPR-nr |
| **2b** | Organisation  | Sygehus/afdelingskode, resultatet dækker (SKS- eller SOR-kode)  | Char | 20 | **Organisation** angiver den organisatoriske enhed, som data er blevet indberettet på. Hvis resultater afrapporteres på samme niveau, sættes **Organisation\_rapport** til det samme som dette felt.Mapning mellem **Organisation** og **Organisation\_rapport** skal ske inden for samme region. Man må f.eks. ikke kode **Organisation** = Afdeling i Region Sjælland og **Organisation\_rapport** = Afdeling i Region Hovedstaden.Se desuden markering i variablen **Dublet\_org** | V. 3.11:Indføjet SOR-kode, forlænget |
| **2b** | Organisation\_rapport | Sygehus/Afdelingskode (SKS- eller SOR-kode), resultatet dækker | Char | 20 | Skal koble med **Organisation\_rapport** i datasæt 2a, se også **Aggregering\_org** i datasæt 1.**Organisation\_rapport** angiver den organisatoriske enhed, som der skal afrapporteres på fra databasen. Hvis resultater afrapporteres og indberettes på samme niveau, sættes **Organisation\_rapport** og **Organisation** til det sammeHvis der er flere involverede afdelinger koblet til at danne resultatet i en given rapport:Der indsættes række fra hver afdeling/pt.forløb/ intervention/indikator. Hvis **Forloebs\_id** + **Interventions\_id** er det samme indikerer det, at resultatet kun skal tælle med én gang ved aggregering på tværs af afdelinger (region/landsresultat).Eks.: indikator 1, som dækker behandling, som er foregået på både afd. X og Y for patient 1. Eneste patient, der er i hele landet.**Forloebs\_id** = 1; **Interventions\_id** = 1; **Indikator\_id** = 1; **Organisation**= X;Organisation**\_rapport** = X; **Taeller** = 1; **Naevner**=1**Forloebs\_id** = 1; **Interventions\_id** = 1; **Indikator\_id** = 1; **Organisation**= X; **Organisation\_rapport** = Y; **Taeller** = 1; **Naevner**=1Tilsvarende resultater i datasæt 2a:**Indikator\_id** = 1; **Organisation\_rapport** = X; **Taeller** = 1; **Naevner** = 1; **Vaerdi**=100;**Indikator\_id** = 1; **Organisation\_rapport** = Y; **Taeller** = 1; **Naevner** = 1; **Vaerdi** = 100;**Indikator\_id** = 1; **Organisation\_rapport** = 9; **Taeller** = 1; **Naevner** = 1; **Vaerdi** = 100; (landsresultat)Se desuden markering i variablen **Dublet\_org** | V. 3.11:Indføjet SOR-kode, forlænget |
| **2b** | Dublet\_org | 1  | Num |  | Markeret, når pt. forløbet fremgår andet sted i datasættet – hjælpevariabel til beregning af aggregerede data. Vil kunne deduceres; hvis **Forloebs\_id** og **Indikator\_id** er identisk i to rækker, er der tale om genganger.1 = dublet/genganger (delt forløb). Ellers er feltet blankt (missing). |  |
| **2b** | Dato\_skaering | Dato | Num/Date | 10 | Skæringsdato, som resultaterne skal inddeles i periode efter. Datotype angivet i Tidsreference i datasæt 1 |  |
| **2b** | Taeller | 0;1 | Num |  | 0 = Tællerbetingelse ikke opfyldt 1 = Tællerbetingelse opfyldtHvis **Indikatorformat** = ”Andel”, kan **Taeller**, **Naevner** og **Vaerdi** i datasæt 2a beregnes på basis af disse to variabler. Hvis **Naevner** lig 0 kan **Taeller** ikke være lig 1.For rater; 1=Fiasko; 0=Ikke fiasko**Taeller** må være blank hvis **Indikatorformat** i datasæt 1 er forskellig fra ”Andel”Se desuden afsnittet Kodning af indikatorer for mortalitet og overlevelse på side ovenfor | V. 3.11b:Indsat henvisning til "Kodning af …" |
