

**Statistikdokumentation for
Hjemmesygepleje 2016 Måned 12**

1 Indledning

Hjemmesygeplejestatistik er en relancering af den del af de kommunale sundhedsindikatorer, som handler om hjemmesygepleje, hvor oplysningerne er hentet direkte fra kommunernes omsorgssystemer (EOJ), som opdateres løbende i forbindelse med kommunernes sagsbehandling. I statistikken opgøres antal modtagere, besøg og ydelser af kommunal sygepleje.

2 Indhold

Hjemmesygeplejestatistikken omfatter oplysninger om besøg og modtagere af hjemmesygepleje og ydelser af hjemmesygepleje opdelt på typer. Statistikken offentliggøres i tre tabeller i statistikbanken.

2.1 Indholdsbeskrivelse

Hjemmesygepleje udgør et af flere emner på det kommunale sundhedsområde. De andre emner er forebyggelse og sundhedsfremme, genoptræning efter udskrivning fra sygehus, alkohol- og stofmisbrug samt børnesundhed.

Statistikken om hjemmesygepleje, som udkom første gang 23. marts 2016 indeholder månedlige data fordelt på kommuner af

- Besøg af hjemmesygepleje (opgjort af Danmarks Statistik efter ydelsestidspunkt)
- Modtagere af hjemmesygepleje. Desuden opgøres modtagere af hjemmesygepleje i forhold til indbyggertallet medio i måneden.
- Ydelser af hjemmesygepleje. Ydelserne er endvidere fordelt efter sygeplejefaglige områder (tidligere version).

Med aftalen om kommunernes økonomi for 2006 startede et tværoffentligt samarbejde for at sikre sammenhængende dokumentation på væsentlige kommunale serviceområder. Et af disse områder var kommunal sundhed, herunder hjemmesygepleje. Danmarks Statistik var (sammen med Sundhedsstyrelsen) ansvarlig for bearbejdning og offentliggørelse af kommunale sundhedsindikatorer, hvor indikatorer for hjemmesygepleje blev opgjort for perioden 2011-2013.

I den oprindelige form på statistikken fra 2011-2013 blev der pr. år opgjort fire indikatorer på hjemmesygepleje:

- Nettodriftsudgifter til hjemmesygepleje (kr. pr. indbyggere)
- Modtagere af hjemmesygepleje (antal pr. 1000 indbyggere)
- Besøg af hjemmesygeplejen pr. måned pr. modtager fordelt på ydelsestyper
- Forebyggelige indlæggelser af personer der modtager hjemmesygepleje pr. personer, der modtager hjemmesygepleje (procent)

2.2 Grupperinger og klassifikationer

Kommune, region og landstotal. Ydelsestype er klassificeret efter sygeplejefaglige områder (før 2013).

2.3 Sektordækning

Den kommunale sektor.

2.4 Begreber og definitioner

Besøg af hjemmesygepleje: Besøg af hjemmesygeplejebesøg er en beregnet størrelse. Tidspunktet for hjemmesygeplejebesøget afrundes til nærmeste hele time, således vil et besøg til samme person på samme dag inden for samme hele time kunne være indberettet fra kommunen som to besøg fx kl. 13.10 og 13.15, hvor besøgstidspunktet afrundes til nærmeste time (kl. 13) og dermed tælles som ét besøg. Besøg af hjemmesygeplejen kan være besøg udført af andre end sygeplejersker, hvis opgaven er delegeret til andre faggrupper.

Modtagere af hjemmesygepleje: Antallet af borgere, der får hjemmesygepleje, indberettes til Danmarks Statistik hver måned for hver kommune via deres omsorgssystemer. Imidlertid mangler der data fra nogle kommuner, og der kan forekomme perioder, hvor en kommune ikke har leveret. Dette kan skyldes systemskift i kommunen, ny medarbejder eller problemer med overførsel af data.

Ydelser af hjemmesygepleje: Ydelser af hjemmesygepleje er leveret af kommunen efter Sundhedsloven. Ydelserne opgøres på de sygeplejefaglige områder (12 typer samt 'andet' og 'akut'). Bemærk at ydelsestyperne er opgjort efter Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9229 af 29. april 2005 og ikke den seneste ændring af sygeplejefaglige optegnelser i vejledning nr. 9019 af 15. januar 2013.

