

RAPPORT

2025

Dokumentation af datapakker til sundhedsråd



**SUNDHEDSDATA-
STYRELSEN**

Udgiver	Sundhedsdatastyrelsen
Ansvarlig institution	Sundhedsdatastyrelsen
Design	
Copyright	
Version	2
Versionsdato	12. november 2025
Web-adresse	www.sundhedsdata.dk
Titel	Dokumentation af datapakker til sundhedsråd

Indhold

1.	Registre	5
1.1	Landspatientsregisteret	5
1.2	Sygesikringsregisteret.....	5
1.3	Data fra de kommunale EOJ-systemer	5
1.3.1	Årsdata	5
1.3.2	Månedssdata	6
1.4	Plejhjemsdata (PLH).....	6
1.5	Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS)	6
1.6	CPR-registeret.....	7
1.7	Den registerbaserede evaluering af marginaliseringsomfanget (DREAM)	7
1.8	Register for Kommunal Pleje, Omsorg og Sygepleje (KPOS)	7
1.9	Lægemiddeladministrationsregisteret (LAR)	7
1.10	Yderregisteret	8
1.11	Det Statistiske Autorisationsregister (AUT).....	8
1.12	DRG-grupperet Landspatientsregisteret	8
1.13	Bevægelsesregisteret.....	8
2.	Sundhedsdata på tværs	9
2.1	Afgrænsning	9
2.2	Udvalgte beregninger og forretningsregler	9
2.2.1	Befolknings- og aktivitetsopgørelser	9
2.2.2	Aktivitetstyper	10
2.2.3	Nationale mål	13
2.2.4	Specifikt for data fra Sygesikringsregisteret	13
3.	Tabeller/områder	14
3.1	Tabel 12. Aflastning i hjemmet og midlertidige ophold (65+ år)	14
3.2	Tabel 13. Værdi af behandling i sygehus- og praksissektor	15
3.3	Tabel 14. Udgifter til kommunal fuldfinansiering	15
3.4	Tabel 15. Salg af medicin på recept.....	16
3.5	Tabel 16. Dosispakket medicin.....	17
3.6	Tabel 17. Borgere i behandling med mange lægemidler (Polyfarmaci)	18
3.7	Tabel 18. Antipsykotika til borgere med demens (65+ år).....	18
3.8	Tabel 19. Almen praksis (med ydernummer).....	21
3.9	Tabel 20. Speciallægepraksis (med ydernummer)	22

3.10	Tabel 21. Øvrig praksissektor (med ydernummer)	22
3.11	Tabel 22. Udvalgte sundhedsuddannede fordelt efter branche og geografi for arbejdssted	22
3.12	Tabel 23. Udvalgte sundhedsuddannede fordelt efter bopæl	24

1. Registre

1.1 Landspatientsregisteret

Alle oplysninger vedrørende aktivitet på sygehusene er en del af Landspatientregisteret. Landspatientregisteret er oprettet i 1976 og er et nationalt register over aktiviteten ved de danske sygehuse. Registeret indeholder en beskrivelse over hvilke sygdomme, som patienterne har haft ved kontakten til sygehuse, og hvordan disse sygdomme er blevet behandlet. Data er baseret på den nyeste version af Landspatientregisteret, LPR3.

1.2 Sygesikringsregisteret

Sygesikringsregisteret indeholder oplysninger om aktivitet på praksisområdet ud fra afregnede ydelser. Det indeholder data for både almen praksis (egen læge), privatpraktiserende speciallægepraksis (eksempelvis øjenlæger og hudlæger, der arbejder i klinikker udenfor sygehusvæsenet), øvrig praksis (eksempelvis fysioterapeuter og psykologer) samt tandlæger og -plejere (ikke medtaget i sundhedsdata på tværs).

1.3 Data fra de kommunale EOJ-systemer

Data fra kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystemer (EOJ) findes i to udgaver kaldet månedsdata og årsdata. Både årsdata og månedsdata modtages af Sundhedsdatastyrelsen fra Danmarks Statistik. EOJ-data betegnes som "Årsdata", når det er oprenset og godkendt af kommunerne, hvorimod månedsdata er de rå indberetninger. Kommunale pleje- og sundhedsdata omfatter både indsatser efter serviceloven og sundhedsloven. Efter serviceloven indberetter kommunerne hjemmehjælp (§ 83, Sundhedsdatastyrelsen benytter primært visiteret hjemmehjælp), rehabilitering (§ 83 a), Genoptræning og vedligeholdelsestræning (§ 86 stk. 1 og 2) og forebyggende hjemmebesøg (§ 79 a), mens kommunerne inden for sundhedsloven indberetter kommunal sygepleje (§ 138).

1.3.1 Årsdata

Årsdatasættene er oprenset, så de kun indeholder data, som kommunerne har godkendt. Kommunerne godkender data på månedsniveau, hvilket betyder, at datasættene ikke behøver at indeholde et fuldt år for de enkelte kommuner. Det kan være forskellige måneder, der er godkendt på tværs af kommuner og leverancer. Kommunerne godkender årsdata i primo sommeren for året før. Dette vil sige, at godkendte data for 2022 modtages af Sundhedsdatastyrelsen i sommeren 2023. Indtil et årsdatasæt er tilgængeligt benyttes månedsdata.

1.3.2 Månedssdata

Månedssdata modtages hver måned og er til forskel fra årsdata ikke valideret af kommunerne. Da årsdata kun opdateres en gang om året, suppleres der med månedssdata for den periode, hvor der ikke er årsdata. Dette gøres for at have så tidstro data som muligt. Når der foreligger et færdigt årsdatasæt vil det erstatte månedsfilerne. Månedssdata kan ikke bruges til at udfylde hullerne i årsdatasættene, da kommunen har pointeret, at data ikke er godkendt. Derfor er det ikke alle måneder, hvor der er data for alle kommuner, når der bruges årsdata. I Sundhedsdata på tværs betyder det, at der ikke er komplette data på kommunalområdet. I den periode, hvor der vises månedssdata udstilles alt indberettede data uden yderligere oprensning. Dette kan give variationer på landsplan fra år til år og fra måned til måned, da det varierer hvor mange og hvilke kommuner, der er data fra.