| **2b** | Naevner | 0;1  | Num |  | 0 = Nævnerbetingelse ikke opfyldt1 = Nævnerbetingelse opfyldt/inkluderet i opgørelseHvis **Indikatorformat** = ”Andel”, kan **Taeller**, **Naevner** og **Vaerdi** i datasæt 2a beregnes på basis af disse to variabler. Hvis **Naevner** lig 0 kan **Taeller** ikke være lig 1For rater; 1= Eksponeret patient; 0=Ikke eksponeret patient |  |
| **2b** | Naevner\_potentiel | 0; 1 | Num |  | Angiver, om forløbet potentielt kan indgå i resultatet.0 = Forløb ikke relevant for opgørelse1 = Forløb relevant for opgørelse |  |
| **2b** | Datafejl | 1  | Num |  | Angiver, at forløbet/patienten udgår af beregningen pga. fejl i datagrundlaget. Hvis der opgøres datakomplethed, vil det være disse forløb/patienter, der indgår negativt i opgørelsen.1 = datafejl/manglende data til at indgåEllers er feltet blankt (missing). |  |
| **2b** | Vaerdi | Tal  | Num |  | Værdi på given indikator f.eks. Scandinavian Stroke Scale eller hba1c. Angives som udgangspunkt med to decimaler; decimalseparator: komma.Dog undtagelser, hvis værdien ikke meningsfuldt kan afrapporteres med så få decimaler.For rater; Beregnet som eksponeringstid for den pågældende patient. Variablen skal være formateret i den enhed som fremgår af variablen **Enhed** af datasæt 1.  |  |
| **2b** | Vaegt | Tal | Num |  | Angiver hvis målet i **Vaerdi** skal tillægges en vægt i beregningen (f.eks. i aggregeret mål, hvis **Vaerdi** dækker hvor mange procent af mulige indikatorer opfyldes, så angiver **Vaegt**, hvor mange indikatorer, der indgår i beregningen for patienten). Hvis **Vaegt**=missing fremgår implicit, at der ikke sker vægtning=>vægt=1. |  |
| **2b** | Eksklusions\_id | Talrække  | Char | 250 | Talrække der angiver relevante eksklusionsårsager med komma imellem, f.eks. ”1,2,9” (de enkelte værdier i talrækken skal koble med Eksklusions\_id i datasæt 6). Udfyldes hvis **Naevner\_potentiel** = 0 (**Eksklusions\_type** = ”Ikke relevant” anføres i datasæt 6) eller hvis **Datafejl** = 1 (**Eksklusions\_type** = ”Datafejl” anføres i datasæt 6). I øvrige tilfælde skal feltet være blankt (missing). Der skal ikke forekomme kombination af de to eksklusionstyper, men der kan forekomme flere eksklusioner af de to eksklusionstyper hver for sig. Dette fordi det ikke er relevant at kende til datafejl, hvis patienten er ekskluderet fordi denne ikke er relevant for selve indikatoren. |  |
| **2t** | Database | Se under datasæt 0  | Char | 10 | Se datasæt 0. Udfald skal koble med tilsvarende i alle andre datasæt |  |
| **2t** | Id\_nr | Tal | Num |  | Løbenummer, unikt id i tabellen |  |
| **2t** | Audit\_start | Dato | Num/Date | 10 | Startdato for en given årsrapportperiode. Én observation pr. årsrapportperiode i datasæt 2t. Ved årsrapportleverance er det ikke nødvendigt at tage højde for **Aggregering\_tid** (datasæt 1), da der kun er ét tidsniveau (= årsrapportperioderne, jf. datasæt 2t). Det er derimod vigtigt at tage højde for **Tidsforskydning** (datasæt 1), som kan variere fra indikator til indikator. |  |
| **2t** | Audit\_slut | Dato | Num/Date | 10 | Slutdato for en given årsrapportperiode. Én observation pr. årsrapportperiode i datasæt 2t |  |
| **3** | Database | Se under datasæt 0  | Char | 10 | Se datasæt 0. Udfald skal koble med tilsvarende i alle andre datasæt |  |
| **3** | Forloebs\_id | Tal | Char | 30 | De to id skal tilsammen være unikke: se datasæt 2b. **Forloebs\_id**; skal koble med tilsvarende i datasæt 2b**Interventions\_id**; hvis der er flere interventioner koblet til samme **Forloebs\_id**, skal koble med tilsvarende i datasæt 2b |  |
