



# Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter **2012**

Version 2012-3

Koordinationsgruppen for  
individbaseret patientregistrering

20. udgave af  
Rapport nr. 6, 2010

# 1 Indledning

## Baggrund for publikationen

”Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter” (Fællesindholdet) udgives af Sundhedsstyrelsen.

Fællesindholdet indeholder vejledning og regler for indberetning af data til Landspatientregisteret. Fællesindholdet er delt i to dele - en vejledningsdel rettet mod de registrerende slutbrugere ude på sygehusene, og en mere teknisk del rettet mod softwareleverandører og andre, der udvikler de patientadministrative systemer.

Kravene til indberetningen til Landspatientregisteret vedtages af ”Koordinationsgruppen for individbaseret patientregistrering”. Gruppens medlemmer er udpeget af de enkelte regioner, som hver har 3 repræsentanter. Desuden har Danske Regioner, KL, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, National Sundheds-it (NSI), Brancheforeningen for privathospitaler og klinikker (BPK) og Sundhedsstyrelsen repræsentanter i gruppen.

## 1.1 Private sygehuse og klinikkers indberetning til Landspatientregisteret

**Private sygehuse og klinikker er forpligtede til at indberette oplysninger om lægelig behandling af patienter til LPR** efter reglerne i ”Bekendtgørelse om lægers anmeldelse til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister af patienter behandlet på private sygehuse eller klinikker” (Bekendtgørelse nr. 1073 af 6. september 2007).

Oplysninger om lægelig behandling af patienter skal indberettes til Landspatientregisteret, uanset om disse patienter er henvist fra offentlige sygehuse, selvbetalere eller forsikringsbetalte. Der skal dog ikke foretages anmeldelse til Landspatientregisteret af lægelig patientbehandling, der er omfattet af overenskomster på praksisområdet.

Private sygehuse og klinikker skal indberette til Landspatientregisteret efter de gældende regler, som er beskrevet i ”Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter”, suppleret med oplysning om betalerforhold men undtaget klokkeslæt for procedurer, klokkeslæt for kontaktstart samt udskrivningstidspunkt.

## 1.2 Fællesindholdet

Ved fastlæggelse af Fællesindholdet for registrering af indlagte, ambulante og skadestuepatienter er der taget hensyn til de erfaringer, der er høstet under

arbejdet med registreringerne på lokalt plan og i Landspatientregisteret (LPR) siden registerets start i 1977, samt i Det Psykiatriske Centralregister siden 1969.

Registreringsgrundlaget for henholdsvis indlagte, ambulante og skadestuepatienter er gjort så ensartet som muligt. Endvidere er afgrænsningen af Fællesindholdet foretaget under hensyntagen til ”Definitioner til patientregistrering”. Data fra sygehusene skal som minimum indberettes månedligt til Landspatientregisteret - senest den 10. i efterfølgende måned.

### **Fællesindholdets opbygning**

Fællesindholdet er opbygget, så alle relevante oplysninger vedrørende enkeltemner er forsøgt samlet ét sted under en fælles overskrift. Fx ”Svangerskab, fødsler, aborter og misdannelser” eller ”Registrering af diagnoser”. Desuden er der i det enkelte afsnit indarbejdet eksempler på registreringspraksis. Bilag med kodelister kan ses under de specielle

fagområder.

Fællesindholdets første del - vejledningsdelen - indeholder beskrivelse af Fællesindholdet med oversigter over hvilke data, der indgår i registreringen af henholdsvis indlagte, ambulante og skadestuepatienter, både somatiske og psykiatriske. Desuden indeholder disse afsnit en beskrivelse af de specifikke krav til registreringen indenfor det enkelte område.

I vejledningsdelen findes også et kapitel med definitioner på de begreber, der er anvendt i bogen, se kapitel 16.

### **Symbolforklaring**

I kodelisterne anvendes følgende symboler – jokertegn – i koderne, herunder i forhold angivelse af krav til specifik kodelængde og mulige kodelængder:

- ? angiver, at kodepladsen skal udfyldes efter gældende klassifikation
- \* angiver, at kodepladsen og de evt. følgende pladser kan udfyldes efter gældende klassifikation

Eksempel - skademekanisme:

EUS??\* der skal registreres mindst 5 karakterer; der kan registreres mere detaljeret (se klassifikation)

Evt. krav knyttet til specifikke koder – fx om yderligere tillægskodning – referer altid til det obligatoriske niveau (?)

Det samme krav gælder også for de underordnede koder til den kravsificerede kode, der altså nedarver kravet

## Den tekniske del

Fællesindholdets anden del indeholder hele den tekniske beskrivelse inklusiv datanavnene. Fællesindholdet er minimumskrav, idet det overlades til de enkelte sygehusejere selv at afgøre, om registreringen skal være mere omfattende.

### 1.3 Formål med indberetningen

Fællesindholdet er de oplysninger, der er fælles for de lokale patientregistreringssystemer og LPR. LPR ajourføres ved dataoverførsel fra de lokale patientregistreringssystemer. Fællesindholdet binder således LPR og de lokale patientregistreringssystemer sammen med nogle basale data, men Fællesindholdet forhindrer ikke sygehusene i at registrere flere oplysninger i de lokale registreringssystemer.

LPR har ikke alene givet en arbejdslettelse på sygehusene men også et væsentligt bedre grundlag for sygehusstatistikken, som i højere grad end tidligere kan anvendes i sundhedsplanlægningen og den løbende administration. LPR har tillige betydet, at medicinske forskningsprojekter kan baseres på en større mængde materiale end tidligere, enten ved direkte brug af patientdata evt. sammen med data fra andre kilder eller ved at bruge patientregistreringen til udtagning af repræsentative stikprøver.

**Det er yderst vigtigt, at indberetningen af data til LPR bliver så ensartet og korrekt som muligt, idet LPR anvendes i mange sammenhænge til analyse af sygehusenes aktiviteter og resultater.**

Ensartet patientregistrering har muliggjort opgørelser af kommunernes sygehusforbrug baseret på oplysninger om den enkelte patients bopælskommune (forbrugsstatistik). Statistikken supplerer den traditionelle aktivitetsstatistik baseret på oplysninger om sygehusenes produktion. Forbrugsstatistikken kan i modsætning til aktivitetsstatistikken sættes i relation til en veldefineret befolkning, hvilket giver mulighed for standardberegninger, som korrigerer for forskelle i befolkningens køns- og alderssammensætning.

Forbrugsstatistikken giver endvidere mulighed for fremskrivninger, hvorved man kan beregne konsekvensen af den fremtidige befolkningsudvikling på sygehusforbruget.

Ved epidemiologiske undersøgelser er det en væsentlig fordel, at opgørelserne kan baseres på det samlede antal registrerede sygdomstilfælde for et givet geografisk område eller for hele landet, hvorved antallet af sygdomstilfælde kan sættes i relation til en veldefineret befolkning. Det bør dog tilføjes, at den individbaserede patientregistrering kun giver oplysninger om patien-

## Indledning

ter, der har været i kontakt med et sygehus i form af indlæggelse eller besøg på ambulatorium eller skadestue.

Samtidig får LPR en stadig større rolle i arbejdet med kvalitetsudviklingen af sygehusvæsenet. I nogle specialer i højere grad end andre. Det er en realistisk vision, at LPR i de kommende år vil finde yderligere direkte anvendelse i kvalitetsarbejdet.

## 1.4 Ændringer til indberetning for 2012

Vedrørende ændringer efter 1. version af Fællesindholdet 2012 – se Sundhedsstyrelsens hjemmeside under:

<http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Patientregistrering/Faellesindhold.aspx>

### Ændringer til 2012:

- Generelt er samtlige diagnoser og beskrivelser i tabeller og eksempler tilrettet den reviderede diagnoseklassifikation
- Kapitel 7 Psykiatri, der er tilføjet 2 nye startvilkår, Tvangstilbageholdelse (5) for indlagte og Tvungen ambulante opfølgning (O) for ambulante
- Afsnit 10.14 Aflyste og afbrudte procedurer, er fjernet, da indberetningen er ophørt
- Afsnit 12.2 Svangerskab, er opdateret med ændret registrering og nye koder
- Kapitel 17 Teknisk del, der er ændret i valideringerne for operationer, da det er et krav at der er art (P, D eller +) på alle K-koder

# Vejledningsdel

## 2 Kontaktmodellen

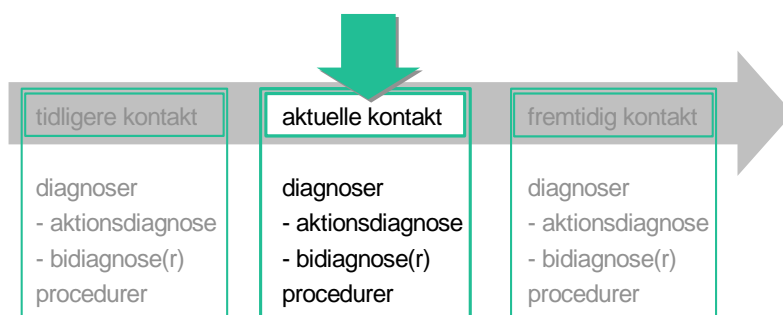
Indberetning af individbaserede patientdata til LPR sker i form af patientkontakter. Ved en kontakt forstås:

- en indlæggelse
- en ambulante kontakt (besøg og ydelser)
- et skadestuebesøg

Indberetningen sker på baggrund af registreringerne ved kontaktens afslutning. Åbne ambulante kontakter og uafsluttede indlagte psykiatriske kontakter indberettes dog mindst én gang om måneden. Alle kontakter har en række basisoplysninger, der er nærmere beskrevet i kapitlerne om indlagt patient, ambulante patient og skadestuepatient.

Til alle kontakter er der desuden krav om registrering af diagnoser samt indberetning af nogle procedurer. Forståelsen og anvendelsen af kontaktbegrebet er en forudsætning for korrekt diagnose- og procedureregistrering.

Figur 2 Kontaktmodellen



Registrering af aktionsdiagnose, relevante bidiagnoser, operationer og eventuelt andre procedurer skal ses i den afgrænsede sammenhæng af en kontakt. Det er stamafsnittet, der har **registreringsansvaret** for den enkelte kontakt.



Patientkontaktbegrebet er tæt relateret til to andre begreber **slutregistrering** og **stamafsnit**. Indberetningskravene og dermed data i LPR vedrører den **afsluttede kontakt fra det enkelte stamafsnit**.

Registreringsbegreberne i diagnose- og procedureregistreringen afspejler dette. Der er ikke tale om patientforløb, som det kendes fra nogle patientadministrative systemer. Patientforløb opdeles i forbindelse med indberetningen i mindre dele - kontakter. Dette betyder, at et helt normalt patientforløb med ambulante besøg, indlæggelse og efterfølgende ambulante besøg bliver til i alt 3 kontakter i LPR.

En patient må maksimalt samtidig have en (1) åben indlæggelseskontakt og en (1) åben ambulant kontakt for samme sygdom under samme (over)afdeling ad gangen, med mindre der er tale om tvangstilbageholdelser, se **afsnit 7.5**.

Én sammenhængende ”ambulant kontakt” kan bestå af såvel ambulante besøg som ydelser, der er udført uden besøg, og kan evt. strække sig over lang tid. Aktionsdiagnosen (og eventuelle bidiagnoser) på denne kontakt skal til enhver tid være dækkende for hele kontakten, dvs. at diagnosen eller diagnoserne skal belyse den gældende opfattelse af en patients sygdom. Da der sker en månedlig indberetning af de åbne ambulante kontakter, anbefales det, at ændringer i patientens diagnose(r) løbende opdateres i det patientadministrative system.

I LPR ses kun de sidst indberettede diagnoser. Dette har betydning for, hvornår der skal oprettes en ny ambulant kontakt, fx ved overgang fra sygdom til kontrol uden sygdom – se **afsnit 5.4**.

**Aktionsdiagnosen** er dén ”diagnostiske etiket”, der bedst beskriver kontakten, dvs. udtrykker ”hvad man handlede på ved den aktuelle kontakt”.

De ”**relevante bidiagnoser**” supplerer ud fra en klinisk synsvinkel aktionsdiagnosens beskrivelse af kontakten - ikke forløbet, kun den aktuelle kontakt. Det kan fx dreje sig om en tilgrundliggende (kronisk) sygdom, hvis denne har en klinisk eller ressourcemæssig betydning for kontakten.

De **operationer** og **andre procedurer**, der udføres i forhold til og inden for kontaktens tidsudstrækning skal indberettes på kontakten. Det gælder også eventuelle assistancer, se **afsnit 10.1.3**.

## 2.1 Værdisæt

Ved beskrivelse af de enkelte registreringer er medtaget et værdisæt (mulige, der kan indtastes i et bestemt felt) som en hjælp til brugerne.

Til nogle felter er der korte veldefinerede lister af værdier, der for eksempel anvendes til at angive administrative oplysninger, fx indlæggelsesmåde. Disse lister findes i databeskrivelserne. Andre steder anvendes SKS-koder, som er koder fra Sundhedsvæsenets Klassifikations System. Koderne kan ses i SKS-browseren.

SKS-koder er officielle koder, inddelt i hovedgrupper. Disse oprettes og vedligeholdes af Statens Serum Institution.

Til diagnoseregistrering anvendes fx hovedgruppe 'D'. Til procedureregistrering er der flere muligheder fx hovedgruppe 'B' for behandlinger, hovedgruppe 'K' for operationer, 'U' eller 'ZZ' for undersøgelser og for enkelte administrative procedurer, hovedgruppe 'A'.

## 2.2 Arbejdsgange

Det er afgørende for datakvaliteten, at der er rationelle arbejdsgange imellem lægens diktering af afsluttede journalnotat/epikrise og den edb-mæssige registrering af kontaktens data i det patientadministrative system.

Det vil således være meget hensigtsmæssigt, hvis sekretærens slutregistrering er understøttet af dikteringen: "Aktionsdiagnosen er ...."; "Bidiagnoserne er...." osv.

**I forbindelse med langvarige kontakter er det vigtigt at være opmærksom på opdatering og kvalificering af kontaktens diagnoser.**

Det er stamafsnittene, der har indberetningsansvaret for den enkelte kontakt. Dette betyder bl.a., at indberetningspligtige procedurer udført som assistance af andet afsnit skal indberettes på kontakten, uanset hvem der i praksis registrerer ydelsen. Det vil ofte være mest praktisk, at producenten registrerer ydelsen i forbindelse med udførelsen.

Vedrørende opdatering af kontaktens diagnoser ved afslutning, se også **afsnit 9.2.1.**



### 3 Henvisnings- og venteperiode

For alle planlagte kontakter skal der registreres venteoplysninger.

Planlagte kontakter er alle kontakter, der ikke er opstået som følge af akut sygdom, dvs. hvor kontakten – indlæggelse eller besøg – er foregået via afsnittets planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner, uanset om ventetiden er kort eller lang.

Planlagte kontakter har en henvisning. Henvisnings- og venteoplysninger indberettes sammen med den efterfølgende kontakt. ”Ventetid” skal ses ud fra patientens synsvinkel. Det er patientens oplevede ventetid, der skal afspejles i registreringen – se eksempler under ”Vejledning til registrering” **afsnit 3.2.**

Til LPR skal der udover henvisningsdato indberettes ventestatus med start- og sluttidspunkt, henvisningsdiagnose samt henvisningsmåde.

**Tabel 3**

Begreb	Definition/beskrivelse
henvisning	anmodning fra en henvisningsinstans til en sundhedsproducent om udførelse af eller medvirken til en sundhedsaktivitet
henvisningsdato	dato for modtagelse af en henvisning på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten
henvisningsperiode	periode fra henvisningsdatoen til dato for første fremmøde på sygehuset <b>Bemærkning:</b> Periode indtil udredning eller behandling på det kliniske stamafsnit. Fremmøde alene på billeddiagnostisk afdeling, laboratorium eller anden paraklinisk funktion afbryder ikke henvisningsperioden
henvisningsinstans	henvisningsret til sundhedsvæsenet
visitation	sundhedsfaglig vurdering af en patients behov for sundhedsaktiviteter og prioritering heraf på baggrund af en henvisning eller en patientkontakt
venteperiode	periode i forhold til den enkelte kontakt, hvor der registreres ventetidsoplysninger <b>Bemærkning:</b> For eksempel ventetiden før en udredning eller ventetid før en behandling
ventestatus	status for om en patient er ventende eller ikke ventende

Begreb	Definition/beskrivelse
	<b>Bemærkning:</b> Den til enhver tid gældende ventestatus skal angives
venteforløb	periode fra henvisningsdato til dato for endelig behandling <b>Bemærkning:</b> Patientens samlede venteperioder indenfor ét sygdomsforløb. Inkluderer evt. ventetid til assistancedyelse, hvor videre ambulante udredning og behandling må afvente assistancen
udredning	afklaring af hvilken endelig behandling, der skal ske
udredningsperiode	periode fra start af udredning til beslutningstidspunkt <b>Bemærkning:</b> Beslutningstidspunkt er det tidspunkt hvor endelig behandling besluttet
endelig behandling	den behandling, der klinisk vurderes til bedst at afhjælpe det aktuelle sygdomsproblem

### 3.1 Ventestatus

Venteforløbet er den samlede periode fra henvisningsdato til startdato for (endelig) behandling.

Ventestatus angives som perioder, hvor patienten venter, og hvor patienten ikke venter. Ventestatus registreres med datoangivelser (for start og slut) og kan skifte i venteperioden.

Der skal altid være registreret ventestatus fra henvisning til (endelig) behandling. Dette gælder både, hvis henvisningen er den første i et sygdomsforløb og hvis henvisningen oprettes i løbet af et sygdomsforløb, fx når der efter udredning er ventetid til endelig behandling.

Hvis der indenfor en kontakt er flere ventestatusser, skal disse dække en sammenhængende periode. Dvs. den foregående ventestatus skal slutte dagen før den næste starter. Den første ventestatus skal altid starte på henvisningsdatoen. For indlæggelseskontakter skal den sidste ventestatus slutte på kontaktens startdato. For ambulante kontakter kan den sidste ventestatus slutte efter kontaktens startdato.

En indlæggelse eller første ambulante besøg vil altid afslutte henvisningsperioden, uanset at (endelig) behandling ikke nødvendigvis starter på indlæggelsestidspunktet.

Hvis patienten efter udskrivning skal behandles på ny kontakt, skal der igen oprettes en henvisning til en behandlingskontakt, hvor patienten atter er ventende (ventestatus 12 'ventende på behandling').

Vedr. registrering af afslutnings- og henvisningsmåde med henblik på kobling af kontakter til dannelse af venteforløb – se **afsnit 3.3.5**. Kobling af ventetid.

Hvis der i venteperioden er en udredningsperiode før beslutning om endelig behandling, fratrækkes denne i patientens ventetid. I udredningsperioden har patienten ventestatus 25 'ikke ventende, under udredning'.

Denne registrering er kun relevant i de tilfælde, hvor der senere følger en ventetid til (endelig) behandling på samme ambulatorium.

### 3.1 Koder for ventestatus

Kode	Kodetekst	Bemærkninger/beskrivelser
11	ventende på udredning	anvendes når patienten venter på udredning (forundersøgelse)
12	ventende på behandling	anvendes når patienten venter på behandling (endelig behandling)
13	ventende, omvisiteret fra andet afsnit	anvendes ved omvisitering af henvist patient til andet sygehus/afsnit, inden patienten er modtaget til første kontakt. På det nye afsnit oprettes henvisningen med den oprindelige henvisningsdato og perioden fra oprindelig henvisningsdato til dato for modtagelse af henvisningen på det nye sygehus/-afsnit indberettes med denne ventestatus
14	ventende pga. manglende oplysninger	anvendes når der fx mangler oplysninger fra egen læge, ved manglende retspsykiatrisk kendelse m.m. Når alle oplysninger er på plads, skiftes ventestatus til den relevante værdi
15	ventende på assistance	henviste og ambulante patienter, der venter på en undersøgelse eller anden ydelse på et andet afsnit, fx MR-undersøgelse på røntgenafsnittet, hvor udredning ikke kan fortsætte, før denne assistance er udført
21	ikke ventende på udredning/behandling	for patienter der afventer at blive klar til behandling fx for grå stær eller til sterilisation, <b>skal</b> denne ventestatus anvendes i perioden for behandlingsmodning eller be-

Kode	Kodetekst	Bemærkninger/beskrivelser
		tænkningstid
22	ikke ventende til kontrol	hvis kontrollen skal foregå under en planlagt kontakt, hvortil der oprettes en henvisning, <b>skal</b> denne ventestatus anvendes. Anvendes også i forbindelse med gravide patienter til svangerskabskontrol
23	ikke ventende efter patientens ønske	anvendes når patienten melder afbud til undersøgelse/behandling pga. sygdom, ferie eller af anden årsag
24	ikke ventende pga. udredning/behandling på andet afsnit	anvendes når patienten pga. en anden komplicerende tilstand skal behandles eller reguleres for denne, inden behandling af den aktuelle lidelse kan foretages på
25	ikke ventende under udredning	<del>afsnitte</del> anvendes i perioden under udredningen. Kun på ambulante kontakter
26	ikke ventende under behandling	kan anvendes i perioden under behandlingen. Kun på ambulante kontakter. Anvendes kun i de systemer, som kræver en ventestatus på hele kontakten

### 3.2 Vejledning til registrering

#### Henvisningsdato

Henvisningsdatoen angiver datoen for modtagelsen af henvisningen på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten. Henvisningsperioden strækker sig fra henvisningsdato til datoen for patientens første fremmøde til udredning eller behandling på det kliniske stamafsnit. Der kan være flere henvisningsperioder før patienten starter endelig behandling. Henvisningsperioden er også venteperiode for patienten og kan bestå af både aktive og ikke-aktive venteperioder.

#### Henvisningsdiagnose

Henvisningsdiagnose er obligatorisk for alle planlagte kontakter. Henvisningsdiagnosen angiver den tilstand (diagnose), der beskrives af henviseren som baggrund for henvisningen. Afsnittet skal registrere denne tilstand uden yderligere tolkning vha. kode fra ”Klassifikation af sygdomme”.

Henvisningsdiagnosen indberettes med diagnosearten ”H”. Henvisningsdiagnosen er ikke nødvendigvis lig med afsnittets arbejdsdiagnose.

Se også afsnittene om Henvisningsdiagnose og ”Obs. pro”-diagnoser.

### 3.2.1 Henvisnings og afslutningsmåde

#### Henvisningsmåde

Henvisningsmåde angiver den henvisende instans. Henvisningsmåde er obligatorisk for stationære og ambulante kontakter.