1.4 Plejehjemsdata (PLH)

Plejehjemsoversigten.dk og CPR-registeret danner grundlag for Sundhedsdatastyrelsens database over plejehjemsadresser. Ud fra databasen er det muligt at identificere plejehjemsbeboere i Danmark. Som udgangspunkt skal plejehjemmet være på plejehjemsoversigten for at indgå i databasen, der kan dog være få undtagelser. Borgere på midlertidige pladser indgår ikke, da de ikke har adresse på plejehjemmet.

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

Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) indeholder oplysninger om udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser herunder astma, demens, hjertesvigt, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, osteoporose, skizofreni, type-1-diabetes og type-2-diabetes. Borgerne findes ved udvalgte diagnoser i Landspatientregisteret samt udvalgte lægemidler (baseret på indikationer og ATC-koder) i Lægemiddelstatistikregisteret. For borgere der får stillet en af de udvalgte diagnoser hos egen læge indgår disse først i RUKS, når de har indløst to recepter på lægemidler med de udvalgte indikationer/ATC-koder. RUKS opdateres en gang i kvartalet.

Ifølge RUKS-algoritmen bliver en borger først en del af populationen efter to receptindløsninger, men debuten vil være fra første receptindløsning. Derfor vil der være ændringer tilbage i tid ved nye opdateringer. Indtil data opdateres igen, vil antallet af borgere med kroniske sygdomme være faldende for det nyeste opdateret kvartal.

1.6 CPR-registeret

CPR-registeret bliver brugt til at finde befolkningsgrundlaget samt informationer om borgerens bopæl, køn, alder og lignede. Det er bl.a. dette register, der medvirker til, at man kan krydse aktiviteten i sundhedssektoren med borgers bopælsadresse mm.

1.7 Forløbsdatabasen (DREAM)

DREAM er en forløbsdatabase som primært er baseret på data fra Beskæftigelses-, Undervisningsministeriet, CPR-registret samt SKAT. Datasættet omfatter samtlige personer, der har modtaget offentlige overførselsindkomster. For visse datakilder findes der data fra medio 1991 og frem. Arten af forsørgelsesydelse angives ugevis for hver enkelt person. Fra 2008 og frem indeholder basen desuden beskæftigelsesoplysninger. Der er her tale om månedlige variable der oplyser om evt. beskæftigelse. Den ugentlige ydelsesoplysning angiver om personen f.eks. har været ledig, på orlov, på efterløn, syg, på kontanthjælp, gået på en SU-berettiget uddannelse, i aktivering eller overgået til folkepension. For at kunne analysere personernes afgangsmønstre er registret yderligere suppleret med oplysninger om overgang til folkepension, udvandring fra Danmark og dødsfald. Endelig vedhæftes der en række andre analysevariable. Det drejer sig bl.a. om oplysninger som herkomst, civilstand, bopælskommune og a-kasse-tilhørsforhold. DREAM indeholder oplysninger på over 6 mio. personer. Basen ajourføres månedligt. Kriteriet for at indgå i basen sker hvis en person har modtaget en forsørgelsesydelse, herunder folkepension, eller har været i beskæftigelse, jf. indkomst.

1.8 Register for Kommunal Pleje, Omsorg og Sygepleje (KPOS)

KPOS er et nationalt register, der indsamler data fra kommunerne via den fælleskommunale Gateway (FK-Gateway). KPOS omfatter data om en række afklarede tilstande og bevilligede indsatser på sundheds-, service- og ældreområdet inden for udvalgte paragraffer. KPOS indeholder ikke oplysninger om antal kontakter eller besøg.

1.9 Lægemedeladministrationsregisteret (LAR)

LAR er et salgsregister, der indeholder detaljeret information om alt salg og alle leverancer af medicin i Danmark. LAR indeholder oplysninger for de seneste ti år med henblik på at overvåge medicinforbruget. Salg af medicin i Danmark bliver registreret og indberettet månedligt til LAR.

ATC-systemet i LAR

ATC-systemet (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) i LAR er defineret af WHO og bruges til klassifikation af lægemidler efter deres primære indholdsstof, terapeutiske/farmakologiske virkning og kemiske struktur. En ATC-kode dækker over et bestemt stof eller en kombination af flere aktive stoffer.

1.10 Yderregisteret

Yderefteret indeholder oplysninger om ydere i henhold til lov om offentlig sygesikring, dvs. alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, psykologer etc. Ved hjælp af Yderregisteret er det muligt at få oplysninger om fx yders praksisadresse, speciale samt lægetype. Det er også muligt i et vist omfang at finde oplysninger om de personer, der er ansat hos en yder.

1.11 Det Statistiske Autorisationsregister (AUT)

Det Statistiske Autorisationsregister (AUT) indeholder oplysninger om autorisationer, tilladelser til selvstændigt virke og specialeanerkendelser tildelt af Styrelsen for Patientsikkerhed. Data består dels af historiske autorisationsdata og nye data, som løbende kommer ind i systemet i forbindelse med sagsbehandlingen af personers autorisationssager i Styrelsen for Patientsikkerhed.

1.12 DRG-grupperet Landspatientsregister

Landspatientregisteret (se 1.1) beriges med landsdækkende gennemsnitstakster for behandlinger på sygehuse opgjort ved DRG-takster.

Disse takster sættes på tidsmæssigt sammenhængende forløb inden for samme sygehus og kan således bestå af alt fra korte besøg til meget lange uafbrudte indlæggelser. DRG-systemet tager højde for forskellig tyngde af disse besøg og indlæggelser. DRG-taksterne er beregnet med udgangspunkt i udgifter, som de optræder i sygehusregnskaberne, og den tilhørende aktivitet. Se yderligere om DRG og DRG-grupperet LPR på [Sundhedsøkonomi - Sundhedsdatastyrelsen](#).

1.13 Bevægelsesregisteret

Bevægelsesregisteret er baseret på data fra Sundhedsdatastyrelsens Statistiske Autorisationsregister, der indeholder informationer om, hvilke personer med en social- og sundhedsuddannelse, der har fået en autorisation fra Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS), og oplysninger om bl.a. uddannelses- og arbejdsmarkedsoplysninger fra Danmarks Statistik. Opgørelsen er opgjort med status pr. 31. december i årene. Uddannelsesoplysningerne er medtaget pr. 1. oktober og arbejdsmarkedsoplysningerne er pr. ultimo november.

2. Sundhedsdata på tværs

Sundhedsdata på Tværs (SPT) er et værktøj udstillet af Sundhedsdatastyrelsen til visualisering af kontakter og fællespopulationer på tværs af sektorer, herunder sygehusvæsenet, praksissektoren og kommunerne. Med SPT får brugerne adgang til en dybdegående analyse af kontaktmønstre baseret på kriterier som demografi, geografi, udvalgte kroniske sygdomme og arbejdsmarkedstilknytning.