2.5 Enheder

Besøg, modtagere og ydelser

2.6 Population

Borgere som modtager hjemmesygepleje fra kommune i henhold til Sundhedsloven.

2.7 Geografisk dækning

Danmark

2.8 Tidsperiode

Fra januar 2016 til og med december 2016.

2.9 Basisperiode

Ikke relevant for denne statistik.

2.10 Måleenhed

Måleenheden er antal for besøg, modtagere og ydelser. Måleenheden for ydelsestyper er procent. Modtagere er desuden opgjort i måleenheden antal pr. 1.000 indbyggere.

2.11 Referencetid

01-01-2011 - 31-12-2016

2.12 Hyppighed

Årlig.

2.13 Indsamlingshjemmel og EU regulering

Oplysninger om hjemmesygepleje fra kommunernes omsorgssystemer (EOJ) indhentes i henhold til Økonomaftalen mellem Finansministeriet og Kommunernes Landsforening for 2006, som efterfølgende udmøntedes i national aftale vedr. kommunal sundhed fra Styregruppen for Tværoffentlig Samararbejde (STS).

Der findes ingen EU-regulering.

2.14 Indberetningsbyrde

Statistikken er baseret på data der overføres automatisk fra kommunerne. Der er derfor ingen direkte indberetningsbyrde.

2.15 Øvrige oplysninger

På hjemmesiden om [hjemmesygepleje](#) findes øvrige oplysninger om statistikken.

3 Statistisk behandling

Inden anvendelse af data fra kommunernes EOJ (elektronisk omsorgsjournal) sker en validering i Danmarks Statistik. Der sker ikke efterfølgende en godkendelse af data hos kommunerne. Kommuner kan overføre reviderede data, som vil indgå i den næste publicering. Danmarks Statistik foretager en beregning af antal besøg ud fra tidspunkt for den leverede ydelse. Der foretages ikke imputering, korrektion af data eller sæsonkorrektion.

3.1 Kilder

Hjemmesygeplejedata indhentes automatisk via kommunernes omsorgssystemer. Data overføres via KMD til Danmarks Statistik. Dataleverancen er benævnt L101.1, og indeholder oplysninger om kommunernes hjemmesygeplejeydelser fordelt på borger, tidspunkt og ydelsestype.

3.2 Indsamlingshyppighed

Data overføres løbende til Danmark Statistik en gang månedligt pr. kommune. En kommune kan overføre data flere gange, i disse tilfælde er det den seneste version, som anvendes til statistik.

3.3 Indsamlingsmetode

Data indsamles via kommunernes omsorgssystemer (EOJ). Dette sker ved automatisk overførsel til DST, hvor data opsamles i et register. De omsorgssystemer, der bruges til hjemmesygeplejedata, er primært fra KMD Care og CSC. Avaleo bruges i et mindre antal kommuner indtil september 2015, hvorefter det går via KMD.

3.4 Datavalidering

Data valideres ad to omgange hhv. teknisk og indholdsmæssigt. Den tekniske validering, som sker ved modtagelse, er automatisk og vedrører formater o.l. Før igangsætning af årets statistikproduktion sættes en skæringsdato, som afgrænser de data, der medtages ved indholdsmæssig validering og efterfølgende statistikproduktion. Skæringsdato var 15. februar 2017 for perioden 2016M01-2016M12. Det bemærkes, at der ved kommende statistikproduktion medtages data for tidligere perioder, som er indkommet efter skæringsdatoen.

Den indholdsmæssige validering foregår årligt ved granskning af data over tid, hvor der også ses på niveauet for aktiviteter i en given kommune i forhold til øvrige kommuner. Ved den indholdsmæssige validering laves der checklister, som gennemgås i prioriteret rækkefølge. Nogle af checklisterne indeholder ratios, hvor data sættes i forhold til hinanden, disse ratios er: ydelser pr. modtager, besøg pr. modtager og ydelser pr. besøg.

Ideelt set skulle den indholdsmæssige validering medføre at alle usandsynlige leverancer blev enten rettet/elimineret eller forklaret af hver enkelt kommune. Danmarks Statistik har i Hjemmesygeplejestatistikken imidlertid valgt en mere pragmatisk validering, hvor der er opmærksomhed på umiddelbart uforklarlige skift i niveau eller ændringer (op og ned) gennem perioden, men leverancerne alligevel medtages i statistikken. Ved den indholdsmæssige validering er det således kun de mest åbenlyse fejlbehæftede dataleverancer som elimineres. Statistikproduktionen sker på baggrund af de indholdsmæssigt validerede data, hvor der er elimineret et mindre antal (36 af i alt 1050) leverancer.