#### 3.2.1 Henvisningsmåde

Kode	Kodetekst	Bemærkninger
0	Ingen henvisning	Kald på ”112” (= kald efter ambulance) Selvhenvendere
1	Alment praktiserende læge	Praktiserende læger Vagtlæger
2	Praktiserende speciallæge	Praktiserende speciallæger
8	Herfødt	Nyfødt
A	Andet	Andre instanser fx Dansk Røde Kors, infirmerier, fængsler, bocentre, tandlæger, forsikringsselskaber og Kriminalforsorgen
E	Udlandet	Patienter henvist fra udlandet
F	Henvist fra sygehusafsnit	Patienter henvist direkte fra eget eller andet sygehus, herunder åbne/stående indlæggelser og patienter, som indlægges via skadestuen
G	Henvist fra sygehusafsnit,	Patienter henvist fra eget eller andet sygehus, hvor kontakterne skal kobles

Til brug for stationær kobling af venteforløb anvendes henvisningsmåde G ”henvist fra sygehusafsnit, venteforløb”, når patienten efter udredning på ét afsnit skal vente på ny kontakt – på eget eller andet sygehusafsnit. Se **afsnit 3.3** Kobling af ventetid.

#### Afslutningsmåde

Ved afslutning af en indlæggelse eller ambulante kontakt skal afslutningsmåden udfyldes. Afslutningsmåden angiver den instans, som patienten udskrives eller afsluttes til eller de omstændigheder, der begrundes kontaktafslutning.

Afslutningsmåderne K ‘afsluttet til sygehusafsnit (hjemmet)’ og L ‘afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)’ anvendes af hensyn til kommunikation til kommunerne (Kommuneadvis).



### 3.2.1 Afslutningsmåde

Kode	Kodetekst	Bemærkninger
1	Alment praktiserende læge	
2	Praktiserende speciallæge	
8	Død	anvendes i alle tilfælde, hvor henvisningen/kontakten afsluttes pga. patientens død. Henvisningen/kontakten afsluttes på dato for modtagelse af besked
A	Andet	<del>må patientens død</del> hvis det ikke falder ind under nogle af de andre kategorier, fx udvandrede
E	Udlandet	kun hvor sygehuset beslutter behandling i udlandet
F	Afsluttet til sygehusafsnit	7-cifret kode fra sygehusafdelingsklassifikationen.
G	Afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb	Inkluderer afsluttet fra eget afsnit mhp. kobling af venteforløb. 7-cifret kode fra sygehusafdelingsklassifikationen.
K	Afsluttet til sygehusafsnit	Inkluderer afsluttet fra eget afsnit mhp. kobling af venteforløb. 7-cifret kode fra sygehusafdelingsklassifikationen.
L	(Afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet))	Inkluderer afsluttet fra eget afsnit mhp. kobling af venteforløb. 7-cifret kode fra sygehusafdelingsklassifikationen.

Inkluderer afsluttet fra eget afsnit

### 3.3 Kobling af ventetid

For at kunne foretage ensartede opgørelser af patientens samlede ventetid er det vigtigt at kunne koble ventetiderne fra de forskellige afsnit, der har været involveret i sygdomsforløbet. Dette gælder uanset hvor mange afsnit, patienten har haft ventetid på.

Venteperioderne kobles ved hjælp af afslutningsmåde og henvisningsmåde samt angivelse af henholdsvis afsnit, som patienten afsluttes til, og henvissende afsnit.

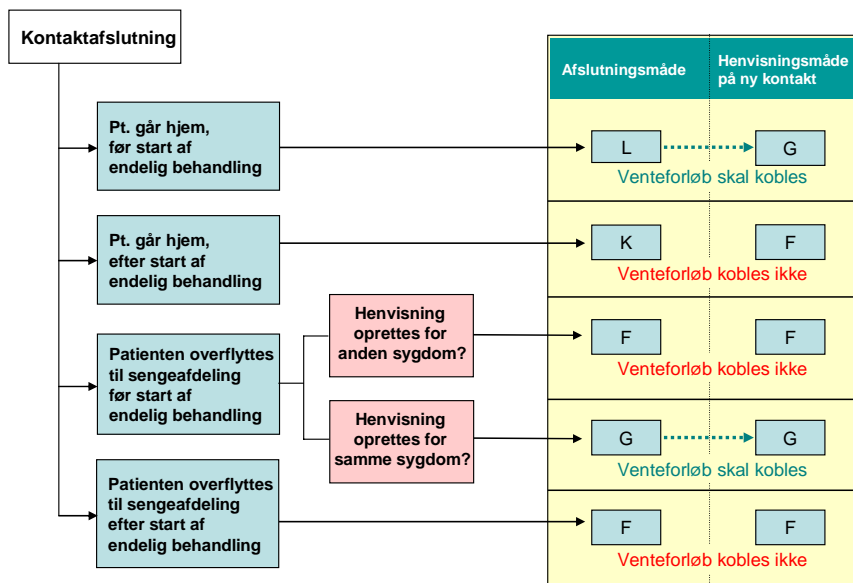
Der er mulighed for kobling af venteperioder, når patienten har et samlet venteforløb til behandling, der strækker sig over 2 eller flere patientkontak-

ter. Disse kontakter kan være på samme afsnit, samme sygehus eller på forskellige sygehuse.

Hvis en patient starter et venteforløb på afsnit A og fortsætter på afsnit B, er der nedenstående muligheder.

For at man kan koble venteforløbet, er det vigtigt, at der anvendes både de korrekte afslutningsmåder og henvisningsmåder, samt at afsnitsbetegnelserne er korrekte.

**Figur 3.3 Afslutningsmåder ved kontaktafslutning og henvisningsmåder på ny kontakt**



### 3.3.1 Udredning over flere kontakter

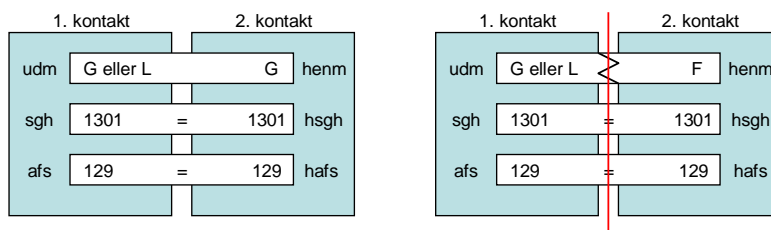
#### Eksempel:

Afsnit A afslutter deres patientkontakt med afslutningsmåde G eller L ‘afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)’ og angiver, at kontakten afsluttes til afsnit B.

Afsnit B starter deres patientkontakt med henvisningsmåde G ‘henvist til sygehusafsnit, venteforløb’ og angiver, at kontakten er henvist fra afsnit A. Patientens samlede ventetid til udredning udgøres således af én venteperiode på afsnit A og én på afsnit B.

**Fig. 3.2 Eksempel på kobling**

**Eksempel uden kobling**



udm = afslutningsmåde      henm = henvisningsmåde  
 hsg = henvisende sygehus    hafs = henvisende afsnit

For at koble 2 kontakter skal afslutningsmåden på 1. kontakt være enten G eller L 'afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb/(hjemmet)', og henvisningsmåden på 2. kontakt skal være G 'henvist til sygehusafsnit, venteforløb', ellers vil der ikke ske nogen kobling. Endvidere skal 1. kontakts stamafsnit være lig med henvisende sygehusafsnit på 2. kontakt.

Det er muligt at koble mere end to kontakter i et venteforløb, dette kræver blot, at én eller flere af kontakterne er både henvist fra venteforløb og afsluttet til venteforløb, og at 1. kontakts stamafsnit er lig med henvisende sygehusafsnit på 2. kontakt.

De venteforløb, som bliver dannet, udgør grundlaget for beregning af erfaret ventetid.

### 3.3.2 Eksempler på kobling af kontakter

#### Eksempler:

#### Udredning over flere kontakter

Afsnit A afslutter deres patientkontakt med afslutningsmåde G eller L 'afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)' og angiver, at kontakten afsluttes til afsnit B.

Afsnit B starter deres patientkontakt med henvisningsmåde G 'henvist til sygehusafsnit, venteforløb' og angiver, at kontakten er henvist fra afsnit A. patientens samlede ventetid til udredning udgøres således af én venteperiode på afsnit A og én på afsnit B.

#### Udredning på én kontakt, behandling på en anden

Patientens ventetid til udredning er på afsnit A, og den endelige behandling skal foregå på afsnit B.

Afsnit A afslutter deres patientkontakt med afslutningsmåde G eller L 'afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb/(hjemmet)' og angiver, at kontakten afsluttes til afsnit B.

Afsnit B starter deres patientkontakt med henvisningsmåde G ‘henvist til sygehusafsnit, venteforløb’ og angiver, at kontakten er henvist fra afsnit A. Patientens samlede ventetid til endelig behandling udgøres således af én venteperiode på afsnit A til udredning og én på afsnit B til endelig behandling.

#### **Fortsat behandling på en anden kontakt**

Patientens ventetid til behandling er på afsnit A, og der er ikke behov for at koble til ventetid på afsnit B, idet start af behandling afslutter venteforløbet.

Afsnit A afslutter deres patientkontakt med afslutningsmåde F eller K ‘afsluttet til sygehus/(hjemmet)’ og angiver, at kontakten afsluttes til afsnit

B. Afsnit B starter deres patientkontakt med henvisningsmåde F ‘henvist fra sygehusafsnit’ og angiver, at kontakten er henvist fra afsnit A.

### **3.4 Beregning af ventetider**

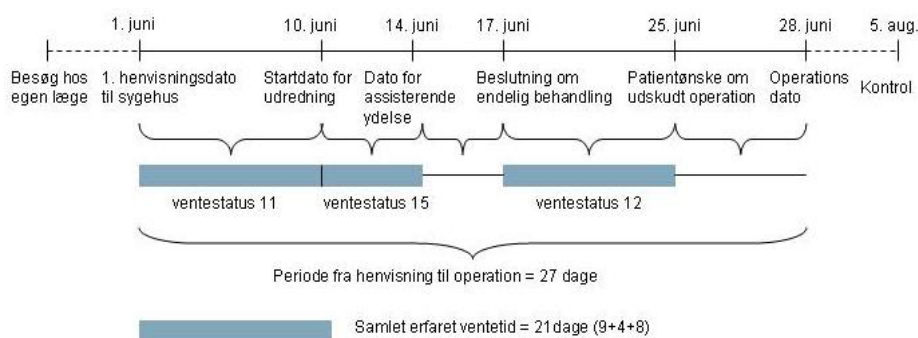
Sundhedsstyrelsen offentliggør løbende opgørelser over den såkaldte ‘erfaredede ventetid’. Data offentliggøres på hjemmesiden [www.sundhedsdata.sst.dk](http://www.sundhedsdata.sst.dk).

Den erfaredede ventetid beregnes som summen af alle registrerede aktive venteperioder (ventestatus 11-15) i hele venteforløbet, fra henvisning til behandlingsstart (fx operation).

Beregningsgrundlaget er venteforløb, jævnfør beskrivelsen af kobling af venteforløb.

Se også kobling af ventetid, **afsnit 3.3**.

**Figur 3.4 Beregning af ventetider**



### 3.5 Afslutning af ambulante udredningskontakt

Det er meget vigtigt at afslutte den ambulante udredningskontakt før oprettelsen af en planlagt indlæggelseskontakt for samme sygdom, også selvom patienten efterfølgende skal fortsætte i ambulatoriet.

Hvis den ambulante udredningskontakt står åben under indlæggelsen, kan venteforløbene ikke kobles.

Indlægges patienten akut (uden henvisning), kan den ambulante udredningskontakt godt være åben under indlæggelsen.

En planlagt indlæggelse med ventetid (til videre udredning eller behandling) der fremskyndes, skal altid afslutte den ambulante udredningskontakt, da ventetiden skal kobles.

#### Eksempel:

Lægen beslutter den 26.3.2007, at patienten skal indlægges til operation og efterfølgende fortsætte i ambulatoriet. Der foretages flere udredningsundersøgelser, inden kontakten afsluttes. Udredningskontakten skal senest afsluttes samme dag, som patienten møder til indlæggelse

Periode	
19.3.2007 - 10.4.2007	ambulant under udredning
26.3.2007 - 10.4.2007	henvisning til behandling
11.4.2007 - 18.4.2007	indlagt
19.4.2007 -	ambulant

### 3.6 Ydelser i henvisningsperioden

Der kan være ydelser i henvisningsperioden, uden at dette afbryder denne, og uden at ventetiden derved afbrydes.

Disse ydelser kan fx være:

- assistancer fx billeddiagnostik
- telefonkonsultation
- netværksmøde (psykiatri)
- rådgivende samtale/visitationsmøde uden egentlig udredning eller behandling (psykiatri)

Da henvisninger uden tilknytning til en efterfølgende kontakt ikke indberettes, vil eventuelt registrerede ydelser kun blive indberettet, hvis henvisningen efterfølges af en ambulante kontakt eller en indlæggelse.

### 3.7 Patienten melder afbud

Hvis patienten melder afbud pga. sygdom, ferie eller af anden årsag, skal afsnittet altid finde den første ledige tid til patienten.

Ventestatus 23 'ikke ventende efter patientens ønske' indberettes for perioden fra den første tilbudte tid, til patienten møder til den nye tid.

**Eksempel:**

Patienten har en mødedato 2.3.2007 men melder afbud den 20.2.2007 pga. ferie. Patienten får en ny mødedato 9.3.2007

Periode	
1.2.2007 - 1.3.2007	ventestatus 11, ventende på udredning
2.3.2007 - 8.3.2007	ventestatus 23, ikke ventende efter patientens ønske
9.3.2007 -	ventestatus 25, ikke ventende under udredning

### 3.8 Omvisitering

Ved omvisitering af henvist patient til andet afsnit, inden patienten er modtaget til første ambulante besøg eller indlæggelse, skal henvisningen oprettes på det nye afsnit med henvisningsdato lig den oprindelige henvisningsdato.

Perioden fra oprindelig henvisningsdato til dagen før modtagelsen af henvisningen på det nye sygehus/afsnit indberettes med ventestatus 13 'ventende, omvisiteret fra andet afsnit'. Herefter skiftes ventestatus til relevant status, fx ventestatus 11 'ventende på udredning'.

Den oprindelige henvisning afsluttes. Denne vil **ikke** blive indberettet til LPR.

**Eksempel:**

Patienten omvisiteres til afsnit B pga. ressourceproblemer. Patienten er ikke mødt på afsnit A

Periode	
1.2.2007 - 7.2.2007	afsnit A, ventestatus 11, ventende på udredning (indberettes ikke)
	Omvisiteret til afsnit B den 8.2.2007
1.2.2007 - 7.2.2007	afsnit B, ventestatus 13, ventende, omvisiteret fra andet afsnit
8.2.2007 - 1.3.2007	afsnit B, ventestatus 11, ventende på udredning
2.3.2007 -	afsnit B, ventestatus 25, ikke ventende under udredning

### 3.9 Ændring af stamafsnit efter start af udredning

Hvis patienten derimod har haft mindst et besøg på det første afsnit i forbindelse med udredning, inden patienten henvises til nyt afsnit, anvendes henvisningsdato lig med modtagelsesdato for henvisningen på det nye afsnit, idet det da er at betragte som en ny henvisnings- og venteperiode.

Kontakten på første afsnit afsluttes med afslutningsmåden G 'afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb' eller L 'afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)' og oprettes på det nye afsnit med henvisningsmåden G 'henvist fra sygehusafsnit, venteforløb'.

#### Eksempel:

Patienten er mødt på afsnit A og bliver derefter viderehenvist til afsnit B

Periode	
1.2.2007 - 7.2.2007	henvist til afd. A, ventestatus 11, ventende på udredning
8.2.2007 - 10.2.2007	afd. A, ventestatus 25, ikke ventende under udredning
	Videre henvist til afdeling B 11.2.2007
11.2.2007 - 1.3.2007	afd. B, ventestatus 11, ventende på udredning
2.3.2007 -	afd. B, ventestatus 25, ikke ventende under udredning

### 3.10 Behandlingsmodning og betænkningstid

Hvis en patient skal afvente behandlingsmodning, inden en behandling iværksættes, skal perioden, hvor behandlingsmodningen foregår, indberettes med ventestatus 21 'ikke ventende til udredning/behandling'.

Når patienten er klar efter endt behandlingsmodning, skiftes til relevant ventestatus hvis der er ventetid, fx ventestatus 12, 'ventende på behandling'.

Denne registreringsmåde benyttes også, hvis der i forbindelse med behandlingen er en betænkningstid.

**Eksempel:**

Patienten er henvist til sterilisation, til dette er der 3 måneders betænkningstid inden operation. Den 12. maj 2007 meddeler patienten, at han ønsker operationen

Periode	
1.2.2007 - 7.2.2007	ventestatus 11, ventende på udredning
8.2.2007 - 10.2.2007	ventestatus 25, ikke ventende under udredning
11.2.2007 - 11.5.2007	ventestatus 21, ikke ventende på udredning /behandling (betænkningstid)
12.5.2007 -	ventestatus 12, ventende på behandling

### 3.11 Kontrolpatienter

En del kontrolpatienter indskrives til ambulant kontrol ved afslutning af en indlæggelse eller en ambulant kontakt. Her er det ikke nødvendigt at oprette særskilt henvisning.

I de tilfælde hvor der er behov for at registrere en henvisning, anvendes ventestatus 22 'ikke ventende til kontrol'. Dette gælder uanset, om kontrollen skal foregå ambulant eller under indlæggelse.

**Eksempel:**

Patienten skal møde til kontrol om 6 måneder (1.8.2007)

Periode	
1.2.2007 - 31.7.2007	ventestatus 22, ikke ventende til kontrol



### 3.12 Gravide og fødende

For gravide der henvises til ambulantly svangerskabskontrol, oprettes en henvisning med ventestatus 22 'ikke ventende til kontrol'. Der oprettes en ambulantly kontakt ved første besøg.

Gravide skal i forhold til den akutte fødselskontakt først indskrives til fødsel ved indlæggelsen. Hvis afsnittet ønsker at oprette en henvisning til fødselskontakten (indlæggelsen), kan ventestatus 21 'ikke ventende til udredning/behandling' anvendes.

Ved indlæggelse til planlagt kejsersnit eller planlagt igangsættelse oprettes altid en henvisning med ventestatus 21 'ikke ventende til udredning/behandling'.

### 3.13 Ventetid på grund af andet afsnit

Hvis en henvist patient afventer en undersøgelse eller en ydelse på et andet afsnit, fx en radiologisk undersøgelse, førend udredning/behandling kan startes, kan dette registreres med ventestatus 15 'ventende på assistance'.

Ventestatus 15 'ventende på assistance' må kun anvendes, hvis patienten udelukkende venter på en assistancydelse, og der ikke foregår noget på stamafsnittet i den aktuelle venteperiode.

På en ambulantly kontakt kan der være perioder, hvor den videre udredning afventer assistance på et andet afsnit. Her vil patienten opleve en ny periode med aktiv ventetid. Denne periode registreres på stamafsnittets kontakt med ventestatus 15 'ventende på assistance'.

#### Eksempel:

Patienten venter på en røntgenundersøgelse, hvorefter der skal tages stilling til, om patienten skal opereres. Patientens første fremmøde foregår den 2. marts 2007. Den 8. marts 2007 sendes henvisningen til røntgen (assistance). Den 1. april 2007 modtages svar fra røntgenafsnittet, derfor ændres ventestatus den 2. april 2007

Periode	
1.2.2007 - 1.3.2007	ventestatus 11, ventende på udredning
2.3.2007 - 8.3.2007	ventestatus 25, ikke ventende under udredning
9.3.2007 - 1.4.2007	ventestatus 15, ventende på assistance (røntgen)
2.4.2007 -	ventestatus 25, ikke ventende under udredning

### **3.14 Nødvendig udredning/behandling for en anden tilstand**

En patient der skal behandles eller reguleres for en anden komplicerende tilstand på et andet afsnit, inden behandlingen af den aktuelle lidelse kan foretages, vil være ikke aktivt ventende i den periode, hvor den komplicerende tilstand behandles. Denne periode registreres med ventestatus 24 'ikke ventende pga. udredning/behandling på andet afsnit'.

Forskellen på ventestatus 15 'ventende på assistance' og ventestatus 24 'ikke ventende pga. udredning/behandling på andet afsnit' er, at det ved assistancer er den aktuelle lidelse, der skal undersøges på et andet afsnit. Der er derfor tale om aktiv ventetid i forhold til lidelsen.

Ved ventestatus 24 'ikke ventende pga. udredning/behandling på andet afsnit' er der tale om en anden lidelse, der ikke er den, som patienten venter på udredning/behandling for i den aktuelle kontakt. Dette er derfor en ikke aktiv ventetid.

### **3.15 Ventende pga. manglende oplysninger**

Ventestatus 14 'ventende pga. manglende oplysninger' anvendes, når der mangler oplysninger fra egen læge, manglende psykiatrisk kendelse m.m. Denne ventestatus må kun anvendes, hvis de manglende oplysninger har afgørende betydning. Når de manglende oplysninger er på plads, skiftes til relevant ventestatus.

### **3.16 Ikke ventende, under behandling**

Ventestatus 26 'ikke ventende under behandling' kan anvendes i perioden under behandlingen. Den kan kun anvendes på ambulante kontakter, og kun i de patientadministrative systemer som kræver en ventestatus på hele kontakten.

### **3.17 Oplysninger om henvisningsperioder og venteperioder, der medtages ved indberetning til LPR**

Henvisningsdato	Dato for modtagelse af en henvisning på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten <b>Værdisæt:</b> Valid dato
Henvisningsdiagnose	Diagnose, der angives af henvisende instans som årsag til henvisning. Henvisningsdiagnosen er ob-

	<p>ligatorisk</p> <p><b>Værdisæt:</b>          Diagnoseart: 'H'          Diagnosekode: SKS-kode fra hovedgruppe 'D'          med mindst 4 karakterer inkl. 'D'</p>
Henvisningsmåde	<p>Angivelse af hvilken instans patienten er henvist fra</p> <p><b>Værdisæt:</b>          1 = alment praktiserende læge          2 = praktiserende speciallæge          E = udlandet (kun patienter, der direkte henvises fra udlandet)          F = henvist fra sygehusafsnit          G = henvist fra sygehusafsnit, venteforløb</p>
Henvist fra sygehusafsnit	<p>Ved henvisningsmåde F og G angives, hvilket afsnit patienten er henvist fra</p> <p><b>Værdisæt:</b>          7-cifret kode fra sygehusafdelingsklassifikationen</p>
Ventestatus	<p>Status for om patienten er ventende eller ikke ventende</p> <p><b>Værdisæt:</b>          11 = ventende på udredning          12 = ventende på behandling          13 = ventende, omvisiteret fra andet afsnit          14 = ventende pga. manglende oplysninger          15 = ventende på assistance          21 = ikke ventende på udredning/behandling          22 = ikke ventende til kontrol          23 = ikke ventende efter patientens ønske          24 = ikke ventende pga. udredning /behandling andet afsnit          25 = ikke ventende under udredning          26 = ikke ventende under behandling</p>
Startdato for ventestatus	<p>Dato for start af ventestatus</p> <p><b>Værdisæt:</b>          Valid dato</p>
Slutdato for ventestatus	<p>Dato for afslutning af ventestatus</p> <p><b>Værdisæt:</b></p>

	Valid dato
Afslutningsmåde	<p>Angivelse af hvilken instans patienten afsluttes til</p> <p><b>Værdisæt:</b>            1 = alment praktiserende læge            2 = praktiserende speciallæge            4 = ingen lægelig opfølgning (kun psykiatri)            7 = udeblevet            8 = død ☐            A = andet            E = udlandet (kun hvor sygehuset beslutter behandling i udlandet)            F = afsluttet til sygehusafsnit            G = afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb            K = afsluttet til sygehusafsnit (hjemmet)            L = afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)            ☐ ) Afslutningsmåde (8) 'død' anvendes i alle tilfælde, hvor henvisningen afsluttes pga. patientens død.            Kontakten afsluttes på dato for modtagelse af besked om patientens død</p>
Afsluttet til sygehusafsnit	<p>Ved afslutningsmåde F, G, K og L angives, hvilket sengeafsnit eller ambulatorium patienten afsluttes til. Afslutningsmåde F og G anvendes, hvis patienten overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit. Afslutningsmåde K og L anvendes, hvis patienten ikke overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit men tager hjem i en mellemliggende periode</p> <p><b>Værdisæt:</b>            7-cifret kode fra sygehus- afdelingsklassifikationen</p>
Procedurer i henvisningsperioden	<p>Der kan i henvisningsperioden indberettes procedurer som assistancedelser knyttet til den efterfølgende kontakt fx radiologiske procedurer</p>



## 4 Indlagte patienter

Dette kapitel beskriver kun basisoplysninger vedrørende indlagte patienter.