Data til tabel 1 til 11 stammer fra Sundhedsdata på tværs. Værktøjet kombinerer en række kilder som ses i Figur 1. I ovenstående afsnit er blot beskrevet hvilke kilder der anvendes, samt hvilke data, de indeholder.

Figur 1 Datakilder anvendt i Sundhedsdata på tværs

- **Landspatentregisteret (LPR)**
- **Kommunale EOJ-data (EOJ)**
- **Sygesikringsregisteret (SSR)**
- **Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser (RUKS)**
- **Den Registerbaserede Evaluering Af Marginaliseringsomfanget (DREAM)**
- **Borgeroplysninger**
- **Plejhjemsdatabase**

2.1 Afgrænsning

Tabel 1-3 er opgjort pr. 1. januar 2025. Bemærk at borgere med udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser er opgjort for 2024.

Tabel 4-11 er opgjort for 2024 og indeholder således aktivitet for hele året.

2.2 Udvalgte beregninger og forretningsregler

2.2.1 Befolknings- og aktivitetsopgørelser

I forbindelse med brug af Sundhedsdata på tværs, er det vigtigt at skelne mellem måder man har valgt at opgøre befolkningspopulationer og aktiviteter.

Befolkningsberegninger opgøres primo i den valgte periode. Vælger man eksempelvis månederne marts-april-maj anvendes antallet af borgere den 1. marts i beregningen. Det samme gør sig gældende såfremt man har valgt et helt år. Her opgøres antallet af borgere pr. 1. januar i det valgte år. I tillæg skal det understreges, at de pågældende borgeroplysninger f.eks. vedrørende borgerens bopæl ligeledes er defineret ud fra ovenstående logik.

Aktivitetsopgørelser viser den samlede aktivitet for hele perioden. Det vil sige at en borger, der ikke fremgår af den valgte population primo den valgte periode, stadig vil fremgå af opgørelsen, såfremt vedkommende er registreret med en relevant aktivitet.

Oplysninger om borgernes arbejdsmarkedstilknytning indhentes fra Forløbsdatabasen DREAM. For personer i den arbejdsdygtige alder (16-67 år) er arbejdsmarkedstilknytning defineret ud fra den dominerende indkomstydelse i 2024. I tabel 1b. Populationsoverblik pr. 1.000 borgere er borgere i den arbejdsdygtige alder pr. 1.000 borgere beregnet vha. befolkningstal pr. 1. januar 2025.

2.2.2 Aktivitetstyper

De forskellige områder er inddelt i aktivitetstyper efter nedenstående tabel. De følgende afsnit beskriver, hvordan de forskellige aktivitetstyper er defineret.

Område	Aktivitetstyper
Sygehus	Sygehusophold
Almen praksis	Kontakttype
Speciallæge	Specialer
Øvrig praksis	Specialer
Kommune	Ydelser

2.2.2.1 Sygehusophold

I Landspatientregisteret defineres en aktivitet på baggrund af en fysisk kontakt mellem patient (eller stedfortræder) og behandler. Sundhedsdata på tværs inkluderer udelukkende fysiske patientkontakter i sygehusvæsenet, vær derfor opmærksom på at data kan variere fra andre steder, der ikke benytter samme afgrænsning.

Aktivitetstypen for sygehusene opgøres som sygehusophold. Et sygehusophold er en sammenkobling af fysiske fremmøder på hospitalet, såfremt de er tidsmæssigt overlappende eller optræder med højst 4 timers afstand mellem tidspunkt for indskrivning og udskrivning. Sygehusophold opdeles i hhv. ambulante ophold og indlæggelser:

Indlæggelse: En indlæggelse defineres ved, at opholdet samlet varer 12 timer eller derover.

Ambulant sygehusophold: Et ambulant sygehusophold defineres ved, at opholdet samlet at varer under 12 timer.

Bemærk at alle sygehusophold i Sundhedsdata på tværs er offentligt finansierede. Det vil sige, at sygehusophold på privat sygehuse, der er offentligt finansieret også er inkluderet.

For Region Hovedstaden er det ikke muligt at udskille vægtlægeordningen 1813, hvorfor denne aktivitet er inkluderet i de ambulante sygehusophold.

For uden aktivitetstype kan sygehusophold også inddeles i:

Prioritet: Sygehusopholdets prioritet angiver, hvorvidt et sygehusophold er akut eller planlagt.

Behandlingstype: Sygehusopholdets behandlingstype angiver om, der er tale om en somatisk eller psykiatrisk behandling. Behandlingstypen defineres ud fra typen af aktionsdiagnose samt hovedspecialet. Specialerne psykiatri, børnepsykiatri samt ophold med en psykiatrisk aktionsdiagnose (DF-diagnose) defineres som psykiatriske, mens de resterende defineres som somatiske.

2.2.2.2 Kontakttype i almen praksis

For almen praksis er aktivitetstypen opdelt på følgende kontakttyper:

- Fysisk fremmøde
- Telefon
- E-mail
- Video
- Sygebesøg
- Uden for kategori

En aktivitet hos almen praksis kategoriseres på baggrund af ydelseskoden eller eventuelle relevante tillægskoder.

2.2.2.3 Specialer i speciallægepraksis

Aktivitetstypen for praktiserende speciallæger (med ydernummer) er opdelt på baggrund af yderens hovedspeciale. Det er altså ikke den enkelte kontakt, der ligger til grund for aktivitetstypen, men behandlerens speciale.

2.2.2.4 Specialer i øvrig praksis

Aktivitetstypen for øvrig praksis er opdelt på baggrund af yderens hovedspeciale. Det er altså ikke den enkelte kontakt, der ligger til grund for aktivitetstypen, men behandlerens speciale. For fysioterapi og ridefysioterapi skelnes der ikke mellem, hvorvidt aktiviteten er vederlagsfri eller ej.