Historisk har interessenterne bag initiativet til dataindsamlingen (Finansministeriet, Sundhedsministeriet, Kommunernes Landsforening) udtrykt forventning om, at en offentliggørelse og anvendelse af de leverede tal ville skærpe fokus på indhold og kvalitet i leverancerne. Ved etablering af dataindsamlingen på hjemmesygeplejeområdet indgik der ikke en systematisk dialog med de indberettende kommuner og en kommunal godkendelse af data, hvilket sker på fx hjemmepleje- og handicapområdet. Sundheds- og Ældreministeriet har i 2017 udtrykt interesse for en bedre validering incl. godkendelse hos kommunerne af hjemmesygepleje data. Det videre forløb er ikke afgjort pr. 15. marts 2017.

Bemærk at Kommunernes Landsforening (KL) i 2015 har igangsat proces med kommunerne via Fælles Sprog 3, <http://www.kl.dk/fs3>, for i samarbejde med kommunerne at forbedre kvaliteten af hjemmesygeplejedata til FLIS (Fælles Ledelses Informations System), som oprindeligt forventedes at være fuldt implementeret i 2017 men er udsat til 2018. En eventuel sammenhæng mellem Hjemmesygeplejestatistikken og KL's initiativ er endnu ikke drøftet.

3.5 Databehandling

De validerede data gennemgår flere processer i statistiksystemet, hvor nogle er meget simple og vedrører en omstrukturering af data, og andre tilsvarende enkle indebærer en division med det månedlige middelfolketal i kommunen. Beregning af alder ud fra fødselsdato og antal besøg foretages. Tidspunktet for hjemmesygeplejebesøget afrundes til nærmeste hele time, således vil et besøg til samme person på samme dag inden for samme hele time kunne være indberettet fra kommunen som to besøg fx kl. 13.10 og 13.15, hvor besøgstidspunktet afrundes til nærmeste time (kl. 13) og dermed tælles som ét besøg. Efter databehandlingen overføres data til statistikbankens lukkede del (sumdatabasen), hvor endnu en tjekprocedure udføres inden offentliggørelse.

3.6 Korrektion

Der foretages ikke korrektioner i leverancer. Fejlretning/validering består pt af eliminering af usandsynlige leverancer.

4 Relevans

Myndighederne og offentlige institutioner og borgere kan anvende statistikken til analyser, forskning, debat mv. Statistikken kan årligt blive præsenteret på to af Danmarks Statistiks brugerudvalg for hhv. Velfærdsstatistik samt Regioner og Kommuner.

4.1 Brugerbehov

Ministerier, styrelser, kommuner, regioner, kommunale organisationer, fagforeninger, interesseorganisationer, konsulentfirmaer, private virksomheder, forskere, journalister, studerende og borgere. Anvendelsesmulighederne er bl.a. planlægning, analyse, redegørelser, forskning, artikler, offentlig debat og lovforberedelse.

4.2 Brugertilfredshed

Viden om brugertilfredshed indsamles på to af Danmarks Statistiks brugerudvalg for hhv. Velfærdsstatistik samt Regioner og Kommuner, ved møder med Sundhedsdatastyrelsen i Kontaktudvalget for sundhedsdokumentation og økonomi, samt i andre mødesammenhænge med Kommunernes Landsforening. Der foretages ikke nogen systematiske brugertilfredshedsundersøgelser.

4.3 Fuldstændighed af data

Der er ikke forordninger og guidelines på området.

5 Præcision og pålidelighed

Data skal tages med forbehold for kommunernes forskellige registreringspraksis. De enkelte kommuner kan ligeledes over perioden ændre dækning og/eller praksis, hvilket medfører niveauskift. Idet der mangler data fra kommuner, er der endnu ikke data for region og landstotal.

5.1 Samlet præcision

Der er usikkerhed i data. Kommunernes praksis for organisering og registrering af hjemmesygeplejeydelser kan variere betydeligt.