Diagnosekodning, procedurekodning (fx operationer), skadesregistrering mm. er beskrevet i kapitlerne om det pågældende emne. Ligesom specielle regler for psykiatriske indlæggelser er omtalt i psykiatrikapitlet.

Begreb	Definition/beskrivelse
indlagt patient	patienttype for patient, der er indskrevet på et sengeafsnit og optager en normeret sengeplads
indlæggelseskontakt	patientkontakt på et sengeafsnit <b>Bemærkning:</b> Ved indlæggelse registreres startdato samt indlæggelsestidspunkt og –minut
indlæggelsesmåde	angivelse af prioritet for start af indlæggelseskontakt (akut eller planlagt)
indlæggelsesperiode	periode fra indlæggelsesdato til udskrivningsdato
patientorlov	periode i en indlæggelseskontakt, hvor en patient har tilladelse til at forlade sygehuset i op til 3 døgn

For somatiske afdelinger sker indberetning til LPR ved udskrivningen. For indlagte patienter på psykiatriske afdelinger sker indberetningen løbende eller mindst én gang om måneden – senest den 10. i den efterfølgende måned.

### Patientorlov

Indlagte patienter kan have orlov i op til 3 døgn. I forbindelse med helligdage kan orlovsperioden dog forlænges tilsvarende. Orlov skal ikke indberettes til LPR.

### Raske ledsagere

Raske personer, der ledsager en patient, indberettes ikke til LPR.

DZ763 'Rask ledsager' og DZ763B 'Rask nyfødt' kan anvendes som aktionsdiagnose på lokale kontakter. Disse frasorteres ved indberetning til LPR.

### "Indlagte patienter i eget hjem"

Patienter som behandles i eget hjem som alternativ til indlæggelse, indberettes som ambulante patienter. Når klinisk personale er på besøg hos patienten, registreres som beskrevet under hjemmebesøg se afsnit 10.7.

#### 4.1 Assistancer

Assistancer, der er ydet til en patient, der er indlagt, skal knyttes til den aktuelle indlæggelseskontakt. Kan producenten af assistancen ikke registrere proceduren på indlæggelseskontakten, fordi assistancen fx foregår på et andet sygehus, oprettes en ambulans kontakt, hvor ydelsen registreres og proceduren indberettes uden besøg.

#### 4.2 Indlagt patient på patienthotel

Begreb	Definition/beskrivelse
hotelpatient	patient, der er indskrevet på et patienthotel
patienthotel	afsnit på eller i tilknytning til sygehuset, der alene yder det til opholdet hørende kost og logi

Indlægges patienten på patienthotellet med overvågning, skal sengepladsen indgå som en del af stamafsnittets normerede senge. Patienten registreres som indlagt på stamafsnittet med patienthotellet som adresseafsnit, dvs. afsnittet, hvor patienten fysisk befinder sig (adresseafsnit indberettes ikke til LPR). Alle kliniske ydelser (for samme sygdom), der foregår i indlæggelsesperioden, indberettes på indlæggelseskontakten.

#### 4.3 Færdigbehandlet patient

Begreb	Definition/beskrivelse
færdigbehandlet patient	<p><b>Bemærkning:</b> Patienten er efter lægelig vurdering færdigbehandlet, dvs. behandling er afsluttet, eller indlæggelse er ikke en forudsætning for den videre behandling. Sygehusets administrative opgaver er udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten</p>

Kommunerne skal efter kommunalreformen medfinansiere egne borgeres forbrug af sundhedsydelser og herunder betale en obligatorisk plejetakst for sygehusbehandling til færdigbehandlede patienter, der venter på udskrivning. Den kommunale finansiering af færdigbehandlede patienter kan udelukkende opkræves for indlagte patienter – både somatiske og psykiatriske. For at kunne afgrænse de færdigbehandlede patienter fra øvrige patienter er der indført en registrering i Landspatientregisteret fra 1. januar 2006.

## Indlagte patienter

Patienterne vil enten blive udskrevet umiddelbart efter færdigbehandling eller være fortsat indlagte, fordi de venter på en plejehjemsplads, foranstaltninger i hjemmet eller lignende.

Registrering af patienterne som færdigbehandlede er kun nødvendig, hvis patienten ikke udskrives umiddelbart i forbindelse med, at patienten vurderes færdigbehandlet.

Til brug for registrering af en færdigbehandlet patient anvendes følgende beskrivelse.

En patient registreres som færdigbehandlet i stationært regi, når følgende er opfyldt:

- patienten er efter lægelig vurdering færdigbehandlet, dvs. behandling er afsluttet, eller indlæggelse er ikke en forudsætning for den videre behandling
- sygehusets administrative opgaver er udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten. Det betyder, at sygeplejerapport, evt. midlertidige hjælpemidler, medicin mv skal være klar på udskrivningstidspunktet

Registreringen af en patient som færdigbehandlet er uafhængig af forhold i hjemmet, kommunen mv, der er sygehuset uvedkommende.

Patienter der er registreret som færdigbehandlede og som for eksempel venter på tilbud om en plejehjemsplads vil i venteperioden kunne risikere enten at få tilbagefald i forhold til den diagnose, som patienten er indlagt for, eller at få en ny lidelse, hvor sygehusindlæggelse er påkrævet. Patienten vil efter tilbagefald eller lignende ikke længere skulle betragtes som færdigbehandlet.

Til brug for registrering af færdigbehandlede patienter anvendes koderne AWA1 'Færdigbehandlet i stationært regi' og AWX1 'Ikke færdigbehandlet i stationært regi'. Koderne registreres som procedurekoder.

Kode	Kodetekst
AWA1	Færdigbehandlet i stationært regi
AWX1	Ikke færdigbehandlet i stationært regi

AWA1 registreres med startdato for, hvornår patienten betragtes som færdigbehandlet i stationært regi. Hvis patienten overflyttes til en anden afdeling og stadig er færdigbehandlet, skal den nye kontakt også have registreret AWA1.



Koden AWX1 'Ikke færdigbehandlet i stationært regi' anvendes kun i de tilfælde, hvor en patient, der er registreret som færdigbehandlet, og som fortsat er indlagt på samme sengeafdeling, ikke længere skal betragtes som færdigbehandlet.

Hvis en patient forud for denne vurdering er registreret som færdigbehandlet, skal færdigbehandlingsregistreringen afsluttes med koden AWX1 'Ikke færdigbehandlet i stationært regi' dateret på tidspunktet for vurderingen.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse forestår de løbende opgørelser og afregningen af den kommunale finansiering for sygehusbehandling til færdigbehandlede patienter. Opgørelserne er tilgængelige på e-Sundhed.

**Eksempel:**

En indlagt patient er færdigbehandlet den 07.08.07. Patienten forbliver indlagt, da kommunen ikke er klar til at tage patienten hjem. Den 13.08.07 forværres patientens tilstand betydeligt, og patienten kan derfor ikke udskrives. Patienten er igen færdigbehandlet den 16.08.07 og udskrives den 19.08.07.

Periode	
7.8.2007 - 12.8.2007	AWA1, Færdigbehandlet i stationært regi
13.8.2007 - 15.8.2007	AWX1, Ikke færdigbehandlet i stationært regi
16.8.2007 - 19.8.2007	AWA1, Færdigbehandlet i stationært regi
19.8.2007	patienten udskrives

Se i øvrigt registreringsvejledningen under: Registrering af færdigbehandlede patienter.

**Terminale patienter**

Patienter, der lægeligt vurderes som terminale, skal ikke registreres som færdigbehandlede.

**4.4 Oplysninger om indlagte patienter, der medtages ved indberetning til LPR**

Sygehusnummer	Nummeret for sygehuset, hvor patienten er under behandling <b>Værdisæt:</b> 4-cifret kode fra sygehus-afdelings klassifikationen
Afsnitsnummer	Nummeret for det sengeafsnit, der er patientens stamafsnit

	<p><b>Værdisæt:</b> 7-cifret kode fra sygehus-afdelings klassifikationen</p>
Patienttype	<p>Angivelse af en patients administrative relation til sygehuset</p> <p><b>Værdisæt:</b> 0 = indlagt patient</p>
Personnummer	<p>Personidentifikation.</p> <p>For patienter der har fået tildelt et dansk CPR-nummer, anvendes dette som personnummer, uanset om patienten har fast bopæl i udlandet.</p> <p>Hvis det danske CPR-nummer ikke foreligger ved kontaktens start, benyttes et erstatningsnummer som udskiftes med CPR-nummeret, når dette foreligger og senest inden indberetning til LPR</p> <p><b>Værdisæt:</b> Dansk CPR-nummer eller erstatnings CPR-nummer på 10 karakterer. Erstatningsnumre har følgende opbygning:</p> <p>Pos. 1-6 Valid dato: DDMMÅÅ Pos. 7 Århundredeskiller: 0 = pt. født 1900-1999 5 = pt. født før 1900 6 = pt. født efter 1999</p> <p>Pos. 8-9 Valgfrie bogstaver: A-Z Pos. 10 Kønsangivelse Lige tal for kvinder Ulige tal for mænd</p>
Startdato	<p>Dato for påbegyndelse af en indlæggelseskontakt</p> <p><b>Værdisæt:</b> Valid dato</p>
Indlæggelsestime	<p>Klokkeslæt i hele timer for kontaktstart på sengeafsnit</p> <p><b>Værdisæt:</b> 00-23</p>
Indlæggelsesminut	<p>Klokkeslæt i minutter for kontaktstart på sengeafsnit</p> <p><b>Værdisæt:</b></p>

	00-59
Kommunekode	Patientens bopælskommune ved kontaktstart <b>Værdisæt:</b> 3-cifret kommunekode. Kan ses under <a href="http://www.sst.dk/patientregistrering">www.sst.dk/patientregistrering</a>
Henvisningsdato	Dato for modtagelse af en henvisning på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten <b>Værdisæt:</b> Valid dato
Henvisningsmåde	Angivelse af hvilken instans patienten er henvist fra <b>Værdisæt:</b> 0 = ingen henvisning 1 = alment praktiserende læge 2 = praktiserende speciallæge 8 = herfødt A = andet E = udlandet (kun patienter, der direkte henvises fra udlandet) F = henvist fra sygehusafsnit G = henvist fra sygehusafsnit, venteforløb
Henvist fra sygehusafsnit	Ved henvisningsmåde F og G angives, hvilket afsnit patienten er henvist fra <b>Værdisæt:</b> 7-cifret kode fra sygehusafdelingsklassifikationen
Indlæggelsesmåde	Angivelse af prioritet for kontaktstart <b>Værdisæt:</b> 1 = akut 2 = planlagt
Kontaktårsag	Overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset <b>Værdisæt</b> 1 = sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion 2 = ulykke 3 = vold 4 = selvmordsforsøg

	<p>5 = senfølge                  7 = komplet skaderegistrering foretaget på tidligere kontakt                  8 = andet                  9 = ukendt/uoplyst                  For somatiske patienter indberettes kontaktårsag, når aktionsdiagnosen tilhører intervallet DS000-DT799.</p>
Diagnoser	<p>For alle indlagte patienter skal der som minimum registreres en aktionsdiagnose. Der skal desuden indberettes de for kontakten relevante bidiagnoser.                  Se beskrivelse i <b>kapitel 9</b> om diagnoseregistrering</p>
Procedurer	<p>Det er obligatorisk at indberette alle operationer, radiologiske procedurer samt visse undersøgelser og behandlinger. Kravene er beskrevet i kapitel 10. Alle andre procedurer kan indberettes.</p>

Særlige regler for indlagte psykiatriske patienter – se **afsnit 7.5**

#### 4.5 Afslutning af indlæggelseskontakt

Slutdato	<p>Dato for afslutning af indlæggelseskontakt  <b>Værdisæt:</b>                  Valid dato</p>
Udskrivningstime	<p>Klokkeslæt i hele timer for afslutning af indlæggelseskontakt  <b>Værdisæt:</b>                  00-23.</p>
Afslutningsmåde	<p>Angivelse af hvilken instans patienten afsluttes til  <b>Værdisæt:</b>                  1 = alment praktiserende læge                  2 = praktiserende speciallæge                  8 = død ☐                  A = andet                  E = udlandet (kun hvor sygehuset beslutter behandling i udlandet)                  F = afsluttet til sygehusafsnit                  G = afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb</p>

	<p>K = afsluttet til sygehusafsnit (hjemmet)  L = afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)  ☐ ) Afslutningsmåde (8) 'død' anvendes i alle tilfælde, hvor kontakten afsluttes pga. patientens død.</p>
Afsluttet til sygehusafsnit	<p>Ved afslutningsmåde F, G, K og L angives hvilket sengeafsnit eller ambulatorium patienten afsluttes til. Afslutningsmåde F og G anvendes, hvis patienten overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit. Afslutningsmåde K og L anvendes, hvis patienten ikke overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit men tager hjem i en periode (kommuneadvis)</p> <p><b>Værdisæt:</b>  7-cifret kode fra sygehus-afdelingsklassifikationen.</p> <p>Ved overflytning af patient til andet sygehus med deltagelse af sundhedsfagligt personale afsluttes kontakten først ved ankomst til modtagesygehuset</p>

## 5 Ambulante patienter

Dette kapitel beskriver kun basisoplysninger vedr. ambulante patienter.

Diagnosekodning, procedurekodning (fx operationer) mm. er beskrevet i kapitlerne om det pågældende emne. Ligesom specielle regler for psykiatriske ambulante kontakter er omtalt i psykiatrikapitlet.

Begreb	Definition/beskrivelse
ambulant patient	patienttype for patient der er indskrevet på et ambulatorium
ambulant kontakt	patientkontakt på et ambulatorium <b>Bemærkning:</b> Ved ambulant kontakt registreres startdato, samt starttime og -minut
ambulant besøg	besøg i forbindelse med ambulant patientkontakt hvor stamafdeling er involveret
ambulant ydelse	ydelse givet til en ambulant patient <b>Bemærkning:</b> - ydelser produceret af stamafsnittet - assistancer produceret af andre kliniske afsnit - assistancer produceret af serviceafsnit

Registrering af ambulante patienter omfatter alle ydelser givet til patienter, der har en ambulant kontakt. Der kan indberettes ambulante ydelser uden et samtidigt ambulant besøg. De ambulante ydelser kan være produceret af stamafsnittet eller af andet afsnit (assistance). Se også **afsnit 10.10** ”Ambulante ydelser” i procedurekapitlet.

Assistancer der er ydet til en patient i en ambulant kontakt, skal knyttes til den aktuelle kontakt.

En ambulant kontakt omfatter alle patientens ambulante besøg, assistancer og ydelser. Et ambulant besøg indberettes som en besøgsdato, men det anbefales samtidigt at registrere mindst én klinisk procedure.

Ydelser registreres med relevante procedurekoder, som ikke er fagspecifikke. Ved behov kan proceduren markeres med tillægskode for personalekategori (AP\*).

### Eksempel:

Kode	Kodetekst
BNPA40	Skiftning af sår med steril forbindelse
(+)APBA14	sygeplejerske

Samtlige ambulante kontakter, inklusiv de uafsluttede, indberettes med de registrerede diagnoser og procedurer. Indberetningen til LPR sker mindst en gang om måneden - senest den 10. i efterfølgende måned.

## 5.1 Hotelpatient

Begreb	Definition/beskrivelse
hotelpatient	patient der er indskrevet på et patienthotel
patienthotel	afsnit, på eller i tilknytning til sygehuset, der alene yder det til opholdet hørende kost og logi

Hotelpatienter registreres som ambulante patienter, der har en ambulant kontakt på stamafsnittet og en ambulant kontakt på patienthotellet. De kliniske ydelser, patienten modtager, indberettes og knyttes til stamafsnittets ambulante kontakt.

### Eksempel:

Periode	
1.2.2007-1.3.2007	ambulant kontakt på klinisk afsnit A (ambulatorium)
1.2.2007-1.3.2007	ambulant kontakt på patienthotellet

Alle kliniske ydelser registreres på kontakten på afsnit A

## 5.2 Sundhedsfagligt uddannet personale

Indberetning af ambulante besøgsdatoer skal ske, når den ambulante somatiske eller psykiatriske patient har et besøg, hvor der har været mindst en sundhedsfagligt uddannet person fra stamafsnittet til stede. Der gælder særlige regler for fysioterapeuter og ergoterapeuter - se **afsnit 10.3**.

Sundhedsfagligt uddannet personale – ansat i ambulatorier – omfatter følgende faggrupper:

- læger
- tandlæger
- sygeplejersker
- jordemødre
- sundhedsplejersker
- psykologer
- plejere
- sygehjælpere

- tandplejere
- klinikassistenter
- kliniske tandteknikere
- social- og sundhedsassistenter
- kiropraktorer
- fodterapeuter
- audiologiassistenter
- kliniske diætister
- radiografer
- fysioterapeuter og ergoterapeuter

### **5.3 Afgrænsning af ambulante kontakt**

De diagnoser der er registreret på kontaktens afslutningstidspunkt, vil efter indberetning til LPR optræde som gældende for hele kontakten. I LPR er der ikke historik på diagnoser inden for den enkelte kontakt, så kun de sidste indberettede diagnoser kan ses.

Dette udgør en særlig problematik i forbindelse med langvarige ambulante kontakter, hvor aktionsdiagnosen over tid kan antage mange forskellige værdier (det anbefales, at der foretages en løbende kvalificering af kontaktens diagnoser (kapitel 2)) – fra symptom eller ”obs. pro” over sygdom (der i sig selv kan repræsenteres af forskellige diagnoser over tid) til ”kontrol”, når sygdom ikke længere er til stede.

Vedrørende kontrolpatienter, se **afsnit 5.4**.

Vedrørende diagnoseregistrering ved kontrol, se **afsnit 9.5.3**

#### **Afslutning af ambulante kontakter**

Det er meget vigtigt at afslutte den ambulante udredningskontakt før oprettelsen af en indlæggelseskontakt for samme sygdom. Hvis patienten skal indlægges til planlagt behandling eller videre udredning, skal den ambulante kontakt afsluttes, også selv om afsnittet ved, at patienten efterfølgende skal fortsætte i ambulatoriet til videre behandling eller kontrol.

Hvis den ambulante udredningskontakt står åben under indlæggelsen, kan venteforløbene ikke kobles.

#### **Akut indlæggelse under igangværende ambulante forløb**

Ofte sker det, at patienten, der ellers går i et ambulante forløb, indlægges akut for den samme sygdom ved akut forværring af tilstanden eller af anden grund.



Hvis der ikke er tale om ventetid, der skal kobles, er det muligt at oprette en uafhængig selvstændig akut indlæggelseskontakt, uden at den ambulante kontakt afbrydes.

Ved akut indlæggelse fra ekstern henviser er det vigtigt, at indlæggelsen oprettes med korrekt henvisningsmåde, fx (1) alment praktiserende læge.

## 5.4 Kontrolpatient

Hvis en patient først bliver behandlet for en sygdom i en ambulante kontakt, hvorefter patienten fortsætter i den samme ambulante kontakt, og den sidst registrerede diagnose på kontakten er en kontroldiagnose, vil det i LPR se ud, som om hele kontakten har drejet sig om ”kontrol”. Dette er selvfølgelig ikke korrekt.

**For at undgå dette skal behandlingskontakten derfor afsluttes, når sygdommen ikke længere er til stede, og der skal oprettes en ny ambulante kontakt for kontrolperioden.**

-----	-----
behandling af sygdom	genoptræning af funktionsevne (ikke sygdom)

Hvis patienten kun skal ses ved et enkelt tidligt efterambulant besøg, er det dog ikke nødvendigt at oprette en særskilt kontakt til dette besøg. I dette tilfælde beholdes sygdomsdiagnosen som gældende for hele kontakten. Hvis det så ved dette besøg viser sig, at patienten alligevel skal komme igen, afsluttes behandlingskontakten, og der oprettes en selvstændig kontakt til den fortsatte kontrolperiode.

## 5.5 Væsentlig ændring af aktionsdiagnosen

Hvis der analogt til ovenstående i en ambulante kontakt først er behandling af én sygdom i en periode, hvorefter der optræder en **anden sygdom**, der også skal udredes og behandles på samme afdeling, skal den første behandlingsperiode afsluttes som en selvstændig kontakt (med den første sygdom som aktionsdiagnose), og der skal tilsvarende **oprettes en selvstændig kontakt** for den anden sygdom (aktionsdiagnose).

Der skal derimod **ikke** registreres en ny kontakt ved kvalificering af aktionsdiagnosen for den **samme sygdom** så længe, at denne er til stede, uanset om der foregår behandling eller ej.

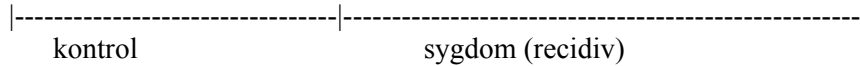
Sygdommen kan under kontakten være kvalificeret for eksempel:

**'Obs. pro'---- diagnosekode 1 ---- diagnosekode 2**

Den endelige diagnose (diagnosekode 2) vil være LPR-kontaktens aktionsdiagnose.

## 5.6 Recidiv af sygdom

Ved recidiv af sygdom efter en sygdomsfri kontrol-periode skal der oprettes en ny selvstændig behandlingskontakt.