2.2.2.5 Kommunale ydelser

Aktivitetstypen for ydelser i kommunalt regi er opdelt på paragraffer indenfor serviceloven (SEL) og sundhedsloven (SUL) – dog med yderligere opdeling af SEL §§ 83 og 86. Aktiviteten kan inddeles i:

- Visiteret hjemmehjælp, SEL § 83 (praktisk hjælp)
- Visiteret hjemmehjælp, SEL § 83 (personlig pleje)
- Rehabilitering SEL § 83 a
- Genoptræning, SEL § 86 stk. 1
- Vedligeholdelsestræning, SEL § 86 stk. 2
- Forebyggende hjemmebesøg, SEL § 79 a
- Kommunal sygepleje, SUL § 138

Bemærkninger til kommunale ydelser

Sammenligninger i mellem kommuner skal ske med forsigtighed. Det er en fordel, hvis der forud for en sådan sammenligning undersøges i udviklingsvisningen, om der er data for alle måneder for hver enkelt af de kommuner, der ønskes en sammenligning af. Yderligere er aktiviteten lig med antal borgere med aktivitet i den givne måned. Dette skyldes, at der blot er data for, hvorvidt en borger har aktivitet på ydelsen i den pågældende måned og ikke hvor hyppigt. En borger kan således kun have én aktivitet pr. ydelse pr. måned, men op til 12 aktiviteter pr. ydelse pr. år.

Hjemmehjælp

Borgere visiteret til at modtage hjemmehjælp efter SEL § 83. Hjælpen omfatter personlig pleje samt hjælp eller støtte til praktiske opgaver i hjemmet. Madservice er inkluderet i praktisk hjælp. Visiteret hjemmehjælp bliver opgjort på, om borgeren er visiteret til praktisk hjælp, personlig pleje eller begge.

Træning

SEL § 86 er opdelt på hhv. stk. 1 og 2 og fremgår derfor som Genoptræning, SEL § 86 stk. 1 og Vedligeholdelsestræning, SEL § 86 stk. 2

Forebyggende hjemmebesøg

Man skal her være opmærksom på at praksis for udførelse af forebyggende hjemmebesøg kan variere fra kommune til kommune.

Kommunal sygepleje

Hvis borgeren får besøg af en sygeplejerske i eget hjem er det (kommunal sygepleje efter SUL § 138. Formålet med kommunal sygepleje er at forebygge sygdom, fremme sundhed og yde

sygepleje og behandling. Der skelnes ikke mellem kommunal sygepleje i eget hjem og på plejehjem.

2.2.3 Nationale mål

Der er inkluderet opgørelser for udvalgte definitioner fra de nationale mål for sundhedsvæsenet - genindlæggelser og forebyggelige sygehusophold. Nedenfor ses en beskrivelse af begge.

2.2.3.1 Genindlæggelser

En somatisk genindlæggelse er en akut indlæggelse på en somatisk afdeling inden for 30 dage efter udskrivelsen fra en tidligere indlæggelse. Der er ikke fastsat specifikke relationer mellem primærindlæggelsen og genindlæggelsen ud over den tidsmæssige. Det vil sige, at der ikke stilles krav om f.eks. sygdomsmæssige relationer i form af samme/tilsvarende diagnose. Opgørelsen følger samme definition, som benyttes i nationale mål for sundhedsvæsenet. For yderligere information se [her](#).

2.2.3.2 Forebyggelige akutte sygehusophold

Forebyggelige sygehusophold er defineret på baggrund af en række diagnoser, der repræsenterer følgende sygdomme: Dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis (mave/tarm lidelser), brud (diverse), ernæringsbetinget anæmi, sociale og plejemæssige forhold samt tryksår. Der er kun inkluderet akutte sygehusophold og der er afgrænset til ældre borgere på 65 år eller derover. For yderligere information se [her](#).

2.2.4 Specifikt for data fra Sygesikringsregisteret

I Sundhedsdata på tværs laves opgørelser ud fra behandlingsdatoen og ikke afregningstidspunktet for aktiviteten. Ydelserne vil dog først fremgå af Sygesikringsregisteret, når den er afregnet. Derfor kan der være efterregistreringer af ydelser, og data kan derfor ændre sig bagud i tid. Sundhedsdatastyrelsen har traditionelt brugt afregningsdatoen, men er på vej mod at bruge behandlingsdatoen i flere afrapporteringer. Der er dog stadig afrapporteringer, hvor der opgøres på afregningstidspunktet, hvorfor man skal være opmærksom ved sammenligninger med andre opgørelser, eksempelvis på eSundhed.

I opgørelsen over kontakter til almen praksis benyttes kontakter inden for dagstid, hvilket er defineret som aktivitet i tidsrummet 8-16. Dette har til formål at sikre sammenlignelighed mellem aktivitet i almen praksis på tværs af landet, da kontakter udenfor dagstid ikke er sammenlignelige grundet forskellige vagtordninger.

3. Dokumentation for øvrige tabeller

3.1 Tabel 12. Aflastning i hjemmet og midlertidige ophold (65+ år)

Datakilde:

Register for Kommunal Pleje, Omsorg og Sygepleje (pr. september 2025), Sundhedsdatastyrelsen.

Afgrænsning:

Opgørelsen er afgrænset til at indeholde borgere med bevilgede indsatser registrerede under servicelovens §84 fordelt på stk. 1 og stk. 2.

Definitioner:

En indsats er den bevilgede faglige handling, der iværksættes for at imødekomme en tilstand og nå et defineret mål. Indsatserne kan variere fra praktisk hjælp til træning eller sygepleje, afhængigt af borgernes behov og bevillingen.

Servicelovens § 84 – Midlertidige ophold: Omfatter både aflastning og midlertidige pladser uden for eget hjem. Aflastning kan være rettet mod pårørende, der har behov for støtte i en periode, mens midlertidige ophold kan gives til borgere, som i en afgrænset periode har behov for støtte, pleje eller træning, fx efter sygdom eller indlæggelse.

Servicelovens §84 består af to hovedområder:

- Stk. 1 – Aflastning: Her ydes støtte til pårørende, når en borger med et større omsorgs- og plejebehov midlertidigt passes enten i eget hjem eller på en alternativ adresse. Formålet er at aflaste de pårørende i en periode, hvor behovet for pleje ellers kan være belastende.
- Stk. 2 – Midlertidige ophold: Her tilbydes et midlertidigt ophold uden for eget hjem, når borgeren i en periode ikke kan være hjemme. Det kan fx være i forbindelse med en hospitalsudskrivelse, under genoptræning eller hvis der er behov for en afklaring af borgerens fremtidige plejebehov.

Tabel 12c viser gennemsnitlig varighed (dage) for aflastning i hjemmet og midlertidige ophold. Varighed beregnes som forskellen mellem en gyldig start- og slutdato for en registreret indsats. Dette kan give en underestimering, da lange forløb uden slutdato, endnu ikke indgår i beregningen. Kun forløb med både start- og slutdato indgår i beregningen.