| **3** | Interventions\_id | Tekst | Char  | 10 | Hvis variablen ikke bruges, skal den udfyldes med "0" | V. 3.11e: Indsat krav om udfyldelse hvis variablen ikke bruges |
| **3** | CPR | CPR-nr.  | Char | 10 | CPR-nr. på formen ddmmyyxxxx – skal koble med tilsvarende i datasæt 2b.Hvis der ikke indgår CPR-nr i data, skal variablen udfyldes med "0000000000". | V. 3.11e: Indsat krav om udfyldelse hvis der ikke kan angives et CPR-nr |
| **3** | Alle variabler i databasen | Udfald  | Char eller Num |  |  |  |
| **4** | Database | Se under datasæt 0  | Char | 10 | Se datasæt 0, Udfald skal koble med tilsvarende i alle andre datasæt |  |
| **4** | Variabelnavn | Tekst | Char | 100 | Variabelnavne. Udfald skal koble 100 % med faktiske variabelnavne i datasæt 3 |  |
| **4** | Variablehelp  | 0;1;2;3 | Num |  | 0 = Almindelig variabel1= Hjælpevariabel - udleveres ikke fra databasen 2= Variablen indeholder CPR-oplysninger3= Anden delvist direkte personhenførbar variabel (f.eks. navn, adresse)Hvis en variabel både er en CPR eller delvist direkte personhenførbar oplysning og en hjælpevariabel (dette er teoretisk, vi har ikke eksempler på det) markeres 1.Eksempel på hjælpevariabel er separate oplysninger om enkeltstående sygdomme, der indgår i samlet Charlson Score - her er samlet score godkendt del af databasen og indgår i levering, mens oplysninger om enkeltsygdomme alene er hjælpevariable, der markeres 1.Regionerne og SDS vil ikke modtage variable, som er markeret 1.  | V. 3.10:Ny variabelV. 3.11c:Ændret variabel­navn |
| **4** | Variabeltekst | Tekst | Char | 250 | Skal være sigende beskrivelse af variabel. Dvs. ”Dato” er utilstrækkelig. |  |
| **4** | Dataformat | 1;2; 3;4 | Num |  | Angiver formatet af den givne variabel1 = Tekstvariabel2 = Numerisk 3 = Dato (f.eks. DD-MM-ÅÅÅÅ)4 = Dato/Tid (f.eks. DDMMÅÅÅ:MM:TT)[Udfald gældende fra og med 1dec2015] |  |
| **4** | Variabeltype | 1; 2;3;4;5;99 | Num |  | Kan anvendes til at konvertere tekstvariable indeholdende en tekststreng med dato til datoformat eller til henvisning af opslagssystem for såkaldte ”selvforklarende udfald”, udfald som er dokumenteret i andre systemer/officielle klassifikationer. Se også under **Udfaldsrum**.1 = Dato-variable2 = Organisation (organisationsangivelse udover SHAK; SHAK kodes = 4)3 = SNOMED4 = SHAK5 = SKS 99 = Alt andet[Udfald gældende fra og med 1dec2015] |  |
| **4** | Udfaldsrum | Tekst | Char | 15 | Værdi svarende til udfaldsværdien/udfaldsrum for den pågældende variabel. Hvis **Dataformat** = ”2” kan udfaldet vælges konverteret til tal ifm. modtagelse/afrapporteringHvis udfald i datasæt 3 er selvforklarende, skal ikke anføres udfald i datasæt 4. Selvforklarende udfald tæller variable, som er en del af KKA og dermed dokumenteret heri, samt generelt udfald som dokumenteres i andre offentligt tilgængelige systemer som f.eks. SHAK/afdelingskoder, SKS-koder, såsom diagnose- og procedurekoder, SNOMED koder og lignende. Ved selvforklarende udfald anvendes **Variabeltype** til at angive hvilken klassifikation der kan henvises til for opslag af den enkelte kode.  |  |
| **4** | Tekst | Tekst | Char | 250 | Udfaldstekst svarende til udfaldsværdi/rum i variablen udfald |  |
| **4** | Gyldighed\_start | Dato | Num/Date | 10 | Hvornår variablen/udfaldet er gældende fra. Hvis alle udfald for en given variabel er oprettet ved variablens oprettelse, vil datoen være den samme for alle udfald i variablen. |  |