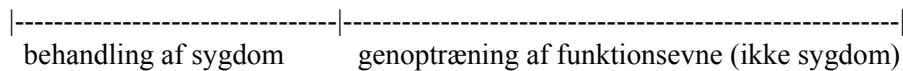
Hvis dette ikke sker, vil det i LPR se ud, som om sygdommen uafbrudt har været til stede (i kontrolperioden), hvad der ikke er korrekt.

## 5.7 Genoptræning

Ambulant genoptræning kan foregå på en selvstændig kontakt eller være en del af en ambulant kontakt, hvor der også er behandling eller kontrol.

Hvis genoptræning afløser sygdomsbehandling på (behandlings)kontakten, og sygdom ikke længere er til stede, skal der – analogt til kontrol - oprettes en selvstændig ambulant kontakt for genoptræningsperioden.

En efterambulant kontakt kan være fælles for genoptræning og kontrol.



Hvis sygdommen derimod fortsat er til stede, skal der ikke (men der kan) oprettes en selvstændig kontakt for genoptræningen, uanset om der sker behandling af sygdommen eller ej. Genoptræningen vil under alle omstændigheder blive dokumenteret ved registrering af

genoptræningsydelse.  
Registrering i forbindelse med genoptræning er udførligt beskrevet i afsnit 10.4.

## 5.8 Oplysninger om ambulante patienter, der medtages ved indberetning til LPR

Sygehusnummer	Nummeret for sygehuset, hvor patienten er under behandling <b>Værdisæt:</b> 4-cifret kode fra sygehus-afdelings klassifikationen
Afsnitsnummer	Nummeret for det ambulatorium, der er patientens stamafsnit

	<p><b>Værdisæt:</b> 7-cifret kode fra sygehus-afdelings klassifikationen</p>
Patienttype	<p>Angivelse af en patients administrative relation til sygehuset</p> <p><b>Værdisæt:</b> 2 = ambulant patient</p>
Personnummer	<p>Personidentifikation.</p> <p>For patienter der har fået tildelt et dansk CPR-nummer, anvendes dette som personnummer, uanset om patienten har fast bopæl i udlandet.</p> <p>Hvis det danske CPR-nummer ikke foreligger ved kontaktens start, benyttes et erstatningsnummer som udskiftes med CPR-nummeret, når dette foreligger og senest inden indberetning til LPR</p> <p><b>Værdisæt:</b> Dansk CPR-nummer eller erstatnings CPR-nummer på 10 karakterer.</p> <p>Erstatningsnumre har følgende opbygning:</p> <p>Pos. 1-6 Valid dato: DDMMÅÅ Pos. 7 Århundredeskiller: 0 = pt. født 1900-1999 5 = pt. født før 1900 6 = pt. født efter 1999</p> <p>Pos. 8-9 Valgfrie bogstaver: A-Z Pos. 10 Kønsangivelse Lige tal for kvinder Ulige tal for mænd</p>
Startdato	<p>Dato for påbegyndelse af en ambulant kontakt</p> <p><b>Værdisæt:</b> Valid dato</p>
Starttime	<p>Klokkeslæt i hele timer for påbegyndelse af en ambulant kontakt</p> <p><b>Værdisæt:</b> 00-23</p>
Startminut	<p>Klokkeslæt i minutter for påbegyndelse af en ambulant kontakt</p> <p><b>Værdisæt:</b></p>

	00-59
Kommunekode	Patientens bopælskommune ved kontaktstart <b>Værdisæt:</b> 3-cifret kommunekode. Kan ses under <a href="http://www.sst.dk/patientregistrering">www.sst.dk/patientregistrering</a>
Henvisningsdato	Dato for modtagelse af en henvisning på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten <b>Værdisæt:</b> Valid dato
Henvisningsmåde	Angivelse af hvilken instans patienten er henvist fra <b>Værdisæt:</b> 0 = ingen henvisning 1 = alment praktiserende læge 2 = praktiserende speciallæge 8 = herfødt A = andet E = udlandet (kun patienter, der direkte henvises fra udlandet) F = henvist fra sygehusafsnit G = henvist fra sygehusafsnit, venteforløb
Henvist fra sygehusafsnit	Ved henvisningsmåde F og G angives, hvilket afsnit patienten er henvist fra <b>Værdisæt:</b> 7-cifret kode fra sygehusafdelingsklassifikationen
Besøgsdato	Dato for ambulante besøg eller dato for hjemmebesøg <b>Værdisæt:</b> 1 = akut 2 = planlagt
Diagnoser	Der <b>skal</b> være mindst en aktionsdiagnose eller en midlertidig diagnose <b>senest</b> 1 måned efter første besøg. I de tilfælde, hvor det kan være vanskeligt at fastlægge en aktionsdiagnose, er det i somatikken tilladt at anvende og indberette en arbejdsdiagnose med diagnosearten 'M' (midlertidig diagnose), så

	<p>længe kontakten er uafsluttet.</p> <p>Der kan desuden indberettes bidiagnoser og komplikationer. Se beskrivelse i <b>kapitel 9</b> om diagnoseregistrering</p>
Procedurer	<p>Det er obligatorisk at indberette alle operationer, radiologiske procedurer samt visse specifikke undersøgelser og behandlinger.</p> <p>Alle andre procedurer kan indberettes.</p>

Senest den 10. i hver måned indberettes de uafsluttede ambulante kontakter med diagnose- og procedureregistrering til LPR.

Specielle regler for ambulante psykiatriske patienter - se **afsnit 7.6**

Vedrørende obligatoriske procedurer – se **kapitel 10**.

## 5.9 Afslutning af ambulans kontakt

Slutdato	Dato for afslutning af ambulans kontakt <b>Værdisæt:</b> Valid dato
Afslutningsmåde	Angivelse af hvilken instans patienten afsluttes til <b>Værdisæt:</b> 1 = alment praktiserende læge 2 = praktiserende speciallæge 7 = udeblevet 8 = død ☐ A = andet E = udlandet (kun hvor sygehuset beslutter behandling i udlandet) F = afsluttet til sygehusafsnit G = afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb K = afsluttet til sygehusafsnit (hjemmet) L = afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet) ☐ ) Afslutningsmåde (8) 'død' anvendes i alle tilfælde, hvor kontakten afsluttes pga. patientens død. Kontakten afsluttes på dato for modtagelse af besked om patientens død.
Afsluttet til sygehusafsnit	Ved afslutningsmåde F, G, K og L angives hvilket ambulatorium patienten afsluttes til. Afslutningsmåde F og G anvendes, hvis patienten overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit. Afslutningsmåde K og L anvendes, hvis patienten ikke overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit men tager hjem i en periode (kommuneadvis) <b>Værdisæt:</b> 7-cifret kode fra sygehusafdelingsklassifikationen

## 6 Skadestuepatienter

Dette kapitel beskriver oplysninger vedr. indberetning af både somatiske og psykiatriske skadestuepatienter. Den eneste forskel i registrering og indberetning af somatiske og psykiatriske skadestuekontakter er hvilke diagnoser, der kan indberettes.

Begreb	Definition/beskrivelse
skadestuepatient	patienttype for patient, der er indskrevet på et skadestueafsnit
skadestuekontakt	kontakt med et skadestueafsnit som stamafsnit <b>Bemærkning:</b> Ved ankomst til skadestue registreres ankomstdato, samt ankomstime- og -minut
skadestue	afsnit der modtager akutte patienter til undersøgelse og behandling

Ethvert akut fremmøde eller besøg på en skadestue registreres som, en selvstændig afsluttet kontakt. Kontakterne indberettes til LPR mindst en gang om måneden - senest den 10. i den efterfølgende måned.

Skaderegistrering for skadestuepatienter beskrives nærmere i **kapitel 8**.

### 6.1 Oplysninger om skadestuepatienter, der medtages ved indberetning til LPR

Sygehusnummer	Nummeret for sygehuset, hvor patienten er under behandling <b>Værdisæt:</b> 4-cifret kode fra sygehus-afdelings klassifikationen
Afsnitsnummer	Nummeret for det skadestueafsnit, der er patientens stamafsnit <b>Værdisæt:</b> 7-cifret kode fra sygehus-afdelings klassifikationen
Patienttype	Angivelse af en patients administrative relation til sygehuset <b>Værdisæt:</b> 3 = skadestuepatient
Personnummer	Personidentifikation.

	<p>For patienter der har fået tildelt et dansk CPR-nummer, anvendes dette som personnummer, uanset om patienten har fast bopæl i udlandet.</p> <p>Hvis det danske CPR-nummer ikke foreligger ved kontaktens start, benyttes et erstatningsnummer som udskiftes med CPR-nummeret, når dette foreligger og senest inden indberetning til LPR</p> <p><b>Værdisæt:</b>  Dansk CPR-nummer eller erstatnings CPR-nummer på 10 karakterer.  Erstatningsnumre har følgende opbygning:</p> <p>Pos. 1-6 Valid dato: DDMMÅÅ  Pos. 7 Århundredeskiller:  0 = pt. født 1900-1999  5 = pt. født før 1900  6 = pt. født efter 1999</p> <p>Pos. 8-9 Valgfrie bogstaver: A-Z  Pos. 10 Kønsangivelse  Lige tal for kvinder  Ulige tal for mænd</p>
Startdato	Dato for ankomst til skadestue <b>Værdisæt:</b> Valid dato
Time for ankomst til skadestue	Klokkeslæt i hele timer for ankomst til skadestue <b>Værdisæt:</b> 00-23
Minut for ankomst til skadestue	Klokkeslæt i minutter for ankomst til skadestue <b>Værdisæt:</b> 00-59
Kommunekode	Patientens bopælskommune ved kontaktstart <b>Værdisæt:</b> 3-cifret kommunekode. Kan ses under <a href="http://www.sst.dk/patientregistrering">www.sst.dk/patientregistrering</a>
Slutdato	Dato for afslutning af skadekontakt <b>Værdisæt:</b> Valid dato
Udskrivningstime	Klokkeslæt i hele timer for afslutning af skadestuekontakt



	<p><b>Værdisæt:</b> 00-23 Fakultativ for somatiske skadestuepatienter</p>
Afslutningsmåde	<p>Angivelse af hvortil patienten er afsluttet</p> <p><b>Værdisæt:</b> 1 = alment praktiserende læge 2 = praktiserende speciallæge 8 = død <sup>□</sup> A = andet E = udlandet (kun hvor sygehuset beslutter behandling i udlandet) F = afsluttet til sygehusafsnit K = afsluttet til sygehusafsnit (hjemmet) □ ) Afslutningsmåde (8) 'død' anvendes i alle tilfælde, hvor patienten dør eller er afgået ved døden efter kontaktstart. Indbragte døde indberettes ikke til LPR, Indbragt død forudsætter, at en læge har erklæret patienten for død, inden ankomsten til sygehus.</p>
Afsluttet til sygehusafsnit	<p>Angivelse af hvilket afsnit patienten afsluttes til. Afslutningsmåde F anvendes, hvis patienten overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit. Afslutningsmåde K anvendes, hvis patienten ikke overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit men tager hjem i en periode</p> <p><b>Værdisæt:</b> 7-cifret kode fra sygehusafdelingsklassifikationen</p>
Kontaktårsag	<p>Overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset. Kontaktårsagskode skal altid registreres på en skadestuekontakt. Se yderligere beskrivelse i kapitel 8 Skaderegistrering</p> <p><b>Værdisæt:</b> 1 = sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion 2 = ulykke 3 = vold 4 = selvmordsforsøg 5 = senfølge</p>

	<p>7 = komplet skaderegistrering foretaget på tidlige kontakt</p> <p>8 = andet</p> <p>9 = ukendt/uoplyst</p>
Diagnoser	<p>For skadestuepatienter skal aktionsdiagnosen være på minimum 4 karakterer inkl. foranstillet 'D'. Kun ved forgiftninger skal aktionsdiagnosen være på det højeste detaljeringsniveau.</p> <p>For <b>somatiske</b> skadestuepatienter skal der ved registrering af kontaktårsag 2 'Ulykke', 3 'Vold' og 4 'Selvmordsforsøg' være en aktionsdiagnose i intervallerne DR00-DR99*, DS00-DT799 eller DZ00*-999.</p> <p>For <b>psykiatriske</b> skadestuepatienter anvendes en aktionsdiagnose fra listen over vedtagne diagnoser for psykiatriske patienter, se <b>afsnit 7.8</b>.</p> <p>Ved kontaktårsag 3 'Vold' skal der indberettes en aktionsdiagnose fra kodeintervallet DX85*-99* eller DY00*-09*.</p> <p>Ved kontaktårsag 4 'Selvmordsforsøg' skal der indberettes en aktionsdiagnose fra kodeintervallet DX60*-DX84*</p>
Procedurer	<p>Det er obligatorisk at indberette alle radiologiske procedurer. Indberetning af operationer og andre procedurer foretaget i skadestuen er frivillig.</p>

## 6.2 Udlevering af medicin, receptfornyelse mm.

Ikke akutte opgaver som fx medicinudlevering, receptfornyelse og lignende skal ikke betragtes som skadestuebesøg, hvis patienten har en igangværende kontakt, men derimod som en assistance til det kliniske afsnit, hvortil patienten er knyttet.

Kun hvis patienten ikke har en igangværende kontakt på sygehuset, registreres et skadestuebesøg.

### 6.3 "Indbragte døde"

Skadestuerne og andre akutte modtagelser modtager ofte patienter uden livstegn. Disse patienter er ikke legalt set døde, før en læge har konstateret døden. Den ofte anvendte betegnelse "indbragt død" er derfor misvisende.

Hvis der ikke har været en læge, der har konstateret døden før den akutte patientkontakt (fx lægeambulance), vil dette først ske på kontakten, og patienten skal betragtes som enhver anden patient og registreres og indberettes til LPR, også selvom der ikke er foretaget forsøg på genoplivning.

Patientkontakten afsluttes med afslutningsmåde (8) 'død'.

#### 6.3.1 Diagnosekoder anvendt ved patienter, der erklæres døde på akut patientkontakt

Registrering af aktionsdiagnosen på den akutte patientkontakt følger det generelle princip for valg af aktionsdiagnose.

##### Eksempler:

Hvis døden skyldes kendt årsag, registreres denne som aktionsdiagnose.

Kode	Kodetekst
(A)DC349	Lungekræft
(A)DI461	Pludselig hjertedød

Hvis sygdommen, der forårsager døden, ikke er kendt, anvendes følgende diagnosekode som aktionsdiagnose:

Kode	Kodetekst
(A)DR992	Hjertedød i henhold til sundhedsloven § 176

Hvis man ønsker at registrere symptomer, kan disse tilføjes som bidiagnoser.

## 7 Psykiatri

Registrering og indberetning af data for psykiatriske patienter er i vid udstrækning identisk med den registrering og indberetning, der foretages for somatiske patienter. **I dette kapitel beskrives kun de oplysninger, der afviger fra somatikken.** I kapitlerne om indlagte patienter, **kapitel 4**, ambulante patienter, **kapitel 5** og skadestuepatienter **kapitel 6**, beskrives de generelle regler for indberetning.

Samtlige kontakter på psykiatriske afdelinger - inklusiv de uafsluttede - indberettes løbende eller mindst én gang om måneden – senest den 10. i den efterfølgende måned.

Se i øvrigt ”Psykiatrisk registreringsvejledning”

### 7.1 Diagnoseregistrering

Senest én måned efter indlæggelse eller senest en måned efter første ambulante besøg skal der registreres en aktionsdiagnose efter listen over tilladte psykiatriske aktionsdiagnoser.

DZ-diagnosekoderne anvendes generelt kun som aktionsdiagnose, hvor en DF-sygdomsdiagnose ikke er hovedfokus for den aktuelle kontakt.

Der kan desuden indberettes bidiagnoser og komplikationer til behandling. Se beskrivelse i **kapitel 9** om diagnoseregistrering.

Der henvises til bogen ”WHO ICD-10 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser” udgivet af Munksgaard. Bogen indeholder definitioner på de enkelte psykiatriske diagnoser.

**Tabel 7.1 Tilladte aktionsdiagnoser for psykiatriske kontakter**

Kode	Psykiatriske aktionsdiagnoser
DF00* – DF99*	Psykiatriske diagnoser (kapitel V i ”Klassifikation af Sygdomme”)
DZ004	Kontakt mhp. psykiatrisk undersøgelse IKA
DZ032	Observation pga. mistanke om psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse
DZ038	Observation pga. mistanke om anden sygdom eller tilstand
DZ039	Observation pga. mistanke om sygdom eller tilstand UNS
DZ0460	Kontakt mhp. retspsykiatrisk undersøgelse
DZ0461	Kontakt mhp. psykiatrisk undersøgelse ifm. dom til behandling

DZ0462	Kontakt mhp. psykiatrisk undersøgelse ifm. dom til anbringelse
DZ0463	Kontakt mhp. civilretslig psykiatrisk undersøgelse
DZ0464	Kontakt mhp. socialretslig psykiatrisk undersøgelse
DZ0468	Kontakt mhp. anden retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning
DZ0469	Kontakt mhp. retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning UNS
DZ70*	Rådgivning om seksuel holdning, adfærd eller orientering
DZ710	Person i konsultation på anden persons vegne
DZ711	Rådgivning ved bekymring for sygdom hos rask person
DZ714	Rådgivning og kontrol ved alkoholmisbrug
DZ715	Rådgivning og kontrol ved medicinmisbrug
DZ716	Rådgivning og kontrol ved tobaksmisbrug
DZ718	Anden rådgivning
DZ719	Rådgivning UNS
DZ749	Problem i forbindelse med afhængighed af pleje UNS
DZ765	Simulering
DZ81*	Familieanamnese med psykisk eller adfærdsmæssig sygdom
DZ843	Familieanamnese med indgifte
DZ864	Anamnese med misbrug af psykoaktive stoffer
DZ865	Anamnese med psykisk eller adfærdsmæssig forstyrrelse
DZ914	Anamnese med psykisk traume IKA
DX60*-84*	Tilsluttet selvbeskadigelse
DX85*-99*	Overfald eller mishandling (inkl. vold, overgreb og omsorgssvigt)
DY00*-09*	

DZ763 'Rask ledsager' og DZ763B 'Rask nyfødt' kan anvendes som aktionsdiagnose på lokale kontakter. Disse frasorteres ved indberetning.

## 7.2 Elektroshockbehandling

Det er obligatorisk at indberette elektroshockbehandling (ECT) for alle psykiatriske patienter, der får foretaget denne behandling. Der findes følgende SKS-koder for elektroshockbehandling:

Kode	Kodetekst
BRXA1*	Behandling med elektroshock ECT
BRTB1*	Tvangsbehandling med elektrokonvulsiv terapi ECT

Det er obligatorisk at indberette ovenstående SKS-koder på mindst 5 karakterer

ECT registreres med 1 procedurekode for hver enkelt behandlingsseance. Den samlede behandling (behandlingsserie) vil vise sig som et antal registrerede procedurekoder - en for hver behandlingsdag.

Vedrørende de øvrige krav til ambulans procedureregistrering - se **afsnit 10.10.**

### **7.3 Retslige forhold**

Ved retslige forhold, der ikke omhandler tvang, skal der registreres diagnose tilhørende DZ046\* som bidiagnose eller evt. som aktionsdiagnose.

DZ046\* registreres som aktionsdiagnose, hvis det retslige forhold er den eneste eller væsentligste grund til kontakten. I alle andre tilfælde skal det være bidiagnose. Koderne kan ses i tabellen over tilladte psykiatriske aktionsdiagnoser **afsnit 7.1.**

### **7.4 Selvmord, selvmordsforsøg og voldshændelse under igangværende psykiatrisk kontakt**

Registrering af selvmord og selvmordsforsøg under igangværende psykiatrisk kontakt sker via diagnosekodningen.

- ved selvmord, selvmordsforsøg og anden selvtilføjet skade under igangværende kontakt registreres relevant kode fra DX60\*-84\* som bidiagnose
- ved voldshændelse med følger for patienten under igangværende kontakt registreres relevant kode fra DX85\*-99\* eller DY00\*-09\* som bidiagnose

Denne registrering gælder for alle kontakttyper.

### **7.5 Indlagt psykiatrisk patient**

Der anvendes samme basisregistrering som for patienter på somatiske afdelinger. Indberetning af kontaktårsag for alle indlagte psykiatriske patienter er fakultativ fra 1. juli 2009. Følgende oplysninger er specielt for indlagte psykiatriske patienter:

Startvilkår	Angivelse af de juridisk-administrative forhold ved start af en psykiatrisk kontakt <b>Værdisæt:</b>
-------------	---

	<p>1 = almindelig frivillig indlagt                  2 = tvang (rød blanket)                  3 = tvang (gul blanket)                  5 = tvangstilbageholdelse                  6 = barn indlagt i henhold til Lov om Social Service                  7 = indlagt i henhold til dom                  8 = indlagt i henhold til dom til anbringelse                  9 = indlagt som mental observant                  B = indlagt som varetægtsurrogatfængslet                  C = overført varetægtsarrestant                  D = indlagt i henhold til farlighedsdekret                  E = indlagt i henhold til andet retsligt forhold*                  G = retslig patient indlagt frivilligt☐</p> <p>*) Fx udvist patient, hvor foranstaltningen er ophævet jf. Udlændingelovens §71                  ☐) Fx patient med dom til behandling, som er mødt op i skadestuen og ønsker at blive indlagt frivilligt</p>
<p>Afslutningsmåde</p>	<p>Udover de generelle afslutningsmåder kan følgende afslutningsmåde anvendes                  4 = ingen lægelig opfølgning</p> <p>Anvendes fx når der ikke er behov for yderligere psykiatrisk behandling eller opfølgning, hvis patienten ikke har givet samtykke til videregivelse af oplysninger til egen læge, når en patient forlanger sig udskrevet mod givet råd og ikke ønsker yderligere behandling, eller når et barn viderehenvises til psykologisk-pædagogisk rådgivning, socialforvaltning eller talepædagog</p>

Hvis en tvangstilbageholdt patient skal indlægges og behandles på et somatisk afsnit, kan patienten have to samtidige indlæggelser, enten på samme sygehus eller på to forskellige sygehuse, dvs. en indlæggelse på psykiatrisk afsnit og en indlæggelse på somatisk afsnit.  
 Vedrørende selvmord, selvmordsforsøg og voldshændelse under igangværende kontakt – se **afsnit 7.4**

### Fysio- og ergoterapeutiske ydelser

For indlagte psykiatriske patienter er det ikke obligatorisk at indberette fysio- og ergoterapeutiske ydelser.

#### 7.5.1 Fravær

Der findes følgende definitioner for fravær, der anvendes i psykiatrien:

Begreb	Definition/beskrivelse
længerevarende patientfravær	periode i en indlæggelseskontakt, hvor en patient har tilladelse til at forlade sygehuset i op til 30 døgn
fravær uden aftale	periode i en indlæggelseskontakt, hvor en retspsykiatrisk patient forlader sygehuset uden, at der foreligger en aftale

Længerevarende patientfravær anvendes fx, hvis et botilbud skal afprøves, eller hvis et barn er på prøveophold i hjemmet. Patienten disponerer fortsat over sin sengeplads.