Bemærkning:

Kommunerne registrerer ikke altid ens på §84. Nogle kommuner benytter andre paragraffer eller moduler til at registrere midlertidige ophold. Tallene i opgørelsen kan derfor være underrepræsenterede i forhold til det samlede antal ophold.

3.2 Tabel 13. Værdi af behandling i sygehus- og praksissektor

Datakilde:

Landspatientregisteret (pr. 10. marts 2025), DRG-grupperet Landspatientregister DRG2024 (pr. 10. marts 2025) og Sygesikringsregisteret (pr. 10. marts 2025), Sundhedsdatastyrelsen.

Afgrænsning: Estimerede udgifter forbundet med **somatisk sygehusbehandling** er baseret på DRG-værdi, beregnet med landsgennemsnitlige takster. Opgørelsen er lavet på baggrund af det DRG-grupperede Landspatientregister for 2024 i takstsystem 2024 (DRG2024) pr. 10. marts 2025. Der er afgrænset til offentligt finansierede behandlinger på sygehuse for borgere med en gyldig dansk bopælsregion på behandlingstidspunktet.

Estimerede udgifter forbundet med **psykiatrisk sygehusbehandling** er baseret på sygehusophold på psykiatriske sygehuse og takster for psykiatrien. Ophold under 12 timer prissættes med en ambulant takst, mens sygehusophold på 12 timer og derover prissættes med en sengedagstakst pr. dag. I henhold til de officielle takster for 2024 er ambulante besøg prissat til kr. 2.089, mens en sengedag er prissat til kr. 4.174 ([Takstsystem 2024](#)). Opgørelsen er lavet på baggrund af Landspatientregisteret for 2024 pr. 10. marts 2025.

Regionale udgifter til praksissektoren omfatter afregnede bruttohonorar for ydelser modtaget hos fx alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger (med ydernummer) ifølge Sygesikringsregisteret opgjort pr. 10. marts 2025.

Definitioner: Sygehusbehandling: Enheden er tidsmæssigt sammenhængende indlæggelser/behandlinger på samme sygehus, idet der tillades op til fire timers ophold mellem udskrivning fra én afdeling til indskrivning på den næste.

Praksissektor: Enheden er ydelser dækkende grundydelse (bl.a. konsultationer), tillægsydelser m.v.

3.3 Tabel 14. Udgifter til kommunal fuldfinansiering

Datakilde: Landspatientregisteret (pr. 10. marts 2025), Sundhedsdatastyrelsen.

Afgrænsning: Opgørelsen omfatter afregninger af kommunal fuldfinansiering (KFF) for aktivitetsåret 2024 dækkende færdigbehandlede (hhv. somatik og psykiatri), ophold på hospice

og specialiseret genoptræning. Alle betalinger sker fra bopælskommune til bopælsregion, bortset fra statsbetalingen som anført nedenfor.

Definitioner:

Færdigbehandlede: Det følger af [BEK nr. 1113 af 18/10/2024](#), at bopælskommunen betaler en takst pr. dag, hvis en af kommunens borgere forbliver indlagt, efter, at sygehuset har angivet, at patienten er **færdigbehandlet**.

Antallet af dage, hvor en borger har ligget færdigbehandlet på sygehuset. Der tælles dage fra lægelig markering af færdigbehandling indtil udskrivning eller markering færdigbehandling slut. Sidstnævnte i de tilfælde, hvor der sker et tilbagefald, der kræver genoptagning af behandling. Hvis der er mindre end fire timers ophold mellem to periode kædes sammen til én.

Hospiceophold: Der tælles antal dage fra indlæggelse på hospice til udskrivning.

Specialiseret genoptræning: Genoptræningskontakter på sygehus, som finder sted i intervallet mellem administrativ markering af "specialiseret genoptræning, start" til "specialiseret genoptræning, slut" eller afslutning af forløb. Genoptræningskontakter er kontakter tilknyttet én eller flere behandlingskoder, som er defineret som primært genoptræning. Disse inddeles i tre genoptræningsgrupper, som bærer hver sin takst.

Beregninger: Færdigbehandlede: Kommunerne betaler kr. 2.316 pr. dag til regionerne. Dertil kommer for somatikken en betaling fra kommunerne til staten fra første dag med kr. 2.316 pr. dag stigende til kr. 4.632 fra og med tredje dag. I psykiatrien er statsbetalingen kr. 2.316 fra og med dag 7, stigende til kr. 4.632 fra og med dag 14.

Statens provenu som følge af ovenstående tilbagebetales til kommunerne inden for regionen fordelt med befolkningstallet. Der kan således for nogle kommuner være tale om en nettoindtægt i såvel somatikken som psykiatrien.

Tallet for sundhedsrådet er en vægtet sum over kommunerne med indbyggertal som vægt, hvorfor summen over kommuner ikke svarer til tallet for sundhedsråd.

Hospiceophold: Kommunerne betaler kr. 2.316 pr. dag til regionerne.

Specialiseret genoptræning: For hver af de tre genoptræningsgrupper opgjort som beskrevet ovenfor betaler bopælskommunen hhv. kr. 898, 1.198 og 1.935 til bopælsregionen.

3.4 Tabel 15. Salg af medicin på recept

Datakilde: Lægemiddeladministrationsregisteret (pr. 1. september 2025), Sundhedsdatastyrelsen.

Afgrænsning: Tabellen er afgrænset til personhenførbart salg af medicin på recept i primærsektoren. Salg af veterinær medicin er ikke medtaget.

Definitioner: Samlet omsætning er en sum af ekspeditionspriser. Ekspeditionsprisen er den pris borgerne køber medicinen til før fradrag af tilskud, og prisen inkluderer medicinens listepriis samt en apoteksavance og et recepturgebyr.

Regionalt tilskud er det tilskud borgeren modtager fra regionen i forbindelse med sit medicinkøb. Det regionale tilskuds størrelse bestemmes af borgerens saldo i det centrale tilskudsregister og de gældende medicintilskudsgrænser. Regionernes faktiske udgifter til tilskud er en anelse lavere, end det tilskud borgeren modtager, da apotekerne yder en rabat til regionerne på 1,72 pct. ex. moms. af det regionale tilskud.