| **4** | Gyldighed\_slut | Dato | Num/Date | 10 | Hvornår variablen/udfaldet er gældende til. Anvendes hvis en variabel/et udfald udgår eller ændres. |  |
| **4** | Datakilde | 1;2;3;5;6;7;8;9;10; 11;12; 13;14;15;16;17;18;19;20;99 | Num |  | Datakilde den enkelte variabel stammer fraFormål med variabel er at øge sporbarheden af data ifm. Kvalitetsopfølgning. Ved angivelse af Direkte dataindtastninger er kilden afhængig af den enkelte database, og kendskab til databasen er nødvendig for at kunne gå tilbage til kilden. Ved angivelse af datakilder vil registreringssystemet afhænge af den enkelte regions system(-er), og i tilfælde det enkelte sygehus’ registreringssystem som føder data videre til LPR. En eventuel oversættelse til hvilket system rettelser skal foretages i, i forb. med kvalitetsopfølgning skal derfor angives af den enkelte region.1 = Direkte dataindtastninger2 = Landspatientregisteret (LPR)3 = Cancerregisteret (CAR)4 = Produktionsregistre (laboratoriesystemer f.eks. LABKA) (udgår fra 15dec2017)5 = CPR-registret6 = Patologiregistret7 = Elektronisk Patientjournal (EPJ)8 = Data fra praksissektor 9 = Patient rapporterede data (f.eks. Patient Reported Outcome Measure (PROM)10 = Afledt/beregnet variabel 11= Register over Legalt Provokerede Aborter (variabeltekst ændret fra "Abortregistret" 15dec2017)12= IVF-registret13= genoptræningsregistret 14=Andre behandlingssystemer og produktionssystemer (f.eks. data fra strålekanoner, standalone behandlingssystemer og data direkte modtaget fra regionale laboratoriesystemer) [Gældende fra 15dec2017]15= Fødselsregisteret (MFR) [Gældende fra 15dec2017]16=Dødsårsagsregisteret (DÅR) [Gældende fra 15dec2017]17= Laboratorieregistret [Gældende fra 15dec2017]18=Sygesikringsregisteret [Gældende fra 15dec2017]19=Receptdatabasen [Gældende fra 15dec2017]20=Andre godkendte kliniske kvalitetsdatabaser [Gældende fra 15dec2017]99 = Andet |  |
| **5** | Database | Se under datasæt 0  | Char | 10 | Se datasæt 0. Udfald skal koble med tilsvarende i alle andre datasæt |  |
| **5** | Indikator\_id | Se under datasæt 1  | Char | 25 | Se datasæt 1. Skal koble med tilsvarende i datasæt 1; 2a; 2b |  |
| **5** | Relevantvariabel | Tekst | Char | 50 | Variabler, der er relevant for beregning og eventuelt i sammenhæng til visning af indikator – udfald skal koble med variabelnavn i datasæt 3 og 4. Der vil være flere datalinjer i datasættet, når der er flere relevante variable. |  |
| **6** | Database | Se under datasæt 0  | Char | 10 | Se datasæt 0. Udfald skal koble med tilsvarende i alle andre datasæt |  |
| **6** | Eksklusions\_id | Tal | Num |  | ID-nr. på eksklusion, unikt id. Skal koble med **Eksklusions\_id** i datasæt 2b Alle eksklusionsårsager sendes med i datasæt 6 hver gang; også selvom de ikke benyttes i aktuel leverance. Datamodtager bør indlæse ny version af datasæt 6 ved hver leverance, |  |
| **6** | Eksklusion | Tekst | Char | 200 | Beskriver årsag til eksklusion i prosa. Teksten bør være så klar, så det er muligt at handle på, altså rette/tilføje data i inddateringsystemet/ kildedata.Bemærk, maks. 200 karakterer |  |
| **6** | Eksklusionstype | 1;2  | Num |  | Angivelse af type for den pågældende eksklusionsårsag. Kan enten være relateret til datafejl eller til ikke relevante patienter, patientforløb eller patientkontakter.1 = Datafejl2 = Ikke relevant |  |