Patientfravær uden aftale omfatter kun retspsykiatriske patienter, hvor der af juridisk-administrative grunde ikke kan ske en udskrivning eller, hvis der er tale om tvangstilbageholdte patienter, der efterlyses på behandlingskriterium.

Længerevarende patientfravær og patientfravær uden aftale medfører ikke udskrivning og indberettes ikke til LPR.

### 7.6 Ambulant psykiatrisk patient

Der anvendes samme basisregistrering som for ambulante patienter på somatiske afdelinger. Følgende oplysninger er specielle for ambulante psykiatriske patienter.

Startvilkår	<p>Angivelse af de juridisk-administrative forhold ved start af en psykiatrisk kontakt</p> <p><b>Værdisæt:</b></p> <p>K = almindelig frivillig ambulant</p> <p>L = ambulant behandling i henhold til vilkår</p> <p>M = ambulant behandling i henhold til dom</p> <p>N = ambulant mentalundersøgelse</p> <p>O = tvungen ambulant opfølgning</p> <p>P = barn til ambulant undersøgelse i henhold til Lov om Social Service</p> <p>R = andet ambulant retsligt forhold*</p> <p>* Det kan fx være en social- eller civilretslig un-</p>
-------------	---



	dersøgelse der foregår ambulantly.
Afslutningsmåde	<p>Udover de generelle afslutningsmåder kan følgende afslutningsmåde anvendes 4 = ingen lægelig opfølgning</p> <p>Anvendes fx når der ikke er behov for yderligere psykiatrisk behandling eller opfølgning, hvis patienten ikke har givet samtykke til videregivelse af oplysninger til egen læge, når en patient forlanger sig afsluttet mod givet råd og ikke ønsker yderligere behandling, eller når et barn viderehenvises til psykologisk-pædagogisk rådgivning, socialforvaltning eller talepædagog</p>

## 7.7 Ambulante psykiatriske ydelser

Ambulante ydelser i psykiatrien indgår i kategorierne:

- ambulantly besøg (med eller uden yderligere registrerede ydelser)
- hjemmebesøg og udebesøg (med eller uden yderligere registrerede ydelser)
- ydelse uden besøg

”Ydelser uden besøg” er ydelser på sygehuset, samt ydelser udenfor sygehuset hvor patienten ikke er til stede.

### 7.7.1 Tidsforbrug

Alle tre kategorier af ambulantly ydelser skal have tidsforbrug tilknyttet. Tidsforbruget angives som det samlede personales timeforbrug inkl. evt. transport samt forberedelse og opfølgning mht. journaldiktering og lign.

Timeforbruget registreres som tillægskode til ydelseskoden efter følgende klassifikation:

Kode	Timeforbrug
ZPVA1B	0-1 time
ZPVA2C	1-2 timer
ZPVA4A	2-4 timer
ZPVA6A	4-6 timer
ZPVA8A	6-8 timer
ZPVA9A	8-10 timer

Kode	Timeforbrug
ZPVA9B	10-12 timer
ZPVA9C	12-14 timer
ZPVA9D	> 14 timer

For ambulante besøg, hjemmebesøg og udebesøg indberettes timeforbruget for den samlede ydelse inkl. tid til for- og efterarbejde.

Tillægskode for timeforbrug knyttes til den overordnede (administrative) kode for ambulante besøg AAF22, hjemmebesøg AAF6 hhv. udebesøg AAF7. For hjemmebesøg og udebesøg skal transporttiden indregnes i det samlede tidsforbrug.

**Eksempel:**

Hjemmebesøg med varighed af 4 timer inkl. Transport

Kode	Kodetekst
AAF6	Hjemmebesøg
(+)ZPVA4A	2-4 timer

For ydelser uden besøg indberettes timeforbruget for den enkelte ydelse.

**7.7.2 Ambulante besøg**

Det er vigtigt at være opmærksom på kravet om patientens tilstedeværelse for, at der er tale om et ambulante besøg. Dette gælder uanset patientens alder og grad af deltagelse.

Ambulante besøg indberettes som besøgsdato samt ved registrering af den overordnede (administrative) procedurekode AAF22.

Kode	Overordnet procedurekode for ambulante besøg
AAF22	Ambulante besøg

Hvis der i forbindelse med det ambulante besøg udføres en eller flere af følgende ydelser, skal disse også registreres og indberettes:

Kode	Procedurer, der obligatorisk skal registreres, når de indgår i ambulante besøg
BRSP1	Individuel psykoterapi
BRSP2	Parterapi
BRSP3	Familieterapi

BRSP4	Flerfamilieterapi
BRSP5	Psykoterapi i gruppe
BRXA9A	Psykiatrisk dagbehandling
ZZ4991	Psykologisk undersøgelse
ZZ4992	Semistruktureret diagnostisk interview
AAF21	Førstegangsbesøg
BVAA34A	Samtale med behandlingssigte
ZZ0149AX	Somatisk udredning
BRKP8	Psykoedukation i gruppe
BRBP	Træning af kombinerede psykosociale færdigheder

Tidsforbruget for de enkelte ydelser skal indgå i det samlede tidsforbrug, der angives i forhold til det ambulante besøg (som tillægskode til AAF22). Der skal derfor ikke registreres særskilt tidsforbrug for de enkelte ydelser. Læs mere om tidsforbrug – **afsnit 7.7.1**.

Det er frivilligt at indberette andre udførte procedurer. Definitioner /beskrivelser af ydelserne kan ses i ”Psykiatrisk registreringsvejledning”

**Eksempler:**

3½ times familieterapi som led i ambulat behandling

Kode	Kodetekst
AAF22	Ambulant besøg
(+)ZPVA4A	2-4 timer
BRSP3	Familieterapi

Kontakt med anden myndighed samt efterfølgende udfærdigelse af erklæring som led i ambulat behandling (patienten har været til stede)

Kode	Kodetekst
AAF22	Ambulant besøg
(+)ZPVA6A	4-6 timer
ZZ0182	Udfærdigelse af erklæring

**7.7.3 Dagbehandling**

’Dagbehandling’ er definitionsmæssigt et ambulat besøg, idet patienten er til stede, men ikke disponerer over en normeret seng.

Dagbehandling registreres som ambulat besøg med procedurekoden AAF22 med tilhørende tillægskode for varighed samt procedurekoden BRXA9A 'Psykiatrisk dagbehandling'. Koden for dagbehandling anvendes, selvom behandlingen ikke varer en hel dag.

Ved dagbehandling registreres tidsforbrug som varigheden af selve dagbehandlingen tillagt samlet tidsforbrug for registrerede ydelser ud over dagbehandlingen, hvor der har deltaget personale, der ikke er tilknyttet dagafsnittet.

**Eksempel:**

8 timers dagbehandling

Kode	Kodetekst
AAF22	Ambulant besøg
(+)ZPVA8A	6-8 timer
BRXA9A	Psykiatrisk dagbehandling

**Eksempel:**

6 timers dagbehandling og 2 timers psykologisk undersøgelse med samtidig deltagelse af 2 behandlere (dvs. 4 timer), der ikke er tilknyttet dagafsnittet – i alt 10 timer

Kode	Kodetekst
AAF22	Ambulant besøg
(+)ZPVA9A	8-10 timer
BRXA9A	Psykiatrisk dagbehandling
ZZ4991	Psykologisk undersøgelse

**7.7.4 Hjemmebesøg og udebesøg**

Hjemmebesøg foregår i patientens hjem eller et sted, der fremtidigt skal være patientens hjem. Hjemmebesøg kræver tilstedeværelse af klinisk personale men forudsætter ikke patientens tilstedeværelse.

Hjemmebesøg indberettes som besøgsdato samt ved registrering af den overordnede (administrative) procedurekode AAF6.

Udebesøg er et møde mellem patient og sundhedsfagligt uddannet personale på fx dagcentre, væresteder, kriminalforsorgen, rådgivningscentre m.m.

Tidsforbruget for de enkelte ydelser skal indgå i det samlede tidsforbrug, der angives i forhold til hjemmebesøget/udebesøget (som tillægskode til AAF6/AAF7). Der skal derfor ikke registreres særskilt tidsforbrug for de enkelte ydelser.

Det er frivilligt at indberette andre udførte procedurer.

Udebesøget indberettes som besøgsdato samt ved registrering af den overordnede (administrative) procedurekode AAF7.

Kode	Overordnet kode for hjemmebesøg og udebesøg
AAF6	Hjemmebesøg
AAF7	Udebesøg

Hvis der i forbindelse med hjemmebesøget eller udebesøget udføres en eller flere af følgende ydelser skal disse også registreres og indberettes:

Kode	Procedurer, der obligatorisk skal registreres, når de indgår i hjemmebesøg eller udebesøg
ZZ4991	Psykologisk undersøgelse
ZZ4992	Semistruktureret diagnostisk interview
BVAA34A	Samtale med behandlingssigte
BRBP	Træning af kombinerede psykosociale færdigheder

Hjemmebesøg kan også foretages under en stationær kontakt. Dette dokumenteres også med koden AAF6. Der er her ikke krav om registrering af tidsforbrug.

### 7.7.5 Ambulante ydelser uden besøg

”Ydelse uden besøg” er en eller flere ambulante ydelser, der normalt finder sted uden for ambulansetjeneste, hjemmebesøg eller udebesøg. Dvs. situationer, hvor patienten ikke er til stede på psykiatrisk afdeling, hvor personalet ikke er i patientens hjem eller hvor der ved fremmøde på sygehuset kun deltager personale, som ikke må indberette besøgsdatoer.

”Ydelse uden besøg” omfatter administrative og kliniske procedurer, hvor patienten ikke er personligt til stede. Ergo- og fysioterapeutiske procedurer medregnes hertil, idet der i forbindelse med disse ikke må registreres ambulansetjeneste, når disse faggrupper er de eneste behandlere.

For ambulante ydelser uden besøg skal timeforbruget inklusiv tid til for- og efterarbejde indberettes på hver udført procedure.

Følgende procedurer skal obligatorisk indberettes:

Kode	"Ydelser uden besøg"
AAF83	Institutionsbesøg
BVAA33A	Telefonkonsultation
BVAA97	Samtale med forældre
BVAA99	Samtale med værge
BVAA5	Samtale med pårørende
BVAW1	Kontakt med anden myndighed
BVAW2	Netværksmøde
ZZ0182	Udfærdigelse af erklæring
ZZ0231A	Supervision til institution

Hvis en procedure fra listen over "Ydelser uden besøg" indgår i forbindelse med et ambulante besøg, hjemmebesøg eller et udebesøg skal disse ikke tidsregistreres selvstændigt. Tidsforbruget indregnes i det samlede tidsforbrug ved det ambulante besøg/hjemmebesøget/udebesøget.

**Eksempler:**

Uden besøg: 2 timers samtale med forældre og 30 minutters udfærdigelse af erklæring – patienten ikke til stede

Kode	Kodetekst
BVAA97	Samtale med forældre
(+)ZPVA2C	1-2 timer
ZZ0182	Udfærdigelse af erklæring
(+)ZPVA1B	0-1 time

Med besøg: 2 timers samtale med forældre og 30 minutters udfærdigelse af erklæring – patienten til stede

Kode	Kodetekst
AAF22	Ambulant besøg
(+)ZPVA4A	2-4 timer
BVAA97	Samtale med forældre
ZZ0182	Udfærdigelse af erklæring

### 7.7.6 Aflyste besøg

Aflyste ambulante besøg, hjemmebesøg eller udebesøg må ikke registreres som besøg, uanset at personalet evt. har været forberedt, klar og til stede. Aflyste besøg kan registreres efter følgende eksemplificerede princip:

#### Eksempel:

Aflyst hjemmebesøg begrundet i patientens fravær

Kode	Kodetekst
ZPP30	Procedure aflyst pga. patientens udeblivelse
(+)AAF6	hjemmebesøg

### 7.7.7 Børne- og ungdomspsykiatriske ydelser

Hvis ydelsen er udført under børne- og ungdomspsykiatrien, skal det angives, hvor mange behandlere der **samtidig** har deltaget i udførelsen af ydelsen. Ved ambulante besøg, hjemmebesøg eller udebesøg registreres antal behandlere som tillægskode til den overordnede procedurekode. Ved ydelser uden besøg registreres antal behandlere på hver procedurekode.

Kode	"antal behandlere"
BZFD7	En behandler
BZFD8	Flere behandlere

Denne registrering er frivillig for resten af psykiatrien, men kan være illustrativ, hvor der er tale om et meget stort timeforbrug på samme dag.

#### Eksempel:

Psykologisk undersøgelse af barn

Kode	Kodetekst
AAF22	Ambulant besøg
(+)ZPVA9C	12-14 timer
(+)BZFD8	flere behandlere
ZZ4991	Psykologisk undersøgelse

## 7.8 Psykiatrisk skadestuepatient

Der anvendes samme basisregistrering for psykiatriske skadestuepatienter som for somatiske skadestuepatienter.

Som aktionsdiagnose anvendes kode fra listen over tilladte psykiatriske aktionsdiagnoser.

Som bidiagnose(r) tilføjes patientens psykiatriske diagnose(r) og eventuelle somatiske skader.

I de tilfælde, hvor patienter kommer på skadestuen under kontaktårsagerne 3 'Vold' og 4 'Selvmordsforsøg', er der særlige krav til diagnoseregistreringen:

- ved kontaktårsag 3 'Vold' skal aktionsdiagnosen være DX85\*-.99\* eller DY00\*-.09\*
- ved kontaktårsag 4 'Selvmordsforsøg' skal aktionsdiagnosen være DX60\*-.84\*

De omtalte kontaktårsager anvendes kun i de tilfælde, hvor psykiatrisk afsnit er den **første kontakt** efter voldshændelse eller selvtilføjet skade.

Definitioner på selvmordsforsøg mv. er beskrevet i det generelle kapitel om skaderegistrering og registrering af ydre årsager til skade – se **kapitel 8**.

Det er obligatorisk for psykiatriske skadestuepatienter at indberette slutdato og udskrivningstime.

Slutdato	Dato for afslutning af skadestuekontakt <b>Værdisæt:</b> Valid dato
Udskrivningstime	Klokkeslæt i hele timer for afslutning af skadestuekontakt <b>Værdisæt:</b> 00-23
Ydelser	Der er ud over radiologiske procedurer ingen obligatoriske krav til ydelsesregistrering ved skadestuebesøg. Ydelser givet ved skadestuebesøg kan registreres som selvstændige ydelser uden tidsforbrug, inkl. assistancer.

### 7.8.1 Udlevering af medicin, receptfornyelse m.m.

Ikke akutte opgaver som fx medicinudlevering, receptfornyelse og lignende skal ikke betragtes som skadestuebesøg, hvis patienten har en igangværende kontakt, men derimod som en assistance til det kliniske afsnit hvortil patienten er knyttet.



Kun hvis patienten **ikke** har en igangværende kontakt på sygehuset, registreres et skadestuebesøg.

## 8 Skaderegistrering

Alle tilfælde af tilskadekomst som baggrund for patientkontakt indebærer registrering af kontaktårsag. Kontaktårsagen er ”trigger” for de yderligere krav til specificering af de ydre årsager til skade.

Det er obligatorisk at registrere kontaktårsag for

- alle skadestuekontakter (somatiske og psykiatriske)
- somatiske indlæggelser med aktionsdiagnose DS000-DT799 (skader inklusiv forgiftninger, se afsnit 8.4)

Kontaktårsagen angiver grunden til den aktuelle kontaktstart. Der eksisterer otte forskellige kontaktårsager for en skadestuekontakt. Kontaktårsagerne er beskrevet i følgende tabel:

Værdi	Kontaktårsag	Beskrivelse
1	Sygdom	Tilstand herunder sygdom eller mistanke om dette uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion <b>Eksempler:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- indlæggelser begrundet i sygdom</li><li>- indlæggelser begrundet i retsligt forhold</li><li>- tvangsindlæggelser (rød og gul)</li><li>- tvangstilbageholdelse</li><li>- langvarig legemsbeskadigelse, hvor der ikke er tale om egentlig ulykke – fx nedslidning; inkl. arbejdsbetingede sygdomme, der ikke er arbejdsulykker</li><li>- forgiftning: Som følge af længerevarende påvirkning (48 timer eller derover), eller hvor påvirkningen ikke er betinget af ulykkesomstændigheder</li><li>- selvmutilation dvs. bevidst selvtilføjet skade, der ikke er selvmordsforsøg</li><li>- bivirkninger og andre komplikationer til medicinsk og kirurgisk behandling ved normal terapeutisk dosering hhv. ved normalt tilsigtet og hensigtsmæssigt udførte procedurer og handlinger</li><li>- medicinske, kirurgiske, psykiatriske og andre lignende tilstande uden udefra påført læsion -</li></ul>

Værdi	Kontaktårsag	Beskrivelse
		<p>eller hvor påførte læsioner er sekundære i forhold til den tilstand, der ledte til kontakt med sundhedsvæsenet</p> <p>- følger efter tidligere behandling for sygdom</p> <p><b>Eksklusiv:</b></p> <p>- selvmordsforsøg, se <b>afsnit 8.3</b></p> <p>- indlæggelser til mentalundersøgelse uden kendt sygdom – se (8) andet</p>
2	Ulykke	<p>Tilstand herunder sygdom eller mistanke om dette, som følge af ulykke</p> <p>En ulykke er en ufrivillig hændelse karakteriseret ved en hurtigtvirkende kraft eller påvirkning, som kan ytre sig i form af skade på kroppen</p> <p><b>Eksempler:</b></p> <p>- akut legemlig overbelastning fx forløftning, forvridding, træde galt...</p> <p>- forgiftning: Som følge af kortvarig påvirkning (mindre end 48 timer) eller betinget af ulykkesomstændigheder</p> <p>- angreb af dyr og insekter</p> <p>- overeksponering af naturlig varme, kulde, lys og stråling fx solskoldning, hedeslag og forfrysning</p> <p>- ulykker ved medicinsk/kirurgisk behandling</p> <p>- komplikationer til undersøgelse og behandling, der er opstået som følge af utilsigtet og uhensigtsmæssigt udført procedure eller handling, herunder ved fejldosering af lægemidler</p>
3	Vold	<p>Tilstand herunder sygdom eller mistanke om dette, som følge af intenderet vold</p> <p><b>Eksempler:</b></p> <p>- slagsmål, håndgemæng og mishandling</p> <p>- seksuelle overgreb</p>
4	Selvordsforsøg	<p>Tilstand herunder sygdom eller mistanke om dette som følge af selvmordsforsøg</p> <p>Et selvmordsforsøg er en bevidst selvtilføjet skade, der falder ind under definitionen for selvmordsforsøg</p>

Værdi	Kontaktårsag	Beskrivelse
		Definition og beskrivelse - se <b>afsnit 8.3</b> <b>Eksklusiv:</b> - selvmutilation - se (1) sygdom
5	Senfølge	Blivende eller længerevarende følge af tidligere behandlet skade, der er til stede efter minimum et år efter den primære skade. Den primære skade skal være en følge af ulykke, vold eller selvmordsforsøg. Det er sjældent, at en senfølge giver anledning til en skadestuekontakt. <b>Eksempler:</b> Ny kontakt på skadestuen begrundet i: - kronisk knoglebetændelse efter tidligere behandlet knoglebrud - blivende lammelse i ekstremitet efter tidligere traume - compartmentsyndrom efter tidligere behandlet knusningslæsion af underben <b>Eksklusiv:</b> følge af tidligere behandlet sygdom se (1) sygdom
7	Komplet skaderegistrering foretaget på tidligere kontakt	Anvendes ved sekundær kontakt med sundhedsvæsenet, dvs. hvor der allerede tidligere har været kontakt med komplet skaderegistrering <b>Eksempler:</b> - opfølgende behandling på skadestuekontakt med fuld skaderegistrering foretaget tidligere - ved viderehenvisning af patient efter behandling (med fuld skaderegistrering) fra mindre skadestue til en anden
8	Andet	Anvendes kun undtagelsesvis, når en af ovenstående kontaktårsag ikke kan angive. <b>Eksempler:</b> - indlæggelse til mentalundersøgelse uden kendt sygdom - barn indlagt i henhold til Lov om Social Service
9	Ukendt/uoplyst	Anvendes kun når kontaktårsagen ikke kan tilvejebringes fx ved bevidstløs indbragt

**Det anbefales, at kontaktårsagsregistreringen ved indhentning af relevant information gøres så korrekt som muligt.**

Hvis der er sket en komplet skaderegistrering på en tidligere patientkontakt, registreres kontaktårsag 7, hvorefter der ikke er krav om registrering af ydre årsager til skade-diagnosen. Det skal præciseres, at kontaktårsag 7 også kan anvendes, når de to kontakter er på forskellige sygehuse.

Et eksempel, hvor anvendelse af kontaktårsagskode 7 kan anvendes:

En person bliver behandlet for knoglebrud på højre arm ved at få armen lagt i gips, og der bliver foretaget en komplet skaderegistrering på skadestuen. Hvis patienten bliver behandlet opfølgende, fx at gipsen skal af eller genanlægges, eller som følge af komplikationer, fx at gipsen er for stram, eller der er opstået en infektion, kodes denne anden kontakt med kontaktårsag 7.

Den korrekte kontaktårsag kan bestemmes ud fra figur 8.

Hvis der er sket en komplet skaderegistrering på en tidligere patientkontakt, registreres kontaktårsag 7, hvorefter der ikke er krav om registrering af ydre årsag til skadediagnosen. En person bliver behandlet for knoglebrud på højre arm ved at få lagt armen i gips, og der bliver foretaget en komplet skaderegistrering på skadestuen. Hvis patienten bliver behandlet opfølgende, fx at gipsen skal af eller genanlægges, eller som følge af komplikationer, for eksempel at gipsen er for stram, eller der er opstået en infektion, kodes denne anden kontakt med kontaktårsag 7. Den korrekte kontaktårsag kan bestemmes ud fra figur 8.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at selv om meget eventuelt kan tilbageføres til patientens grundsygdom og den dertil hørende adfærd, så er det den **umiddelbare baggrund for den aktuelle patientkontakt**, som kontaktårsagen beskriver.

Kontaktårsag (1) 'Sygdom' anvendes efter kronologisk udelukkelse af de andre specificerede kontaktårsager.

Kontaktårsag (8) 'Andet' anvendes ved anden specificeret årsag til kontakt, der ikke er dækket af de øvrige specificerede kategorier.