Kommunalt tilskud er tilskud, som borgeren kan få bevilget af kommunen. Det kommunale tilskud dækker hele eller dele af borgerens resterende udgift, efter det regionale tilskud er trukket fra. Det kommunale tilskud gives f.eks. efter serviceloven, aktivloven, integrationsloven, pensionsloven eller lov om højeste, mellemste, forhøjet almindelig og almindelig førtidspension m.v.

Patientbetaling er den resterende del af ekspeditionsprisen (omsætningen), som borgeren skal betale efter fradrag af regionalt og kommunalt tilskud.

3.5 Tabel 16. Dosispakket medicin

Datakilde: Lægemiddeladministrationsregisteret (pr. 1. september 2025), Sundhedsdatastyrelsen.

Afgrænsning: Der er afgrænset til receptekspeditioner med ekspeditionstypen = 'DD' (Dosisdispenserede lægemidler) udskrevet til et dansk CPR-nr. i 2024.

Definitioner: Dosispakket medicin: Maskinel dosispakning fra apotekerne, hvor medicin bliver pakket i små poser til hvert tidspunkt på dagen, og leveres i en sammenhængende rulle til 14 dage.

Antal borgere: Alle der borger med dansk CPR-nr. i den pågældende befolkningsgruppe, der har indløst recept på dosispakket medicin mindst én gang

Alder: Borgerens alder ved første køb af dosispakket medicin i det pågældende år.

Borgerens bopæl, sundhedsråd og region: Baseret på borgerens bopæl på købstidspunktet. Den samme borger kan tælle med under flere kommuner, sundhedsråd og regioner, hvis borgeren flytter i løbet af året og har indløst recept på dosispakket medicin både før og efter flytning.

Befolkningsgrundlag ved beregning af antal pr. 1.000 borgere: Indbyggertallene pr. 1. januar i det pågældende år.

3.6 Tabel 17. Borgere i behandling med mange lægemidler (Polyfarmaci)

Datakilde: Lægemiddeladministrationsregisteret (pr. 23. september 2025), Sundhedsdatastyrelsen.

Afgrænsning: Receptekspeditioner på medicin til borgere med et dansk CPR-nr. i første halvår 2024. Køb af følgende medicin er undtaget: antibiotika til systemisk brug (ATC-gruppe: J01), metronidazol til oral/rektal brug (ATC-kode: P01AB01) og øjenmidler mod infektion (ATC-gruppe: S01A).

Definitioner: Borgere med polyfarmaci: Borgere, som har købt mindst fem forskellige lægemidler på recept inden for et halvt år. Forskellige lægemidler er defineret som medicin fra forskellige ATC-grupper på 4. niveau. Al medicin købt på recept tælles med, undtagen diverse antibiotika (antibiotika til systemisk brug, metronidazol til oral/rektal brug og øjenmidler mod infektion).

Der er suppleret med et tal for antal borgere med højere grad af polyfarmaci, hvor de har købt mindst ti forskellige lægemidler inden for et halvt år.

ATC: Anatomical Therapeutic Chemical Classification System. Et globalt klassifikationssystem fra WHO til inddeling af medicin i forskellige grupper efter deres primære virkemåde (se www.whocc.no). ATC-klassifikation fra WHO gældende pr. januar 2025 er anvendt.

ATC-systemet er hierarkisk med fem niveauer, hvor ATC-gruppe på 4. niveau (ATC4) er den laveste undergruppe, mens ATC5 er den kemiske substans.

Antal borgere: Alle borgere med dansk CPR-nr., der har købt medicin på recept fra mindst 5 eller 10 forskellige ATC4-grupper i løbet af et halvt år, jf. definitionen herover.

Alder: Borgerens alder ved første køb af medicin på recept i det pågældende år.

Borgerens bopæl, sundhedsråd og region: Baseret på borgerens bopæl ved første køb af medicin på recept i det pågældende år.

Befolkningsgrundlag ved beregning af antal pr. 1.000 borgere: Indbyggertallene pr. 1. januar i det pågældende år.

3.7 Tabel 18. Antipsykotika til borgere med demens (65+ år)

Datakilde:

Lægemiddeladministrationsregisteret (pr. 14. april 2025), Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser (RUKS), CPR-registeret og Plejehjemsoversigten, Sundhedsdatastyrelsen.

Afgrænsning:

Borgere med demens pr. 1. januar 2024 i RUKS med mindst én receptindløsning på antipsykotika i 2024.

ATC: Anatomical Therapeutic Chemical Classification System. Et globalt klassifikationssystem fra WHO til inddeling af medicin i forskellige grupper efter deres primære virkemåde (se www.whocc.no). ATC-klassifikation fra WHO gældende pr. januar 2025 er anvendt.

Antipsykotika

ATC-gruppe N05A (antipsykotika) i LAR, undtagen lithium (ATC N05AN), der bl.a. anvendes til behandling af bipolare lidelser samt droperidol (ATC N05AD08), der primært anvendes postoperativt mod kvalme og opkastning. Personer tæller med i populationen, hvis de har indløst mindst én recept på antipsykotika i 2024. Opgørelserne er eksklusive 'Terminal behandling' afgrænset til personer, der udelukkende har indløst recept på haloperidol injektionspræparater, som eneste type antipsykotika (ATC-kode N05AD01 i doseringsformerne 'injektionsvæske' og/eller 'opløsning') i 2024.

Borgere med demens

RUKS er anvendt til at identificere borgere med demens pr. 1. januar 2024. RUKS medtager kun borgere, som har fået en demensdiagnose i sygehusregi eller indløst recept på demensmedicin. Borgere med demens opfylder mindst ét af nedenstående kriterier:

- Personer med minimum to køb af demensmedicin på forskellige dage i Lægemiddelstatistikregisteret (LSR) siden 1997.
- Personer med minimum én kontakt i Landspatientregisteret (LPR) med relevante specifikke diagnosekoder som aktions- eller bidiagnose siden 1995.
- Personer med minimum én kontakt i Landspatientregisteret (LPR) med relevante uspecifikke diagnosekoder som aktions- eller bidiagnose de seneste ti år fra opgørelsesåret.