Kommunernes registrering af delegerede hjemmesygeplejeydelser til andre faggrupper kan variere, hvilket vanskeliggør sammenligninger. Desuden kan dækningen af leverede hjemmesygeplejeydelser variere, da nogle kommuner medtager ydelser på plejecentre og andre ikke gør.

Kommunernes data indeholder ydelser opdelt efter et fælles ydelseskatalog, og det er vanskeligt at sammenligne fordelingen på ydelsestyper fra kommune til kommune på grund af forskellig praksis i kommunerne. Desuden opgøres statistikken efter sygeplejefaglige optegnelser fra før ændring i 2013. I 2016 er der et stigende antal kommuner, som angiver ydelsestypen "Andet" for 100 pct. af deres ydelser.

Der kan ses betydelige niveauskift fra en periode til den næste i et mindre antal kommuner. Årsagerne hertil skal søges hos den enkelte kommune. I 2016 er medtaget følgende kommuner med konstaterbart databrud formentlig som følge af afgrænsningsændring: Hillerød, Sorø, Holstebro, Vesthimmerland, Rebild og Aalborg. I Syddjurs kommune er data for 2016 meget volatile, efter en nærmere vurdering, er data for Syddjurs dog medtaget, omend det anbefales at fortolke med varsomhed.

For en række kommuner er konstateret niveauskift omkring oktober 2016, og det er valgt at eliminere de sidste måneder af 2016 for disse 11 kommuner: Lyngby-Tårnbæk, Halsnæs, Lolland, Middelfart, Langeland, Varde, Fredericia, Lemvig, Struer, Samsø og Skive. Hvis senere indkomne data viser, at det nye niveau bevarer, vil månederne fra 2016 blive medtaget og der vil i dokumentationen blive noteret, at der er databrud.

5.2 Stikprøveusikkerhed

Ikke relevant for denne statistik.

5.3 Anden usikkerhed

Dækningsgraden er ikke komplet. Cirka 85 af 98 kommuner overfører månedligt hjemmesygeplejedata til Danmarks Statistik. 93 kommuner har indberettet på et tidspunkt.

5.4 Kvalitetsstyring

Danmarks Statistik følger anbefalinger vedrørende organisering og styring af kvalitet, der er givet i Adfærdskodeks for europæiske statistikker (Code of Practice, CoP) og den tilhørende implementeringsmodel Quality Assurance Framework (QAF). Læs mere om disse på [Adfærdskodeks for europæiske statistikker](#). Der er etableret en arbejdsgruppe for kvalitet og en central kvalitetssikringsfunktion, der løbende gennemfører tjek af produkter og processer.

5.5 Kvalitetssikring

Danmarks Statistik følger principperne i Adfærdskodeks for europæiske statistikker (Code of Practice, CoP) og bruger den tilhørende implementeringsmodel Quality Assurance Framework (QAF) ved implementeringen af disse principper. Dette indebærer løbende decentrale og centrale tjek af produkter og processer på baggrund af dokumentation, der følger internationale standarder. Den centrale kvalitetssikringsfunktion rapporterer til arbejdsgruppen for Kvalitet. Rapporteringen indeholder blandt andet forslag til forbedringer, som vurderes, besluttet og implementeres.

5.6 Kvalitetsvurdering

Kvaliteten af hjemmesygeplejestatistikken er ikke optimal, idet der konstateres meget stor spredning mellem kommunernes data på området. Dataindsamling og systemopsætning blev defineret og udført i 2010. Der er flere kilder til 'slør' i data, fx forskellig praksis i kommunerne i forbindelse med planlægning og udførelse, herunder registrering og dækning, af hjemmesygepleje-aktiviteter. Da der er forskellige EOJ-leverandører, dvs. forskellige it-systemer, kan der også være forskelle i kommunernes systemopsætning, som kan betyde svært sammenlignelige data på tværs af kommuner.

5.7 Revisionspolitik

Danmarks Statistik foretager revisioner i offentliggjorte tal i overensstemmelse med [Danmarks Statistiks revisionspolitik](#). De fælles procedurer og principper i revisionspolitikken er for nogle statistikker suppleret med en specifik revisionspraksis.

5.8 Praksis for revisioner

Hvis der indkommer nye eller reviderede leverancer fra kommunerne for allerede udgivne perioder, vil disse indgå ved den årlige opdatering af statistikken.