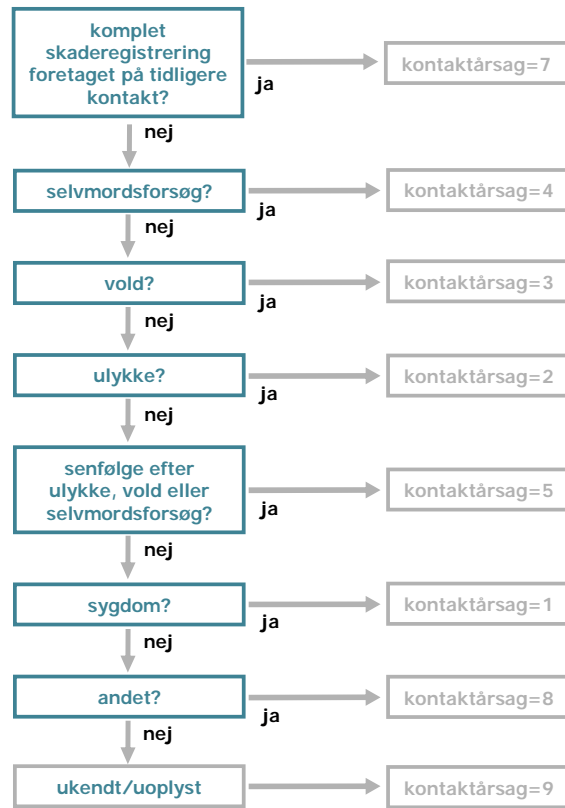
Kontaktårsag (9) 'Ukendt/uoplyst' anvendes kun, hvis det ikke er muligt at identificere den korrekte kontaktårsag, fx ved bevidstløs indbragt.

Fremkommer der i løbet af kontakten oplysninger af relevans for ændring af kontaktårsagen, skal den initiale registrering rettes.

Afhængig af kontaktårsagen er der forskellige krav til den videre registrering og indberetning. Ved kontaktårsag 2 'Ulykke', 3 'Vold' og 4 'Selvmords-

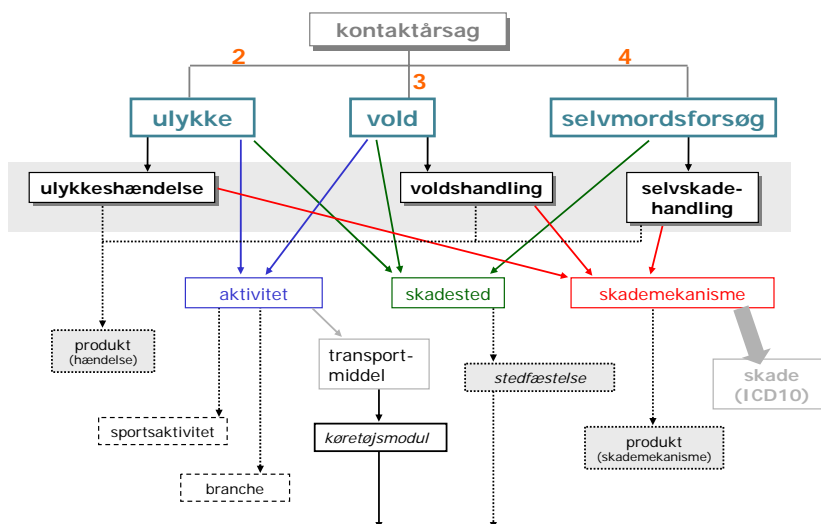
forsøg' skal der obligatorisk registreres koder efter gældende "Klassifikation af ydre årsager til skade". Registreringen er grafisk illustreret i figur 8.a.

**Figur 8**



## 8.1 Skadesindberetning til LPR

Figur 8.a.



Stiplede streger og kasser angiver frivillig registrering

### Skadesindberetning for skadestuepatienter

For skadestuepatienter skal der altid registreres kontaktårsag. Ved kontaktårsagerne 2, 3 og 4 skal der herudover registreres koder for ydre årsager til skade.

Ved kontaktårsag 2 'Ulykke', 3 'Vold' og 4 'Selvmordsforsøg', skal der for somatiske skadestuepatienter være en aktionsdiagnose i intervallerne DR00\*-999, DS00\*-DT799 eller DZ00\*-999.

For psykiatriske skadestuepatienter er der særlige krav til aktionsdiagnosen ved kontaktårsagerne 3 og 4 – se afsnit 7.8. Ved de øvrige kontaktårsager skal aktionsdiagnosen følge de generelle krav til psykiatriske aktionsdiagnoser – se **afsnit 7.1**.

### Skadeindberetning for indlagte patienter

For indlagte somatiske patienter, hvor aktionsdiagnosen registreres som læsion, forgiftning eller andre følger af ydre påvirkning (DS00\*-DT799), indberettes kontaktårsag og koder for ydre årsager til skade ved kontaktårsagerne 2, 3 og 4.

Denne registrering gælder ikke for komplikationer til behandling (DT80-98) – se **kapitel 11** og lægemiddelbivirkninger i **afsnit 9.5.5**.

For indlagte psykiatriske patienter er registrering af kontaktårsag frivillig, se figur 8.a.

<b>Begreb</b>	<b>Definition/beskrivelse</b>
ulykke	en ufrivillig hændelse karakteriseret ved en hurtigt-virkende kraft eller påvirkning, som kan ytre sig i form af skade på kroppen
arbejdsulykke	ulykke der indtræffer i arbejdstiden i forbindelse med lønnet arbejde eller arbejde som selvstændig <b>Bemærk:</b> Inkl. lønnet arbejde (aktivitet=EUA1) og lønnet transportarbejde (EUA0)
transportulykke	ulykke der involverer et transportmiddel eller et dyr, som anvendes til at bringe personer eller gods fra et sted til et andet <b>Bemærk:</b> Inkl. transport (ikke lønnet) (aktivitet=EUA2) og lønnet transportarbejde (EUA0)
hændelse (skadehændelse)	begivenhed der forudgår skademekanismen og er en forudsætning for skadeopståen <b>Bemærk:</b> Omfatter registreringsmæssigt ulykkeshændelse, voldshandling samt selvskadehandling
ulykkeshændelse	hændelse der utilsigtet fører til skade
voldshandling	hændelse i form af tilsigtet handling, der med forsæt fører til skade på anden person
selvskadehandling [selvmordshandling]	hændelse i form af tilsigtet handling, der med forsæt fører til skade på egen person
skademekanisme	direkte skadevoldende effekt på den skaderamte
skadested	sted hvor skaderamte befandt sig på tidspunktet for skadens opståen
aktivitet	aktivitet som den skaderamte var i gang med på hændelsestidspunktet
transportmiddel	transportmiddel involveret i ulykkeshændelse <b>Bemærk:</b> Obligatorisk ved transportulykke
transportform for tilskadekomne	skaderamtes transportform på ulykkestidspunktet <b>Bemærk:</b>



Begreb	Definition/beskrivelse
	Obligatorisk ved køretøjsulykke
transportform for modpart	modpartens transportform på ulykkestidspunktet <b>Bemærk:</b> Obligatorisk ved køretøjsulykke
uheldssituation	specificerer omstændighederne ved en køretøjsulykke <b>Bemærk:</b> eks. eneuheld, modpart i modsat færdselsretning Kan anvendes ved køretøjsulykke
trafikanontrolle for tilskadekomne	skaderamtes trafikanontrolle på ulykkestidspunktet <b>Bemærk:</b> eks. fodgænger, buspassager Kan anvendes ved køretøjsulykke
sportsaktivitet	kan anvendes til yderligere specificering af skaderamtes sportsaktivitet på ulykkestidspunktet eller tidspunktet for voldshandling
branche	skaderamtes arbejdsgivers brancheområde <b>Bemærk:</b> Kan anvendes ved arbejdsulykker
produkt ved hændelse	involveret produkt i hændelse
produkt ved skademekanisme	involveret produkt i skademekanisme

## 8.2 Registrering af ydre årsager til skade

Helt basalt består skaderegistrering af kontaktårsag, diagnose(r) samt koder for ydre årsager til skade. Registreringens principper er overordnet vist i figur 8.a nederst i **afsnit 8**.

Vedrørende kontaktårsag se **afsnit 8**.

Til kontaktårsag 2 'Ulykke', 3 'Vold' og 4 'Selvmordsforsøg' knytter sig et værdisæt efter gældende "Klassifikation af ydre årsager til skade" (EU-koder).

Skaderegistreringens overordnede opbygning og regler

Skaderegistrering

Kontaktårsag	2: Ulykke	3: Vold	4: Selvmordsforsøg
<b>Aktionsdiagnose</b>	Somatik: DR00-DR999, DS00-DT799 eller DZ00-DZ999  Psykiatri: tilladte psykiatriske diagnoser, se liste afsnit 7.1; vold: DX85*-99* el. DY00*-09*; selvmordsforsøg: DX60*-84*		
<b>Hændelse/handling</b> EUH/V/W??	O	O	O
- produkt EUX???	x	x	x
<b>Skademekanisme</b> EUS??	O	O	O
- produkt EUY???	x	x	x
<b>Skadested</b> EUG?	O	O	O
- X-koordinat (tal)	x	x	x
- Y-koordinat (tal)	x	x	x
- X,Y-præcision EUZ?	x	x	x
- UTM-zone (32/33)	x	x	x
<b>Aktivitet</b> EUA?	O	O	(x)
- sportsaktivitet EUC??	x	x	(x)
- branche EUE?	x	x	(x)
<b>Transportmiddel</b> EUK?	O ved EUA0/2 = transportulykke	x	(x)
- transportform tilskadekomne EUP?	O ved EUK0 = køretøjsulykke	x	(x)
- transportform modpart EUM?	O ved EUK0 = køretøjsulykke	x	(x)
- trafikontrolle EUT?	x	x	(x)
- uheldssituation EUU?	x	x	(x)

EUK0 definerer køretøjsulykke

O – obligatorisk registrering

x – frivillig registrering

(X) - ikke medtaget i LPR -registreringen

### 8.2.1 Sammenhængen mellem skadehændelsen, skademekanismen og skaden

Skadehændelsen beskriver, hvad der gik galt. Hændelsen går forud for den direkte skadevoldende mekanisme, der igen medfører skaden.

#### Eksempler:

En mand falder fra et stillads = skadehændelsen: hvorfor skete skaden, hvad gik galt?

Manden rammer et betongulv = skademekanismen: hvordan opstod selve skaden?

Manden brækker benet = selve skaden: registreres som diagnose

skadehændelse	skademekanisme	Skade(r)
fald fra stillads	slag (mod betongulv)	brækket ben
fald på glat gulv	slået (hovedet mod radiator)	flækket øjenbryn
fald på cykel	ramt mod (stander til vejskilt)	brækket underarm
fejlbetjening af kædesav	savning (i underben)	dybt forurenede sår i underben
vrikket om	forvredet (ankel)	distorsion af ankel
barn faldet af gynge	slået (hoved i jorden)	hjernerystelse
metalfragment frigjort ved fræsning	gennemboring (af hornhinde)	penetrerende læsion i øje
barn slugt knapbatteri	blokering af luftveje	fremmedlegeme i strube
badmintonspil...	ramt af (bold i øjet)	blødning i øjet
brand...	inhalation af røg	røgforgiftning

### 8.2.2 Skadehændelse

Skadehændelsen er den begivenhed, der forudgår selve skademekanismen. Hændelsen er den nødvendige forudsætning for det videre forløb, der fører til skade. **Hændelsen er det primære forebyggelige element i skadeforløbet.**

Hændelse og skademekanisme kan være samtidige (oftest), og de kan være adskilt i tid.

Det er obligatorisk at registrere skadehændelsen – svarende til kontakårsagen – ved kontakårsag 2,3 og 4.

Hændelserne 'Ulykkeshændelse', 'Voldshandling' og 'Selvskadehandling' registreres obligatorisk ved hjælp af nedenstående klassifikationer. Kodeni-veauet i de følgende tabeller angiver minimum for specificeringsniveauet.

I forbindelse med hændelsen er der mulighed for at specificere det involverede produkt, dvs. det eller de produkt(er) der indgår i den klassificerede hændelse.

Produktklassifikationen (EUX 6 karakter niveau) kan ses på "Skaderegistrering"

Kode	Ulykkeshændelser
EUHA0	Udløsning af energi ved eksplosion, lufttryk, ild og flammer (brand)
EUHA1	Udløsning af anden energiform <b>Inkl.:</b> Elektricitet, varme, kulde, stråling, lyd
EUHA2	Udløsning af kemisk substans <b>Inkl.:</b> Faste, flydende og gasformige kemikalier <b>Ekskl.:</b> Lægemidler og andre biologiske midler – se EUHJ0
EUHB0	Kollaps, brud og deformation af materiale
EUHC9	Fejlfunktion og mistet kontrol over udstyr, materialer og andre objekter <b>Inkl.:</b> Våben
EUHD0	Fejlfunktion og mistet kontrol over transportmiddel
EUHD1	Fejlfunktion og mistet kontrol over transportsystem <b>Inkl.:</b> Løfte- og hejse-systemer, transportører og systemer til gods- og persontransport Bemærk: fx skilift, rulletrappe, rullende fortov
EUHE0	Fald
EUHF0	Uhensigtsmæssig bevægelse
EUHG0	Handling med kontakt med levende væsen eller genstand med utilsigtet konsekvens (ikke klassificeret andetsteds)
EUHH0	Anden ulykkeshændelse udløst af skaderamte selv
EUHJ0	Utilsigtet fejlbrug af biologisk substans <b>Inkl.:</b> Fejlagtigt indtaget stof, stof fejlagtigt indtaget i forkert dosis (fejldosering) <b>Inkl.:</b> Lægemidler og psykostimulerende stoffer
EUHZ9	Anden og ikke specificeret ulykkeshændelse

<b>Kode</b>	<b>Voldshandlinger</b>
EUVA0	Voldshandling ved eksplosion, lufttryk og ild, flammer (brand)
EUVA1	Voldshandling med anden energiform
EUVA2	Voldshandling med kemisk substans <b>Inkl.:</b> Faste, flydende og gasformige kemikalier <b>Ekskl.:</b> Lægemidler og andre biologiske midler – se EUVJ0
EUVB0	Voldshandling ved kollaps af materiale
EUVC0	Voldshandling med brug af våben
EUVC9	Voldshandling med brug af andet udstyr, materiale, objekt
EUVD0	Voldshandling med brug af transportmiddel
EUVE0	Voldshandling med skub, træk resulterende i fald
EUVG0	Voldshandling ved fysisk kontakt med levende væsen
EUVG1	Seksuelt overgreb
EUVJ0	Voldshandling med brug af biologisk substans <b>Inkl.:</b> Lægemidler og psykostimulerende stoffer
EUVK0	Vanrøgt, misrøgt og anden mishandling
EUVZ9	Anden og ikke specificeret voldshandling

<b>Kode</b>	<b>Selvskadehandlinger</b>
	Denne klassifikation omfatter alle former for selvskadende handlinger. Registrering er kun obligatorisk ved selvmordsforsøg – se <b>afsnit 8.3</b>
EUWA0	Selvskadehandling ved eksplosion, lufttryk og ild, flammer (brand)
EUWA1	Selvskadehandling med anden energiform
EUWA2	Selvskadehandling med kemisk substans <b>Inkl.:</b> Faste, flydende og gasformige kemikalier <b>Ekskl.:</b> Lægemidler og andre biologiske midler – se EUWJ0
EUWB0	Selvskadehandling ved kollaps af materiale
EUWC0	Selvskadehandling med brug af våben
EUWC9	Selvskadehandling med brug af andet udstyr, materiale, objekt
EUWD0	Selvskadehandling med brug af transportmiddel

Kode	Selvskadehandlinger
EUWE0	Spring resulterende i fald (selvskadehandling)
EUWG0	Selvskadehandling ved egen fysisk kraft, kontakt med levende væsen
EUWJ0	Selvskadehandling med brug af biologisk substans <b>Inkl.:</b> Lægemidler og psykostimulerende stoffer
EUWK0	Selv-misrøgt og anden selvmutilation
EUWZ9	Anden og ikke specificeret selvskadehandling

### 8.2.3 Skadested

Skadested skal obligatorisk registreres ved alle typer af skadehændelser. Skadested skal som minimum specificeres ved kodeniveauet angivet i tabellen.

Kode	Skadested
EUG0	Transportområde
EUG1	Boligområde
EUG2	Produktions- og værkstedsområde
EUG3	Butiks-, handels- og erhvervsområde <b>Inkl.:</b> Service område
EUG4	Institutionsområde og offentlig administration <b>Inkl.:</b> Skole
EUG5	Idræts- og sportsområde <b>Ekskl.:</b> Tilskuertribune (EUG6*)
EUG6	Forlystelses- og parkområde
EUG7	Fri natur <b>Ekskl.:</b> Hav og søområde (EUG8*)
EUG8	Hav- og søområde
EUG9	Andet og ikke specificeret skadested

mere specificerede kodemuligheder: se ”Skaderegistrering”

### 8.2.4 Stedfæstelse

I forbindelse med den obligatoriske angivelse af skadested kan der registreres stedfæstelse med X- og Y-koordinater.

Hvis dette foretages, skal koordinaterne suppleres med grad af præcision af den angivne stedfæstelse med en af følgende koder:

Kode	Kodetekst
EUZ1	præcis
EUZ2	på strækning
EUZ3	i nærheden
EUZ9	præcision kan ikke angives

De registrerede X- og Y-kordinater skal desuden zone-specificeres efter UTM-ETRS89:

Kode	Kodetekst
32	UTM-zone 32
33	UTM-zone 33

Stedfæstelse er særlig vigtig i forhold til at kunne identificere de trafikusikre områder med henblik på forebyggelse af trafikuheld.

### 8.2.5 Skademekanisme

Skademekanismen angiver den direkte påvirkning, der medfører skaden (skaderne) på personen.

Skademekanisme skal obligatorisk registreres ved kontaktårsag 2, 3 og 4. Skademekanisme skal som minimum specificeres ved kodeniveaue i tabellen:

Kode	Skademekanisme
EUSA0	Slag og stød, skaderamte i bevægelse
EUSA1	Slag og stød, ramt af objekt eller væsen i bevægelse
EUSA2	Slag og stød, skaderamte og objekt eller væsen i bevægelse
EUSA9	Slag og stød, bevægelse ikke specificeret
EUSB0	Snit og anden mekanisk påvirkning af hud (slimhinde)
EUSC0	Klemt, mast (mellem)(under)
EUSD0	Kvælning (asfyksi)
EUSE0	Kemisk effekt ved kontakt, indtagelse, inhalation mv.
EUSF0	Varmeeffekt
EUSF1	Kuldeeffekt
EUSG0	Elektrisk, strålings- og anden energieffekt
EUSH0	Lufttryk effekt
EUSJ0	Akut overbelastning af krop, kropsdel
EUSZ9	Anden og ikke specificeret skademekanisme

I forbindelse med skademekanisme er der mulighed for at specificere involveret produkt, dvs. det produkt eller de produkter der forårsager skaden på personen. Mere specificerede kodemuligheder og produktklassifikationen (EUY) ses i ”Skaderegistrering”.

### 8.2.6 Aktivitet

Personens aktivitet på skadetidspunktet skal obligatorisk registreres ved kontaktårsag 2 ’Ulykke’ og kontaktårsag 3 ’Vold’. Aktiviteten skal som minimum specificeres ved det angivne kodeniveau i følgende tabel.

Kode	Aktivitet
EUA0	Lønnet arbejde med transport <b>Inkl.:</b> Professionel sport, der involverer transportmiddel <b>Ekskl.:</b> Transport til og fra arbejde – se EUA2 (21)
EUA1	Lønnet arbejde <b>Inkl.:</b> Professionel sport, der involverer transportmiddel
EUA2	Transport <b>Inkl.:</b> Transport til og fra arbejde, uddannelse og sport <b>Ekskl.:</b> Lønnet transportarbejde – se EUA0 <b>Bemærkning.:</b> Transport omfatter alle former for transport, der ikke finder sted under lønnet arbejde (se EUA0), herunder gang, cykling, kørsel med bil, bus og tog og transport til vands og i luften)
EUA3	Huslig aktivitet <b>Ekskl.:</b> Lønnet huslig aktivitet – se EUA1 <b>Ekskl.:</b> Leg og anden lignende fritidsaktivitet - se EUA6
EUA4	Uddannelse <b>Ekskl.:</b> Lønnet undervisningsaktivitet – se EUA1, transport til og fra uddannelse – se EUA2(22) <b>Bemærkning.:</b> EUA4 omfatter kun at modtage undervisning
EUA5	Sport og motion <b>Ekskl.:</b> Lønnet sports- og træningsaktivitet – se EUA1 <b>Ekskl.:</b> Transport til/fra sport – se EUA2 <b>Ekskl.:</b> Sport og motion under uddannelsesaktivitet – se EUA4 (42)
EUA6	Leg og anden fritidsaktivitet
EUA7	Vitalaktivitet
EUA8	Anden aktivitet
EUA9	Aktivitet uden specifikation



I forbindelse med ulykke er det 'Aktivitet', der definerer, om der er tale om en arbejdsulykke (EUA0\* og EUA1\*). Ved arbejdsulykker er der mulighed for at registrere 'Branche' for den virksomhed, hvor skaderamte er ansat.

I forbindelse med sports- og træningsaktiviteter er der mulighed for at specificere den aktuelle sportsaktivitet.

Aktiviteterne EUA0\* og EUA2\* definerer transportulykker – se listen. Mere specificerede kodemuligheder kan ses i skadevejledningen.

### 8.2.7 Transport- og køretøjsulykker

Begreb	Definition/beskrivelse
køretøjsulykke	ulykke, hvor der har været indblandet mindst ét kørende køretøj

Under kontaktårsag 2 'Ulykke' skal der ved transportulykker inden for 'Lønnet transportarbejde' (EUA0\*) og 'Transport' (ikke lønnet, EUA2\*) obligatorisk registreres kode for det transportmiddel, der er involveret i ulykken.

Hvis flere transportmidler er involveret, registreres den øverste relevante EUK-kode, fx 'Køretøj' ved sammenstød mellem cyklist (tilskadekomne) og hest.

Kode	Transportmiddel (involveret)
EUK0	Køretøj
EUK1	Dyr
EUK2	Sporvogn
EUK3	Tog/metro
EUK4	Skib
EUK5	Flyvemaskine
EUK6	Fodgænger *)
EUK7	Transportmiddel ikke involveret i tilskadekomst *)
EUK8	Andet specificeret transportmiddel
EUK9	Transportmiddel, uspecificeret

EUK0 definerer køretøjsulykke

\*) eksempler på anvendelsen findes i eksempelsamlingen under Skaderegistrering.

Her ses også klassifikationen som anvendes i forbindelse med skader.

Hvis det er et 'Køretøj' (EUK0), der er involveret i trafikuheldet, skal der obligatorisk registreres transportform for tilskadekomne og transportform for modpart.