Specifikke demensdiagnoser (ICD-10 koder, aktions- eller bidiagnose i LPR)

- F00 (Demens ved Alzheimers sygdom) og underkoder
- F01 (Vaskulær demens) og underkoder
- F02 (Demens ved andre sygdomme klassificeret andetsteds) og underkoder G30 (Alzheimers sygdom) og underkoder
- G31.0B (Picks sygdom)
- G31.8 (Anden degenerativ sygdom i nervesystemet)
- G31.8E (Lewy body sygdom)

Uspecifikke demensdiagnoser (ICD-10 koder, aktions- eller bidiagnose i LPR)

- F03 (Ikke specificeret demens) og underkoder
- G31.9 (Degenerativ sygdom i nervesystemet UNS)

Lægemiddelgruppe, kun godkendt til demens (ATC-gruppe i LSR):

- N06D, der omfatter demensmedicinen donepezil, rivastigmin og galantamin (kolinesterasehæmmere) samt memantin (glutamatreceptorantagonist)

Bopælstype - bor på plejehjem eller bor i eget hjem

Plejhjemsboere er afgrænset til borgere med adresse på et plejehjem pr. 1. januar 2024. Borgere der bor i eget hjem er afgrænset til borger, der ikke har en plejhjemsadresse pr. 1. januar 2024. Plejhjemsoversigten er anvendt som datakilde for borgere der bor på plejehjem.

Region, sundhedsråd og kommuner

Bopælsregion og -kommune samt sundhedsråd er ud fra brugerens bopæl for første receptindløsning i 2024. Bemærk, at for opgørelser for antipsykotika på 5. ATC-niveau er region for første køb opgjort som region ved første antipsykotika uanset 5. ATC-niveau. Der indgår kun brugere af antipsykotika med gyldigt cpr-nummer og gyldig adresse på købstidspunktet.

Sektor

Primærsektor dækker over salg af antipsykotika på recept fra private apoteker til privatpersoner.

Alder

Alder er brugerens alder ved første køb af antipsykotika i 2024.

Beregninger:

Borgere med demens (65+ år) med receptindløsning på antipsykotika i 2024.

Opgørelserne indeholder information om antal borgere med receptindløsning på antipsykotika samt antal pr. 1.000 borgere:

- Antal borgere med demens (65+ år) med receptindløsning på antipsykotika i 2024 på nationalt niveau og opgjort for regioner, sundhedsråd og kommuner.
- Antal borgere med demens (65+ år) med receptindløsning på antipsykotika fordelt på bopælstype (bor på plejehjem eller bor i eget hjem) på nationalt niveau og opgjort for regioner, sundhedsråd og kommuner.

Antal brugere af antipsykotika

- Personer tæller kun med, hvis de har indløst mindst én recept på antipsykotika i 2024. Dvs. personer indgår ikke, hvis de udelukkende har fået antipsykotika under indlæggelse på hospital, misbrugscentre og lignende. For nye brugere indgår personer også, som har fået antipsykotika i forbindelse med kontakt med hospitalet.
- Opgørelser over antal brugere af antipsykotika tager ikke højde for dosering, doseringsform (fx tabletter vs. injektioner), behandlingsvarighed eller forbrugsmønster af antipsykotika.

Borgere med demens

- Personer indgår ikke, hvis de udelukkende har fået stillet demensdiagnosen uden for et offentligt hospital eller ikke har indløst recept på demensmedicin. Der er derfor risiko for underestimering af antallet af borgere med demens. Inklusionen af borgere med demens i RUKS sker med forsinkelse. Der kræves fx to receptkøb på demensmedicin, før personer medtages, men når de medtages, er det fra første receptkøb.
- Personer, som ophører med behandlingen inden anden receptindløsning på demensmedicin, vil dermed ikke indgå. Borgere medtages ikke, hvis de dør, forsvinder eller fraflytter Danmark efter blot én receptindløsning på demensmedicin.

RUKS er et dynamisk register. Det vil sige, at det ændrer sig løbende med den information, som er tilgængelig ved opdateringstidspunktet. Det er derfor ikke muligt at ramme samme tal, når man anvender RUKS på et andet opgørelsestidspunkt.

3.8 Tabel 19. Almen praksis (med ydernummer)

Datakilde: Yderregisteret (pr. 29. august 2025) og egne beregninger på baggrund af resultater fra den nationale fordelingsmodel, Sundhedsdatastyrelsen.

Afgrænsning: Tabellen er afgrænset til aktive ydernumre på 1. januar 2025 med hovedspeciale i almen lægegering (speciale 80), ydertypen almenlæger (ydertyper 05) og med mere end 200 tilmeldte patienter (inkl. aktive læger på Christiansø, Femø, Anholt og Endelave).

Definitioner: Antal praksis er en optælling af antal ydernumre. En praksis kan dække over flere praksistyper (delepraksis, enkeltmandspraksis, kompagniskabspraksis, partnerskabsklinik, regionklinik og udbudsklinik), og der kan være flere kapaciteter tilknyttet den samme praksis. En lægekapacitet er defineret på baggrund af den måde, det opgøres på i Yderregisteret, som en administrativ enhed, som anvendes til at regulere udbuddet af almen medicinske ydelser under sygesikringen. Ifølge overenskomsten om almen praksis skal en kapacitet i udgangspunktet kunne varetage ca. 1.600 tilmeldte gruppe 1-sikrede personer. Hvis en udbudsklinik, regionsklinik eller partnerskabsklinik står registreret med nul kapaciteter i Yderregisteret, så ændres dette til én kapacitet. Antal praksis med åben for tilgang er defineret som antallet af praksis inden for det geografiske område som pr. 1. januar 2025 som var åben for tilgang af patienter, på baggrund af oplysninger fra Yderregisteret

Den nationale fordelingsmodel for læger i det almenmedicinske tilbud:

Antal sygdomsvægtede patienter pr. lægekapacitet viser det samlede antal sygdomsvægtede patienter, der er tilmeldt en læge i det pågældende område, pr. lægekapacitet tilknyttet området.

Den gennemsnitlig sygdomsvægt er et mål for det gennemsnitlige behandlingsbehov blandt borgerne bosat i området.

Dokumentation for fordelingsmodellen og den statistiske model der ligger til grund for beregningerne af sygdomsvægten inden for et område kan findes her: [Den nationale fordelingsmodel for læger i det almenmedicinske tilbud](#).

Antal lægekapaciteter som maksimalt må være udmøntet inden for et sundhedsråd i 2026 følger af bekendtgørelsen: [Bekendtgørelse om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud](#). Antal lægekapaciteter er ikke udfyldt for kommunerne, da antallet er vejledende i bekendtgørelsen.

3.9 Tabel 20. Speciallægepraksis (med ydernummer)

Datakilde: Yderregisteret (pr. september 2025), Sundhedsdatastyrelsen.