6 Aktualitet og punktlighed

Statistikken udkommer i marts måned, dvs. mindre end tre måneder efter referenceperiodens udgang.

6.1 Udgivelsestid for foreløbige og endelige tal

Statistikken udgives en gang årligt knap tre måneder efter referenceperiodens udgang. Ved den følgende udgivelse revideres der i tidligere perioder, hvis der fra kommunerne er indkommet nye eller reviderede leverancer.

6.2 Publikationspunktlighed

Data udkommer rettidigt.

7 Sammenlignelighed

Sammenlignelighed over tid er som udgangspunkt mulig, imidlertid afhænger sammenligneligheden af den enkelte kommunes registreringspraksis og eventuelle ændringer over perioden. Der kan for mange kommuner konstateres niveauskift. For enkelte kommuner er data meget volatile. Hvad angår sammenligneligheden på ydelsestyper vurderes denne at være mangelfuld på tværs af kommuner.

7.1 International sammenlignelighed

Der er ikke internationale sammenlignelige data på dette område. I nordisk regi er der en del interesse for statistik på området.

7.2 Sammenlignelighed over tid

Data er som udgangspunkt sammenlignelige over tid. Der er ingen ændringer i definitioner eller kravspecifikation for dataleverancen. Imidlertid vil der for en række kommuner kunne konstateres ikke uvæsentlige ændringer over en periode. Årsagen til ændringer vil typisk kunne forklares af den enkelte kommune. Eksempler på årsager kan være ændringer i kommunens registrering og/eller dækning, samt evt. skift af EOJ-leverandører.

7.3 Sammenhæng med anden statistik

Hjemmesygeplejestatistik kan, hvad angår kommunale aktiviteter, ses i relation til de Kommunale serviceindikatorer på områderne for ældre (hjemmepleje), udsatte børn og unge, handicapydelse og dagpasning.

7.4 Intern konsistens

Der er intern konsistens.

8 Tilgængelighed

Data er tilgængelige via <http://www.statistikbanken.dk> og [emnesiden](#).

8.1 Udgivelseskalender

Udgivelsestidspunktet fremgår af udgivelseskalenderen. Datoen bekræftes i ugerne forinden.

8.3 Udgivelsespolitik - brugeroplysning

Statistikker offentliggøres altid kl. 08:00 på dagen, der er annonceret i udgivelseskalender. Ingen uden for Danmarks Statistik ser statistikken før offentliggørelsestidspunktet.

8.2 Udgivelseskalender - adgang

Udgivelseskalenderen kan findes på følgende link: [Udgivelseskalender](#).

8.4 NYT/Pressemeddelelse

Der er ingen særskilt NYT-udgivelse for denne statistik.

8.5 Publikationer

Der er endnu ikke udgivet nogen publikationer, hvor hjemmesygeplejestatistikken præsenteres.

8.6 Statistikbanken

Statistikbanktabellerne HJSP01, HJSP02, HJSP03

- HJSP01: Modtagere af hjemmesygepleje efter område og aldersgrupper
- HJSP02: Hjemmesygepleje efter enhed, område og aldersgrupper (tilgængelig fra januar 2014)
- HJSP03: Ydelser i hjemmesygepleje efter område og ydelsestype (tilgængelig fra januar 2014)

8.7 Adgang til mikrodata

Afidentificerede mikrodata er tilgængelige via Danmarks Statistiks Forskningservice. Bemærk, kvaliteten af data ikke er høj.

8.8 Anden tilgængelighed

Ingen.

8.9 Diskretioneringspolitik

[DSTs datafortrolighedspolitik](#) følges. Det er ikke muligt at få adgang til personhenførbare data.

8.10 Diskretionering og databehandling

I statistikbanktabel HJSP02 foretages diskretionering, så ingen celler har en værdi under tre.

8.11 Reference til metodedokumenter

Ikke relevant for denne statistik.

8.12 Dokumentation af kvalitetssikring

Resultater fra vurdering af beskrivelse af produkter og udvalgte processer foreligger i detaljeret form for hver statistik samt summarisk i rapporter til arbejdsgruppen for kvalitet.

9 Administrative oplysninger

Administrativt er statistikken placeret i kontoret Social og Sundhed. Kontaktpersonen for statistikken er , tlf: og e-mail: .