Kode	Transportform for tilskadekomne
EUP1	Til fods <b>Inkl.:</b> Rulleskøjter, skateboard og lignende <b>Bemærk:</b> Alle tilfælde, hvor skaderamte uanset aktivitet påkøres af et køretøj, fx cafégæst; barn, der leger på parkeringsplads; havemand, der rammes af (ukontrolleret) køretøj
EUP2	På cykel
EUP3	På knallert
EUP4	På motorcykel (scooter)
EUP5	I personbil
EUP6	I varevogn
EUP7	I lastbil (bus)
EUP8	Anden transportform for tilskadekomne
EUP9	Transportform for tilskadekomne, uspecificeret

Kode	Transportform for modpart
EUM0	Ingen modpart
EUM1	Til fods
EUM2	På cykel
EUM3	På knallert
EUM4	På motorcykel (scooter)
EUM5	I personbil
EUM6	I varevogn
EUM7	I lastbil (bus)
EUM8	Anden transportform for modpart
EUM9	Transportform for modpart, uspecificeret

Registreringen af transportform for tilskadekomne hhv. modpart ved køretøjsulykker kan suppleres med registrering af "uheldssituation" (EUU) og "trafikantrolle for tilskadekomne" (EUT).

**Eksempel:**

Barn på vej til skole på barncykel er kørt ind i en kantsten, er væltet og har brækket hånden

<b>Kontaktårsag</b>	<b>2</b>	<b>Ulykke</b>
aktionsdiagnose	(A)DS620	Fractura ossis navicularis manus
ulykkeshændelse	EUHD01	Egen mistet kontrol over transportmiddel
produkt/hændelse	EUXK2004	Barncykel
skademekanisme	EUSA0	Slag og stød, skaderamte i bevægelse
produkt/skademekanisme	EUYB1002	Fortovskant, kantsten
skadested	EUG0	Transportområde
aktivitet	EUA2	Transport (dvs. transportulykke)
transportmiddel	EUK0	Køretøj (dvs. køretøjsulykke)
transportform, tilskadekomne	EUP2	På cykel
transportform, modpart	EUM0	Ingen modpart
uheldssituation	EUU0	Eneuheld
trafikanontrolle, tilskadekomne	EUT1	Fører

### 8.3 Indberetning af selvmordsforsøg

Begreb	Definition/beskrivelse
selvmordsforsøg	handling uden dødelig udgang, hvor en person med vilje indtager en overdosis medicin eller lignende eller udviser anden ikke-vanemæssig adfærd, der vil være skadevoldende, hvis andre ikke griber ind, og hvor hensigten har været at fremme vedkommendes ønskede forandringer via handlingens forventede konsekvenser

Flere undersøgelser peger på en betydelig fejlregistrering af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. En korrekt registrering og indberetning af selvmordsforsøg – og dermed et bedre datagrundlag for forskning – har afgørende betydning for muligheden for at sætte ind med forebyggelsestiltag på området.

**Denne beskrivelse gælder for den primære kontakt efter selvmordsforsøg.**

Det er oftest den somatiske skadestue, der har den primære kontakt. I sjældnere tilfælde kan det dog også være en psykiatrisk skadestue.

Den nutidige definition af selvmordsforsøg (fra WHO) er meget bred. Det bemærkes, at der ikke behøver at være et dødsønske, og at handlingen ikke behøver at være livsfarlig. Intention om handling der ville være skadevoldende, men som blev forhindret, indgår også under begrebet. Den kliniske betydning af 'selvmordsforsøg' er således bredere end den almensproglige opfattelse af termen.

Usikkerhed om definitionen af selvmordsforsøg kan være en af grundene til, at der er en betydelig underrapportering af selvmordsforsøg. En anden grund kan være det sundhedsfaglige personales personlige holdninger til patientens integritet – forstået på den måde, at personalet undgår at spørge ind til patientens selvmordsforsøg af hensyn til patientens psykiske tilstand.

**Det er afdelingernes opgave at sikre rutiner for en korrekt registrering af selvmordsforsøg.**

Det er vigtigt at forholde sig til den brede definition af selvmordsforsøg. Registreringen indgår i den epidemiologiske kortlægning og fungerer som baggrund for forebyggelsesindsatsen overfor selvmord.

Identifikation af et selvmordsforsøg er endvidere helt afgørende for at afværge et senere fuldbyrdet selvmord. Afdelingerne er forpligtede til umiddelbart at sørge for, at der bliver fulgt op på patienten, jf. vejledning udsendt af Sundhedsstyrelsen "Vurdering og Visitation af selvmordstruede, Rådgivning til sundhedspersonale" (2. udg., 2007)

Hvis afdelingen i løbet af kontakten bliver opmærksom på, at der ligger et selvmordsforsøg som umiddelbar baggrund for (skade)kontakten, skal der følges op på dette med korrektion af kontaktårsag og registrering af koder for ydre årsager på baggrund af de indhentede oplysninger.

### 8.3.1 Registrering af selvmordsforsøg

Følgende registreringer af "ydre årsager" foretages både for indlagte patienter og skadestuepatienter.

Kontaktårsag 4	Selvmordsforsøg
	kræver registrering af yderligere oplysninger vedrørende selvskadehandling, skademekanisme og skadested

Selvskadehandling	EUW??*
Skademekanisme	EUS??*
Skadested	EUG?*

Hændelsen, dvs. handlingen ved selvmordsforsøg, registreres obligatorisk ved hjælp af klassifikation af 'Selvskadehandling' (EUW-koder). Klassifikationen omfatter alle former for selvskadehandling, men registreringen er kun obligatorisk ved selvmordsforsøg.

Der er herudover mulighed for at specificere involverede produkter i forhold til skademekanismen og selvskadehandlingen.

Den obligatoriske registrering af skadested kan suppleres med specifik stedfæstelse – se afsnit 8.2.4.

## 8.4 Forgiftninger

Forgiftning er en dosisafhængig skadevirkning af et fremmedstof. "Stof" kan være et lægemiddelstof, et psykoaktivt stof eller et andet organisk eller uorganisk (kemisk) stof. Virkningen kan vise sig somatisk og/eller psykisk.

Både utilsigtet og tilsigtet overdosering af lægemidler medregnes til forgiftning.

Bivirkninger af lægemidler anvendt i normale terapeutiske doser betragtes ikke som forgiftning.

### 8.4.1 Klassificering

Sygdomsklassifikationen skelner mellem **selve forgiftningen** og de sygdomme/symptomer, **der er følger af forgiftningen**.

Forgiftningen registreres som en skade efter kapitel 19 i "Klassifikation af sygdomme" (kodeinterval DT36\*-65\*). Hvis det er forgiftningen, der er årsag til kontakt med observation eller behandling, registreres denne som aktionsdiagnose.

Ved lægemiddelforgiftning skal forgiftningskoden specificeres med ATC-tillægskode.

Ved forgiftninger med psykoaktive stoffer der ikke er lægemidler, og derfor ikke har en ATC-kode, anvendes specificerede forgiftningskoder fra DT40\* og DT43\*.

Forgiftninger med ikke-medicinske kemikalier (inklusive alkohol) registreres med forgiftningskoder fra kodeintervallet DT51\*-DT65\*.

Ved observation pga. mistanke om forgiftning, der ikke bekræftes, anvendes DZ036 'Observation pga. mistanke om toksisk effekt af indtaget stof' suppleret med ATC-kode eller DT-forgiftningskode som tillægskode.

#### 8.4.2 Forgiftning som årsag til patientkontakt

Hvis forgiftning er årsag til sygehuskontakt, anvendes relevant kontaktårsag 2 'Ulykke', 3 'Vold' eller 4 'Selvmordsforsøg', og der foretages en komplet skaderegistrering – se **kapitel 8**.

Vedrørende bivirkninger ved normal, terapeutisk dosering – se **afsnit 9.5.5**.

#### 8.4.3 Supplerende kodning

Registrering af forgiftning som aktionsdiagnose kan suppleres med bidiagnose(r) for diagnose, symptom eller observation forårsaget af forgiftningen.

##### Eksempel:

Primær skadekontakt med behandling af forgiftning

Kode	Kodetekst
(A)DT510	Ethanolforgiftning
(B)DR400	Somnolens

Der skal desuden foretages en komplet skaderegistrering efter principperne beskrevet i kapitel 8. Kontaktårsagen kan være 2, 3 eller 4

I den psykiatriske registrering anvendes særlige diagnosekoder (DF10-19) for "intoksikation" som manifestation ved forgiftning med psykoaktive stoffer – se **afsnit 9.4** om diagnoseregistrering ved misbrug.

#### 8.4.4 Lægemedelforgiftninger

Lægemedelforgiftninger er forgiftninger, der opstår ved utilsigtet eller til-sigtet indtagelse af lægemidler i doser, der overskrider de almindeligt anerkendte terapeutiske doser.

Om bivirkninger ved normal terapeutisk anvendelse – se **afsnit 9.5.5**.

Ved forgiftninger med lægemidler eller biologiske stoffer anvendes diagnose fra kodeintervallet DT36-50. Aktionsdiagnoser i intervallerne DT36\*-39\*, DT41\*-42\* og DT44\*-50\* skal suppleres af ATC-tillægskode for det aktuelle lægemiddelstof – klassificeret i SKS-hovedgruppe M.

**Eksempel:**

Kode	Kodetekst
(A)DT460	Forgiftning med lægemiddel med virkning på hjerte og kredsløb af kendt art
(+)MC01AA05	digoxin

Der skal desuden foretages en komplet skaderegistrering efter principperne beskrevet i kapitel 8. Kontaktårsagen kan være 2, 3 eller 4.

**8.4.5 Forgiftninger med psykoaktive stoffer**

Ved forgiftninger med stoffer der er klassificeret i afsnittene DT40 og DT43, anvendes disse koder som forgiftningskoder. Disse koder er specificerede og kræver ikke yderligere tillægskodning.

Afsnittene DT40 og DT43 omfatter følgende koder:

<b>DT40</b>	<b>Forgiftninger med opioider, kokain og hallucinogener</b>
DT400	Forgiftning med opium
DT401	Forgiftning med heroin
DT402	Forgiftning med andet opioid
DT402A	Forgiftning med kodein
DT402B	Forgiftning med morfin
DT403	Forgiftning med metadon
DT404	Forgiftning med andet syntetisk opioid
DT404A	Forgiftning med petidin
DT405	Forgiftning med kokain
DT406W	Forgiftning med opioid UNS
DT407	Forgiftning med cannabis
DT408	Forgiftning med lysergsyrediethylamid (LSD)
DT409A	Forgiftning med euforiserede svampe
DT409B	Forgiftning med meskalin
DT409C	Forgiftning med psilocin
DT409D	Forgiftning med psilocybin
DT409X	Forgiftning ved blandingsmisbrug med hallucinogener
DT409Z	Forgiftning med hallucinogen UNS
<b>DT43</b>	<b>Forgiftninger med andre psykotrope midler</b>
DT430	Forgiftning med cykliske antidepressive midler
DT431	Forgiftning med MAO-hæmmer
DT432	Forgiftning med andet antidepressivum
DT433	Forgiftning med fenotiazin

## Skaderegistrering

DT434	Forgiftning med butyrofenoner og thioxantener
DT435	Forgiftning med andet antipsykotiske eller neuroleptiske lægemidler
DT436A	Forgiftning med amfetamin
DT436B	Forgiftning med ecstasy
DT436C	Forgiftning med khat
DT438	Forgiftning med andet psykotropt middel
DT438A	Forgiftning med ”designer drug”
DT439	Forgiftning med psykotropt middel UNS

Koderne kan anvendes direkte som primærkode til registrering af forgiftninger – analogt til de øvrige DT- forgiftningskoder – eller som tillægskoder til specifikation af misbrugsdiagnoser (DF10\*-19\*) – se **afsnit 9.5.4**.

Der bør altid registreres på højeste specificeringsniveau. DT406, DT409 og DT436 skal altid registreres med 6 karakterer – jf. ovenstående oversigt.





## 9 Registrering af diagnoser

Diagnoseregistreringen tager udgangspunkt i den enkelte patientkontakt, og diagnoserne indberettes til LPR. Der skal ved afslutningen af kontakten indberettes én aktionsdiagnose og kontaktens klinisk relevante bidiagnoser.

Begreb	Definition/beskrivelse
diagnosekode (diagnose)	klassificeret betegnelse for en diagnose, der er optaget i gældende "Klassifikation af sygdomme"
Diagnoseart (kodeart)	angivelse af den efterfølgende SKS-diagnosekodes registreringsmæssige betydning
aktionsdiagnose diagnoseart 'A'	den diagnose der ved afslutning af en kontakt bedst angiver den vigtigste tilstand, som kontakten drejede sig om
bidiagnose 'B'	diagnose der supplerer beskrivelsen af den afsluttede kontakt
henvisningsdiagnose 'H'	diagnose der angives af henvisende instans som årsag til henvisning
midlertidig diagnose 'M'	diagnose der anvendes som arbejdsdiagnose i det kliniske undersøgelses- og behandlingsforløb <b>Bemærkning:</b> Må kun anvendes for åbne somatiske ambulante kontakter
komplikation til procedure 'C' (komplikation)	tilstand som er en utilsigtet følge af en procedure <b>Bemærkning:</b> Erstatte ikke registrering af kontaktens relevante aktions- og bidiagnoser. Kodeart "C" er fakultativ – se <b>afsnit 9.2.6.1</b>
tillægskode '+'	SKS-kode der supplerer primærkodens betydning <b>Bemærkning:</b> Se <b>afsnit 9.3</b> om "Tillægskodning". Primærkode: diagnose- eller procedurekode Det skal bemærkes, at tillægskode ikke er det samme som bidiagnose.

Der skal registreres diagnoser på åbne ambulante kontakter senest én måned efter første besøg, og for psykiatriske indlagte patienter senest én måned efter indlæggelsesdatoen.

Aktionsdiagnose, bidiagnoser og henvisningsdiagnose udgør diagnoseindberetningens primærkoder.

## 9.1 Generelle registreringsprincipper

Diagnosekoderne indberettes i SKS-format med foranstillet (SKS-hovedgruppe) 'D', fx DA022A 'Lokaliseret salmonellainfektion'. Koderne er vist i SKS-format i denne vejledning. Diagnoserne kodes efter "Klassifikation af sygdomme", der er den danske oversættelse og udbygning af WHO's sygdomsklassifikation (ICD-10).

Der sker løbende en udbygning af sygdomsklassifikationen med mere specificerede kodemuligheder. Disse kan ikke ses i bogudgaven af Sygdomsklassifikationen men findes i den elektroniske version, der bliver opdateret hvert kvartal. Sygehusenes patientadministrative systemer bliver løbende opdateret med den aktuelle SKS-version, som også kan ses og hentes fra **SKS-browseren**.

Generelt er kravet til diagnoser fem positioner eller mere (inklusive 'D'). Undtagelser er "midlertidig diagnose" og "henvisningsdiagnose", der beskrives efterfølgende. For skadestuepatienter er dog kun de fire første karakterer obligatoriske (inklusive 'D'), fraset forgiftninger.

Forgiftninger med psykoaktive stoffer se **afsnit 8.4**, skal kodes på højeste registreringsniveau.

### De basale principper

For registreringen af diagnoser gælder følgende generelle regler:

- som aktionsdiagnose anføres den diagnose, der har ført til indlæggelse, plejebehov, ambulant kontakt eller skadekontakt, og som er den væsentligste årsag til de gennemførte undersøgelses- og behandlingsprogrammer. Aktionsdiagnosen indberettes med diagnosearten 'A'
- ved konkurrerende diagnoser anføres den væsentligste som aktionsdiagnose. De øvrige diagnoser medtages altid efterfølgende som bidiagnoser, der indberettes med diagnoseart 'B'
- tilgrundliggende sygdom med klinisk betydning for den aktuelle kontakt registreres som bidiagnose
- kontaktens øvrige klinisk relevante diagnoser, herunder eventuelle betydende komplikationer og symptomer, anføres som bidiagnoser
- der må ikke være diagnoser for sygdomme, som patienten ikke har, eller ikke har haft i løbet af kontakten

Det vil sige **ikke** cancer, før sygdommen er endeligt verificeret og **ikke** cancer, når patienten er helbredt ved en tidligere kontakt

Hvis det vurderes relevant kan tidligere sygdom dog registreres med koder med startteksten ”anamnese med...”.

## 9.2 Diagnosearter

Diagnosearterne er defineret i **kapitel 9**. Der skal altid indberettes en aktionsdiagnose for en afsluttet kontakt. Der kan kun indberettes én aktionsdiagnose, og én henvisningsdiagnose pr. kontakt.

Kontaktens diagnoseregistrering suppleres med de klinisk relevante bidiagnoser.

### 9.2.1 Aktionsdiagnosen

Vedrørende diagnoseregistrering og ambulante kontakter, herunder overskrivning af aktionsdiagnosen – se også **kapitel 5**.

Aktionsdiagnosen skal entydigt sige så meget som muligt om kontakten. Der er mange muligheder for at sætte den rette aktionsdiagnose på kontakten, som den diagnose ”der bedst beskriver tilstanden, der blev handlet på”.

I forhold til det samlede sygdomsforløb er det manifestationen af sygdommen i kontaktperioden - snarere end grundsygdommen eller årsagen til manifestationen, der skal registreres som aktionsdiagnose.

#### Eksempler:

Patient med prostatacancer indlagt til palliativ smertebehandling. Smerter er aktionsdiagnose, cancersygdommen er bidiagnose

Kode	Kodetekst
(A)DM545	Lændesmerter UNS
(B)DC795B	Metastase i knogle
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
(B)DC619	Prostatakræft
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Patient med kendt malign blæresygdom indlagt og behandlet for hæmaturi.

Kode	Kodetekst
(A)DR319A	Makroskopisk hæmaturi UNS
(B)DC679	Kræft i urinblæren UNS
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Principperne for valg af aktionsdiagnose er beskrevet i indledningen til bind 1 af ”Klassifikation af sygdomme”. Den registrerede aktionsdiagnose ved afslutning af patienter skal angive den tilstand, der har ført til indlæggelse, plejebehov, ambulant kontakt eller skadekontakt, og som er den væsentligste årsag til det i kontakten gennemførte undersøgelses- og behandlingsprogram.

En patient vil ofte have flere diagnoser, der kan være konkurrerende som årsager til undersøgelse, behandling og sengedagsforbrug. I sådanne tilfælde må den diagnose som vurderes som den alvorligste, også for prognosen på længere sigt, betragtes som aktionsdiagnosen.

Aktionsdiagnosen beskrives også som den tilstand, som er den væsentligste årsag til gennemførte undersøgelser og behandlinger. Der er således også et ressourcemæssigt aspekt.

Kontaktens øvrige diagnoser registreres efterfølgende som bidiagnoser.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at der også kan kodes for ”mistanke om” (obs. pro, ej befundet/ikke afkræftet - se **afsnit 9.5.1**) og andre årsager til kontakten som fx ’kontrolundersøgelse efter behandling’. Disse muligheder anvendes på kontakter, hvor patienten ikke har en ”rigtig diagnose”, dvs. i udredningsfasen og i kontrolfasen, hvor den tidligere sygdom er helbredt.

### Slutregistrering

Aktionsdiagnosen og eventuelle bidiagnoser skal valideres ved kontaktafslutning. Der kan inden slutregistreringen være fremkommet nye eller supplerende svar på undersøgelser, der afklarer patientens slutdiagnose.

Typiske eksempler er patologisvar, der bekræfter mistænkt malignitet, og patologisvar eller billeddiagnostiske svar, der justerer udbredelsen af allerede registreret malign tumor.

### 9.2.2 Relevante bidiagnoser

Kan beskrivelsen af kontaktens patienttilstande ikke klares med aktionsdiagnosen alene, skal der suppleres med en eller flere relevante bidiagnoser -

”ikke mange - kun de få rigtige”. Det er udelukkende kontakten, der skal beskrives - ikke det samlede sygdomsforløb.

- omfanget af registreringen af bidiagnoser skal afspejle det diagnostisk relevante billede i forhold til den aktuelle kontakt
- registreringen af bidiagnoser skal til gengæld ikke omfatte diagnoser, tilstande eller forhold, der ikke har klinisk relevans i forbindelse med den aktuelle kontakt
- tilgrundliggende og anden sygdom med klinisk betydning for den aktuelle kontakt registreres som bidiagnose

### **9.2.3 Henvisningsdiagnose**

Henvisningsdiagnosen er den diagnose, der er anført af den henvisende læge eller sygehus/afsnit som årsag til henvisning. Henvisningsdiagnosen giver mulighed for efterfølgende at analysere sammenhængen mellem henvisningsårsagen og afdelingens endelige diagnoser og ydelser.

Sygehuset skal registrere henviserens angivne henvisningsårsag som en diagnosekode. Sygehuset skal ikke tolke rimeligheden af henviserens budskab men alene oversætte henvisningsbeskeden til tilsvarende diagnosekode.

Henvisningsdiagnosen indberettes med diagnoseart 'H' og skal være på mindst 4 positioner (inklusive 'D'). DZ koderne anvendes ofte i forbindelse med registrering af henvisningsdiagnose.

### **9.2.4 Midlertidige diagnoser**

På en uafsluttet ambulant somatisk kontakt kan midlertidig diagnose registreres og indberettes med diagnoseart 'M'. Diagnoseart 'M' må ikke forekomme i indberetningen af afsluttede kontakter og må ikke anvendes i psykiatrien.

Midlertidig diagnose skal være på mindst 4 positioner (inklusive 'D').

### **9.2.5 Komplikationer til undersøgelse og behandling**

En komplikation til en procedure er en tilstand hos patienten, som er en utilsigtet følge af en procedure, uanset om denne har været gennemført korrekt eller mangelfuldt, om der har været svigt af anvendt apparatur, eller om komplikationen må tilskrives patientens tilstand eller andre forhold i øvrigt.

Komplikationer klassificeres efter ”Klassifikation af sygdomme” (ICD-10).

Registrering af komplikationer er udførligt beskrevet i **kapitel 11**.

Vedrørende diagnoseregistrering ved bivirkninger til lægemidler – se **afsnit**

#### **9.5.5**

### 9.2.5.1 Kodeart 'C' (komplikation)

Ved indberetning til LPR kan kodearten 'C' anvendes til indberetning af komplikationer<sup>#</sup>. Dette er særligt anvendeligt, hvor LPR ønskes anvendt til kliniske oplysninger om opståede komplikationer, der ikke skal fremgå af diagnoseregistreringen (diagnoseart A eller B) – fx til brug for kvalitetsmonitorering i klinisk kvalitetsdatabase.

#### Eksempel:

Patient opereret for prostatacancer

Kode	Kodetekst
(A)DC619	Prostatakræft
(B)DE114	Type 2-diabetes med neurologisk komplikation
(C)DT812G	Utilsigtet peroperativ punktur eller læsion af gastrointestinalkanalen
(C)DT810G	Postoperativ blødning UNS

I eksemplet er C-tilstandene afhjulpet peroperativt i henholdsvis postoperativt uden yderligere komplikationer eller konsekvenser for patienten. Disse tilstande skal derfor i dette tilfælde ikke registreres som (bi)diagnoser.