Afgrænsning: Tabellen er afgrænset til aktive ydere pr. 1. januar 2025 og er fordelt efter yderens hovedspeciale.

Definitioner: Antal speciallægepraksis er en optælling af antal ydernumre. Ydernummeret tildeles af regionen og giver den praktiserende speciallæge mulighed for at afregne honorarer med regionen under sygesikringen. En speciallægepraksis kan dække over en fuldtids- eller deltidspaksis, og der kan være mere eller mindre end én kapacitet tilknyttet praksis. Nogle praksis vil dele den samme fysiske adresse, og antal praksis således ikke en optælling af unikke lokaliteter.

3.10 Tabel 21. Øvrig praksissektor (med ydernummer)

Datakilde: Yderregisteret (pr. september 2025), Sundhedsdatastyrelsen.

Afgrænsning: Tabellen er afgrænset til aktive ydere pr. 1. januar 2025 og er fordelt efter yderens hovedspeciale.

Definitioner: Antal praksis er en optælling af antal ydernumre. Ydernummeret tildeles af regionen og giver den praktiserende yder mulighed for at afregne honorarer med regionen under sygesikringen. Nogle praksis vil dele den samme fysiske adresse, og antal praksis er således ikke en optælling af unikke lokaliteter.

3.11 Tabel 22. Udvalgte sundhedsuddannede fordelt efter branche og geografi for arbejdssted

Datakilde: Det Statistiske Autorisationsregister (pr. september 2025), Yderregisteret (pr. september 2025), Bevægelsesregisteret 2023 (pr. september 2025), DREAM (pr. september 2025) og CPR (pr. september 2025), Sundhedsdatastyrelsen.

Afgrænsning: For læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er der afgrænset på baggrund af, at der er en gyldig autorisation pr. 1. november 2024. Den autoriserede sundhedsperson indgår, hvis vedkommende er i beskæftigelse ifølge DREAM. For læger,

speciallæger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er branchetilknytning opgjort for november måned 2024. Det er den sundhedsprofessionelles primære beskæftigelse, der ligger til grund for brancheopgørelsen.

Social- og sundhedshjælpere er identificeret via Bevægelsesregisteret. Der er afgrænset til personer uddannet som social- og sundhedshjælper, sygehjælper, plejer eller plejehjemsassistent, der er i beskæftigelse. Uddannelsesoplysninger er for oktober 2023. Branchetilknytning er opgjort for november måned 2023.

For læger uden kendt branchetilknytning er der søgt yderligere information i Yderregisteret, der har oplysninger om ansættelsesforhold. Hvis en læge ikke kan knyttes til en branche på baggrund af DREAM, men fremgår som tilknyttet til en praktiserende læge (med ydernummer) i henhold til Yderregisteret, er lægen grupperet som tilknyttet branchekategorien speciallægepraksis inklusive almen praksis. For læger, der er branchetilknyttet via Yderregisteret, kan vi ikke være sikre på, at lægen har sin primære beskæftigelse i speciallægepraksis inklusive almen praksis.

Definitioner:

Opgørelsen af udvalgte sundhedsuddannede fordelt efter branchegeografi er opgjort i hoveder. Hvis en person har flere autorisationer eller uddannelser indplaceres vedkommende efter højeste uddannelsesniveau.

Branchetilknytningen for sundhedspersonale er opgjort efter Dansk Branchekode 2007 (DB07), der er en underopdeling af EU's fælles branchenomenklatur. Offentlig og privat og privat sektor er opgjort efter Danmarks Statistiks definition om sektor-tilknytning.

Læger og speciallæger inddeles i fire branchekategorier:

- Offentlige hospitaler (branchekode 861000 offentlig sektor),
- Private hospitaler (branchekode 861000 privat sektor),
- Speciallægepraksis inklusive almen praksis (branchekoder 862100 og 862200) og
- Anden beskæftigelse (øvrige branchekoder).

Sygeplejersker inddeles i seks branchekategorier

- Offentlige hospitaler (branchekode 861000 offentlig sektor),
- Private hospitaler (branchekode 861000 privat sektor),
- Speciallægepraksis inklusive almen praksis (branchekoder 862100 og 862200),
- Plejehjem, institutionsophold (branchekoder mellem 870000 og 889999),
- Hjemmesygepleje, sundhedspleje mv (branchekode 869010) og
- Anden beskæftigelse (øvrige branchekoder).

Social- og sundhedsassistenter samt Social og sundhedshjælpere inddeles i fem branchekategorier

- Hospitaler (branchekode 861000),
- Speciallægepraksis inklusive almen praksis (branchekoder 862100 og 862200),
- Plejehjem, institutionsophold (branchekoder mellem 870000 og 889999),
- Hjemmesygepleje, sundhedspleje mv (branchekode 869010) og
- Anden beskæftigelse (øvrige branchekoder).

Geografi for arbejdssted er baseret på information om [arbejdsstedskommune] i henhold til DREAM. For læger tilknyttet branchen Speciallægepraksis inklusive almen praksis er det praksiskommunen.

3.12 Tabel 23. Udvalgte sundhedsuddannede fordelt efter bopæl

Datakilde: Det Statistiske Autorisationsregister (pr. september 2025), Yderregisteret (pr. september 2025), Bevægelsesregisteret (pr. september 2025) og CPR (pr. september 2025), Sundhedsdatastyrelsen.

Afgrænsning: For læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er der afgrænset til gyldig autorisation pr. 1. november 2024. Den autoriserede sundhedsperson indgår, hvis vedkommende er bosat i Danmark pr. 1. november 2024 og under 67 år pr. 1. november 2024 eller i beskæftigelse ifølge DREAM.

Social- og sundhedshjælpere er identificeret via Bevægelsesregisteret. Der er afgrænset til personer uddannet som social- og sundhedshjælper, sygehjælper, plejer eller plejehjemsassistent, der er bosat i Danmark d. 31. december 2023, under 67 år eller i beskæftigelse pr. 1. november 2023.

Definitioner: Opgørelsen af udvalgte sundhedsuddannede fordelt efter bopælsgeografi er opgjort i hoveder. Hvis en person har flere autorisationer eller uddannelser indplaceres vedkommende efter højeste uddannelsesniveau. Fordeling af sundhedsuddannede efter bopælsgeografi er for læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er baseret på bopæl pr. 1. november 2024. For social- og sundhedshjælpere er fordeling efter bopælsgeografi baseret på bopæl pr. 31. december 2023.