## Bilag 1. Anvendelsesmuligheder for KKA(bilag udarbejdet af Region Syddanmark)

Overordnet set er formålet med leveringer af data i KKA at understøtte kvalitetsudviklingsarbejdet på sygehusene.

Kvalitetscirklens 4 dele (Plan, Do, Study, Act) er således afhængige af, at der er mulighed for at følge op på, om de tiltag, der er i sat i værk, dels er blevet implementeret i det hele taget, og dels om de er tilstrækkelige, og opnår de planlagte mål. Hvis ikke, er der brug for at ændre strategien, sådan at de ønskede resultater opnås.

Data fra de kliniske kvalitetsdatabaser giver netop denne feedback til ledelse og medarbejderne på sygehusene, og hjælper med at guide og understøtte kvalitetsarbejdet samt skabe dialog herom på alle niveauer. Netop derfor er det centralt, at regionerne har mulighed for at modtage og formidle disse data til alle niveauer i organisationerne via KKA, og at dataleverancerne sker løbende, således at der er aktualitet i resultaterne.

Opsummerende er der to hovedoverskrifter, der kan beskrive anvendelsen af kvalitetsdata i KKA i regionerne:

#### 1. Rapportering af resultater

Kvalitet dagsordenssættes i stigende grad på sundhedsområdet. Dette betyder en voksende efterspørgsel efter fremstillinger af resultater fra de kliniske kvalitetsdatabaser til brug både på sygehusene og bredere i alle dele af organisationerne på sundhedsområdet.

##### 1.1 Færdigberegnede resultater

Data i KKA leveres til regionerne af fra RKKP. Regionerne modtager således data, som er epidemiologisk og biostatistisk færdigberegnet og indeholder resultater for databasens kvalitetsindikatorer. Dermed er det muligt at vise resultater for databasen uden at skulle reproducere databasens egne epidemiologiske og biostatistiske beregninger. Der vil på denne måde være fuldstændig konsistens mellem resultaterne i regionerne og de resultater, som kvalitetsdatabasen selv præsenterer. Denne tilgang sikrer et ensartet højt kvalitetsniveau for data på tværs af regionerne, og skaber tillid til og fokus på resultaterne til gavn for kvalitetsudviklingsarbejdet.

##### 1.2 Nem adgang, gennemsigtighed og samlet overblik

Gennemsigtighed i sundhedsvæsenet er en væsentlig driver for kvaliteten af ydelserne. På alle niveauer øges gennemsigtigheden f.eks. ved at vise egne resultater for f.eks. en afdeling/et sygehus.

Ledelserne har i høj grad brug for et samlet overblik over kvalitet, økonomi, aktivitet mv. til at understøtte dialogen lokalt på sygehusene og bredere i regionerne, og med KKA har regionerne mulighed for at integrere information om kvalitet i de eksisterende ledelsesinformationssystemer, og dermed skabe dette overblik. Det er vigtigt, at der i den forbindelse tages hensyn til de forskellige målgrupper, som formidlingen af kvalitetsdata retter sig mod. Der er derfor brug for forskellige rapporter, der tager højde for de forskellige behov henholdsvis klinikere, ledelser mv. har for information. Denne opgave kan kun løses lokalt.

**2. Audit af registrering og klinisk praksis (formålet kun fuldt opnåelig ved levering i bred model)**

Af hensyn til tilliden til og anvendeligheden af kvalitetsresultater er det vigtigt, at der er transparens omkring resultaterne. Med leveringerne af data i KKA er der mulighed for at nedbryde et givet resultat til de delresultater på underliggende organisatoriske niveauer, som indgår i resultatet. Desuden er der mulighed for at gå bagom resultaterne og få adgang til data på individniveau på de områder, hvor den enkelte har ret til det. Formålet er dels at understøtte kvalitetssikringen af data og dels at understøtte arbejdet med kvalitetsudvikling i klinikken. Det højner validiteten og kompletheden af data samt styrker tilliden til resultaterne, når data kan kontrolleres og beregningerne eftergøres. Det øger samtidig anvendeligheden af resultaterne i forhold til identifikation af årsager og handlingsmuligheder f.eks. i forbindelse med manglende målopfyldelse.

Konkrete eksempler på brugen af data:

* Udarbejdelse af rapporter til brug for audit af patientbehandlingen og registreringer i afdelingerne
* Mulighed for identifikation af årsager og handlemuligheder ved hjælp af analyse af resultaterne