<sup>#</sup>) Ikke alle patientadministrative systemer understøtter denne registrering.

## 9.3 Tillægskodning

I registreringen kan SKS-koder anvendes som tillægskoder til specifikation af en SKS-primærkode. Tillægskoden lægger yderligere information til primærkoden. Eksempler er: tilføjelse af sideangivelse til en diagnose og ATC-kode som specificering af lægemiddelstof. Tillægskodning er yderligere omtalt i **kapitel 8**, procedureregistrering i **afsnit 10.12** og cancerregistrering i **afsnit 13.4**.

#### Eksempler:

Andre eksempler er specifikation af en operationskode eller anden procedurekode med indikation (diagnosekode anvendt som tillægskode) eller specificering af en komplikation til en operation, idet komplikationen angives som en diagnosekode (primærkode) efterfulgt af operationskoden som tillægskode (som årsag til komplikationen) – se **kapitel 11** om de særlige krav til registrering ved infektioner som komplikation til undersøgelse og behandling.

Kode	Kodetekst
(P)KLAE20	Dobbeltsidig ooforektomi
(+)DC509	brystkræft UNS

Kode	Kodetekst
(A)DO821A	Enkeltfødsel ved akut kejsersnit før fødsel
(B)DO740	Aspirationspneumoni under anæstesi ved fødsel
(+)KMCA20	vaginalt kejsersnit

Når en SKS-kode anvendes som tillægskode, angives det i indberetningen ved et foranstillet '+'.  
Tillægskoder er i denne publikations eksempler ligeledes angivet med foranstillet '+' og er som de øvrige kodearter vist i parenteser i eksemplerne.

SKS-tillægskoder skal altid følge gældende klassifikationer. Der kan være særlige krav til obligatoriske tillægskoder mht. detaljeringsgrad.

SKS-tillægskoder skal altid følge gældende klassifikationer. Der kan være særlige krav til obligatoriske tillægskoder mht. detaljeringsgrad.

Til nogle diagnosekoder er det obligatorisk at registrere tillægskode. Dette gælder for diagnoser vedr. svangerskab, abort og fødsel, anmeldelsespligtige sygdomme til Cancerregisteret, pakkeforløb på kræftområdet, infektioner efter procedurer samt i forbindelse med lægemiddelinducerede sygdomme og tilstande..

Der er desuden krav om tillægskode for sideangivelse ved visse diagnoser (og procedurer).

**Eksempler:**

Kode	Kodetekst
(A)DM230	Meniskcyste
(+)TUL1	højresidig

Kravene gælder både for aktions- og bidiagnoser.

ATC-koder indberettes inkl. det foranstillede 'M', som anvendes for SKS-koderne i lægemiddelklassifikationen.

Kode	Kodetekst
(A) DT450A	Forgiftning med lægemiddel af kendt art med virkning på koagulation IKA
(+)MB01AA03	warfarin



## 9.4 Særlige regler vedrørende diagnose-registrering

For neoplastiske sygdomme findes en liste med anmeldelsespligtige diagnoser, for hvilke der kræves en særskilt anmeldelse til Cancerregistreret (CR) med særlige krav til indberetningen – se **kapitel 13**.

Der stilles desuden specielle krav til diagnoseregistreringen ved skader - **kapitel 8** som følge af ulykke, vold, selvmordsforsøg, forgiftninger, postinterventionelle infektioner se **kapitel 11**, samt ved fødsler og aborter se **kapitel 12** samt ved psykiatri registrering – se **kapitel 7**.

For nogle diagnosekoder gælder, at koden kun kan bruges i forhold til en given alder eller et bestemt køn. Disse regler knytter sig til den enkelte kode, og ved indberetning til LPR bliver der fejlsøgt for køn og/eller alder i forhold til klassifikationen, dog ikke hvis koden er anvendt som tillægskode.

## 9.5 Særlige kode- og registreringsprincipper

”Klassifikation af sygdomme” (kapitel 21) indeholder DZ-koder til angivelse af årsag til kontakt med sundhedsvæsenet, som fx ’mistanke om sygdom’ (obs. pro), ’kontrol’ (uden sygdom), (behov for) genoptræning, screening og profylaktiske foranstaltninger mm.

DZ-koder anvendes kun som aktionsdiagnose på kontakter, hvor der ikke er en ”rigtig sygdom”. DZ-koder angiver i disse situationer ”patientens behov for” eller ”årsag til...” patientens kontakt med sygehuset.

### 9.5.1 ”Obs. pro”- diagnoser

I kodeafsnittet DZ03\* findes koder til angivelse af ’Observation pga. mistanke om...’. Disse koder anvendes til angivelse af kontaktårsagen ”obs. pro” (ej befundet *eller* ikke afkræftet) - dvs. til angivelse af den tilstand som kontakten vedrørte, uden at der klinisk er blevet stillet en egentlig eller endelig diagnose. ”Obs. pro”- diagnoser kan på den måde være med til at angive, hvad kontaktens ressourcetræk er anvendt til.

Der findes såvel generelle som specificerede ”obs. pro”- koder i afsnittet DZ03\*. Uspecificke DZ03\*- koder kan specificeres med en tillægskode for den specifikke tilstand, der er undersøgt/observeret for.

Ved kontaktregistrering vil en indledende ambulans udredning før eventuel indlæggelse til behandling optræde som en selvstændig kontakt i LPR med egen aktionsdiagnose. Der skal ikke registreres sygdomsdiagnose, når diagnosen enten endnu ikke er stillet, mangler udredning eller er afkræftet.

**Eksempler:**

”Obs. pro toksisk kontaktdermatit”

Kode	Kodetekst
(A)DZ038	Observation pga. mistanke om anden sygdom eller tilstand
(+)DL249	toksisk kontaktdermatitis UNS

Tillægskoden specificerer primærkoden (her en aktionsdiagnose (A)), uden at tillægskoden kommer til at optræde selvstændigt som en ”rigtig diagnose”

Det skal særligt fremhæves, at specificering af ”obs. pro”-diagnoser vil kunne have en betydning for DRG grupperingen.

DZ\* koderne anvendes ofte i forbindelse med registrering af henvisningsdiagnose.

Kode	Kodetekst
(H)DZ031H2	Observation pga. mistanke om kræft i urinblæren

**Andre eksempler med og uden anvendelse af tillægskoder:**

Mistanke om heroinforgiftning

Kode	Kodetekst
(A)DZ036	Observation pga. mistanke om toksisk effekt af indtaget stof
(+)DT401	forgiftning med heroin

Meningitis obs. Pro

Kode	Kodetekst
(A)DZ033	Observation pga. mistanke om sygdom i nervesystemet
(+)DG039	Meningitis UNS

Observation for epilepsi

Kode	Kodetekst
(A)DZ033A	Observation på grund af mistanke om epilepsi

Mistanke om malignt melanom på trunkus

Kode	Kodetekst
(A)DZ031P	Observation pga. mistanke om kræft i hud
(+)DC435	malignt melanom i hud på kroppen

Mistanke om brystkræft

Kode	Kodetekst
(A)DZ031R	Observation pga. mistanke om kræft i bryst

#### 9.5.1.1 Afkræftet obs. pro

Det er muligt til en obs. pro (DZ03\*) kode at angive aktuel status på udredningen med en tillægskode:

Kode	Kodetekst
ZDW71	Afkræftet
ZDW72	ikke afkræftet

ZDW7-tillægskoder må ikke anvendes som tillægskode til andre diagnosekoder (D\*) end DZ03\*.

#### 9.5.2 "Anamnese med..."

Tidligere tilstande kan kodes med 'Anamnese med' (DZ85\*-DZ88\*) og evt. tillægskode, der angiver den pågældende tilstand.

##### Eksempler:

Registreringen vil oftest være relevant som bidiagnose

Kode	Kodetekst
(B)DZ874	Anamnese med sygdom i urin- eller kønsorgan
(+)DQ532	dobbelt-sidedig testikelretention

Tilsvarende kan symptom eller følgetilstand specificeres med tillægskode:

Kode	Kodetekst
(B)DN469B	Azoospermi
(+)DQ532	dobbelt-sidedig testikelretention

Anvendt som tillægskode kan en tidligere tilstand således specificere en aktuel tilstand.

### 9.5.3 Diagnosekodning ved kontrol

I kodeafsnittene DZ08\* og DZ09\* findes koder for ”kontrolundersøgelse”, der anvendes som aktionsdiagnose på kontakt, hvor der sker en kontrol, uden at sygdommen fortsat er til stede.

Denne diagnosekodning (kontaktbegrundelse) skal ikke forveksles med procedureregistreringen i forbindelse med fx de ambulante besøg, hvor der udføres (kliniske) kontrolundersøgelser.

Kontrolundersøgelse omfatter klinisk undersøgelse og kontrol, rådgivning, samtale og svar vedr. sygdommens undersøgelse og behandling ved en tidligere kontakt.

**Inkluderer** kontakter hvor der udføres simple procedurer som sårkontrol, skiftning og suturfjernelse, uden at der er tale om egentlig efterbehandling af sygdommen.

**Ekskluderer** kontakter hvor der udføres primær eller sekundær behandling af sygdommen herunder egentlig efterbehandling.

Ved kontaktregistrering vil en ambulant kontrol findes som en selvstændig kontakt i LPR med egen aktionsdiagnose, der altså ikke er sygdomsdiagnosen, når denne er kureret på en tidligere (behandlings)kontakt .

### 9.5.4 Registrering ved misbrug

Misbrugsdiagnoserne findes i kodeintervallet DF10-19 ’Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer’.

Ved tilstande klassificeret under følgende tre afsnit:

- DF11 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af opioider
- DF15 Psykisk lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af andre centralstimulerende stoffer
- DF16 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af hallucinogener

...skal der angives tillægskode fra kodeafsnittene DT40 og DT43 (se afsnit 8.4.5) til specificering af det (de) aktuelle stof(fer).

#### Eksempler:

Kode	Kodetekst
(A)DF1106	Akut opioidintoksikation med kramper

(+)DT401	forgiftning med heroin
----------	------------------------

Kode	Kodetekst
(A)DF1150	Skizofrenilignende opioidpsykose,
(+)DT406W	forgiftning med opioid UNS

### 9.5.5 Lægemiddelbivirkninger

En lægemiddelbivirkning er en skadelig og utilsigtet virkning af et lægemiddel indtaget i normal dosis.

#### Eksempler:

Bivirkninger af lægemidler anvendt i terapeutiske doser betragtes ikke som ”forgiftninger” og registreres med diagnosekoder, der beskriver bivirkningens karakter - diagnose/symptom - suppleret med ATC-tillægskode for lægemiddelstoffet, der har forårsaget bivirkningen.

Kode	Kodetekst
(A)DK257	Kronisk mavesår uden blødning eller perforation
(+)MN02BA01	acetylsalicylsyre

Kode	Kodetekst
(A)DI959	Hypotension UNS
(+)MC08CA01	amlodipin

Der er for visse diagnosekoder obligatorisk krav om ATC-tillægskode se listen.

#### Bivirkning som årsag til patientkontakt

Hvis en bivirkning er årsag til ny sygehuskontakt, anvendes kontaktårsag 1 ’Sygdom’.

### 9.5.6 Screeninger

”Screeningsdiagnoserne” under DZ10-13 anvendes ved risikofaktorer for sygdom, uden at der er konkret individuel mistanke om sygdom.

Screeningskoderne anvendes kun som aktionsdiagnose (kontaktbegrundelse) og kun på alle nye kontakter, der er begrundet i tidlig opsporing af sygdom,

uden at der er konkret mistanke om sygdom hos den enkelte person. Når undersøgelsen er færdig, afsluttes kontakten.

Hvis opsporingskontakten resulterer i, at der skal ske en videre udredning eller behandling, oprettes en ny kontakt med aktionsdiagnosen - 'Obs. pro' (DZ03\*) eller sygdomsdiagnose (evt. symptomdiagnose).

Undersøgelser der er en del af et eksisterende behandlingsprogram, betragtes ikke som "screening", fx øjenundersøgelse af diabetes patient uden øjensymptomer.

#### **9.5.7 Registrering af hjernedød**

Diagnosen DR991 'Hjernedød i henhold til Sundhedsloven § 176 kan registreres på patientens indlæggelseskontakt som bidiagnose. Aktionsdiagnose skal være den tilgrundliggende tilstand, der har medført hjernedød.

DR991 må kun registreres, hvis hjernedød er konstateret jævnfør Sundhedsloven § 177 og "Bekendtgørelse om dødens konstatering ved uopretteligt ophør af al hjernefunktion".

## 10 Registrering af procedurer

Procedurer (ydelser) er de handlinger, der kan udføres på eller gives til en person med kontakt til sygehusvæsenet.

Procedureregistreringen tager udgangspunkt i den enkelte patientkontakt, og udførte procedurer indberettes til LPR. De indberettede procedurer klassificeres med SKS-procedureklassifikationer.

Procedureregistreringen omfatter den obligatoriske operationsregistrering samt registrering af andre behandlinger og undersøgelser, hvoraf nogle er obligatoriske. Der gælder særlige regler i forbindelse med bl.a. operationsregistreringen. Vejledningen på de forskellige procedureområder er derfor adskilt i de følgende afsnit. Generelle principper og krav er beskrevet først.

De obligatoriske registreringskrav for procedurer gælder for indlagte og ambulante patienter, mens det for skadestuepatienter kun er obligatorisk at registrere billeddiagnostiske undersøgelser. Der er således for skadestuer ikke krav om indberetning af udførte operationer.

Der må ikke indberettes ambulante ydelser på en ambulant kontakt samtidig med, at der er en indlæggelsesperiode for samme sygdom. Ydelserne registreres i denne periode på indlæggelseskontakten.

Der kan i forbindelse med registreringer være særlige aftalte registreringsprincipper for eksempel i forhold til DRG- og DAGS-afregning. Der henvises til vejledningsmateriale på [www.sst.dk/patientregistrering](http://www.sst.dk/patientregistrering)

**Tabel 10**

Begreb	Definition/beskrivelse
procedure	handling der kan udføres på eller gives til en person med kontakt til sygehusvæsenet
procedurekode (procedure)	klassificeret betegnelse for en procedure der er optaget i gældende SKS-procedureklassifikation
procedureart	angivelse af den efterfølgende SKS-procedurekodes registreringsmæssige betydning
producent	det sygehusafsnit der har udført en procedure
rekvirent	det sygehusafsnit der har bestilt en procedure
assistance	procedure hvor producenten er forskellig fra stamafdelingen

Begreb	Definition/beskrivelse
operation (operationskode)	procedure klassificeret i gældende ”Klassifikation af operationer” (SKS)
kirurgisk indgreb (indgreb)	én eller flere operationer udført i samme seance
primær operation (P)	den vigtigste operation i et kirurgisk indgreb
deloperation (D)	operation der indgår som en del af et kirurgisk indgreb uden at være den primære operation
reoperation	operation foretaget for en postoperativ komplikation inden for en måned efter den første operation
sekundær operation (sekundært indgreb)	opfølgende operation
tillægskode - kodeart: (+)	SKS-kode der supplerer primærkodens betydning. Se <b>afsnit 9.4</b> om ”Tillægskodning”

Primærkode: diagnose- eller procedurekode. I eksemplerne er kodeart (procedureart) vist i parenteser.

## 10.1 SKS-hovedgrupper

Procedurerne, der er inddelt i nedenstående hovedgrupper, kan ses på SKS-browser.

SKS-hovedgruppe	Proceduretype
A	Administrative koder
B	Behandling og pleje
K	Operationer
N	Anæstesi
U	Undersøgelser
W	Midlertidig undersøgelsesklassifikation
Z	Diverse procedurekoder

### 10.1.1 Behandlings- og Plejeklassifikation

Denne klassifikation supplerer ”Klassifikation af operationer” mhp. dokumentation af de sundhedsfaglige aktiviteter. Disse koder er ikke alle registreringspligtige men giver den enkelte afdeling mulighed for aktivitetsregistrering på et klinisk meningsfuldt niveau.

En del af disse aktiviteter har betydning for afregning af indlagte patienter (DRG) og for ambulante afregning (DAGS) som ekstra honorering for speci-



elle takstgivende ydelser. Statens Serum Institut vil løbende vedligeholde lister over hvilke koder, der er takstbærende – se <http://visualdrg.sst.dk>

### 10.1.2 Indberetningsstruktur

Udførte procedurer indberettes med:

- SKS-procedurekodenummer
- evt. tillægskode(r)
- proceduredato
- procedureklokkeslæt
- sygehus/afdelings-kodenummer for producerende afsnit (producent)
- procedureart for operationer - se **afsnit 10.3.1**. Øvrige procedurer indberettes med procedureart ”blank”

### 10.1.3 Assistancer

En assistance er en procedure, hvor producenten er forskellig fra stamafdelingen.

Der kan indberettes ambulante assistancer uden samtidig besøg på stamafdelingen, fx røntgenundersøgelser. Registreringspligtige procedurer, der er udført som assistance, skal knyttes til og indberettes på stamkontakten.

#### Eksempel:

Ydelser udført som assistance skal knyttes til indberetningen af stamkontakten. Det er normalt den producerende afdeling, der registrerer ydelsen.

Stamafdeling	Ortopædkirurgi
(A)DZ094J	Kontrolundersøgelse efter behandling af crusfraktur
UXRG30	Røntgenundersøgelse af crus (producent- røntgenafdelingen (assistanceafdeling))

Hvis patienten derimod har en åben ambulant kontakt for en anden sygdom, skal ydelser givet i forbindelse med denne sygdom fortsat registreres på den kontakt, som hører til den anden sygdom.

## 10.2 Operationsregistrering

For indlagte og ambulante patienter skal udførte operationer registreres og indberettes til LPR. Der er ikke indberetningskrav for operationer udført på skadestuepatienter. Indberettede operationer indgår i DRG-afregningen af indlagte patienter og i den ambulante besøgsafregning (DAGS procedure-

grupper).

Operationer kodes efter ”Klassifikation af operationer” kapitel A-Y (opdelt efter anatomi), der er den danske oversættelse af den **nordiske operationsklassifikation NCSP (NOMESKO)**

Operationskoderne indberettes i SKS-format med foranstillet (SKS-hovedgruppe) ’K’, fx KFNG02A ’Primær perkutan transluminal plastik på koronararterie (PTCA)’. Koder er vist i SKS-format i denne vejledning.

Der sker løbende en udbygning af klassifikationerne med mere specificerede kodemuligheder. Den elektroniske version af klassifikationerne, der løbende bliver opdateret, er den officielle.

Sygehusenes patientadministrative systemer bliver opdateret hvert kvartal med de aktuelle versioner. Disse kan ses og hentes fra **SKS-browseren**.

### **10.2.1 Anvendelse af operationsart**

Analogt med diagnoserne skal der sammen med hver SKS-operationskode registreres en procedureart til markering af primære operation (P) og (øvrige) del-operationer (D) i et kirurgisk indgreb. Et kombineret indgreb bestående af operationer udført under samme anæstesi knyttes på denne måde sammen i registreringen vha. procedurearterne.

Generelt skal operationer udført i samme anæstesi registreres som ét indgreb. Dette inkluderer operatio per occasionem og bilaterale indgreb. Dog kan man fx ved multitraumer vælge at registrere flere indgreb, hvis indgrebet involverer flere producenter.

Procedurer der udføres samtidigt bilateralt, registreres generelt som to procedurer i samme indgreb fx ved samtidig dobbeltsidig indsættelse af hofteproteser.

Der findes dog en række koder med indbygget ”bilateralitet” fx KKFD46 ’Bilateral vasktomi eller ligatur af vas deferens’.

### **10.2.2 Reoperationer**

Der er i hvert operationskapitel koder for reoperationer som følge af komplikationer (sårintefektion, blødning mv.) i den umiddelbare postoperative periode ( $\leq 30$  dage). Der er herudover i relevante kapitler (fx ortopædkirurgi) koder for sekundære operationer.

I denne sammenhæng regnes det ikke for en komplikation, at den primære operation ikke er lykkedes. Ved kodning af efterfølgende operation skal denne kodes, som var den primær.

Reoperationer og sekundære operationer kan efter ønske specificeres med indikation (sygdomskode) og/eller den primære operationskode som tillægskode.

### 10.2.3 Sekundære operationer

Sekundære operationer er opfølgende operationer - typisk i et forløb hvor patientens sygdom behandles over tid med flere indgreb. Sekundær operation skal ikke forveksles med "reoperation", se **afsnit 10.2.2**, selvom termerne almensprogligt anvendes i flæng.

Betegnelsen "sekundær operation" anvendes også om sekundær udskiftning af alloplastik, fx knæprotese. "Klassifikation af operationer" har særlige koder for sekundære alloplastiske indsættelser.

### 10.2.4 Mulig tillægskodning i forbindelse med kirurgisk indgreb

I forbindelse med registreringen af operation(er) kan der eventuelt tilføjes tillægskoder vedr. forudsætningerne for operationen, det vil sige angivelse af prioritet og infektionsoplysninger. Denne registrering er ikke obligatorisk. Nedenfor er vist de relevante tillægskoder.

Kode	Beskrivelse
ATA1	akut
ZPL01	rent sår, operationstidspunkt
ZPL02	potentielt kontamineret operationssår, operationstidspunkt
ZPL03	sikkert kontamineret operationssår, operationstidspunkt
ZPL04	svært kontamineret/inficeret operationssår, operationstidspkt.
ZPL08	andre infektionsoplysninger
ZPL08A	hudoverfladen ikke brudt
ZPL08D	infektion forårsaget af tidl. opr. i regionen med implantat <1år
ZPL08E	infektion forårsaget af tidl. opr. i regionen uden implantat <30dage
ZPL08X	infektion ikke forårsaget af tidligere operation
ZPL08Y	ingen infektion
ZPL08Z	intet sår
ZPL0A	peroperativ antibiotikaproylakse givet
ZPL0B	peroperativ antibiotikaproylakse ikke givet
ZPL0C	præoperativ antibiotikaproylakse givet
ZPL0D	præoperativ antibiotikaproylakse ikke givet
ZPL1A	peroperativ tromboseproylakse givet

Kode	Beskrivelse
ZPL1B	peroperativ tromboseprofylakse ikke givet
ZPL1C	præoperativ tromboseprofylakse givet
ZPL1D	præoperativ tromboseprofylakse ikke givet

### 10.3 Indberetning af fysio- og ergoterapeutiske ydelser

Vedr. kravene til registrering af genoptræningsperioder – se **afsnit 10.5**

Det er obligatorisk at indberette fysio- og ergoterapeutiske ydelser til LPR. Indberetningen af ydelserne skal være dækkende for fremmødet, og der skal indberettes minimum én ydelse pr. fremmøde for ambulante patienter. For indlagte somatiske patienter gælder det ligeledes, at der skal indberettes de ydelser, der er dækkende for hver intervention.

Vedr. kravene til registrering af indlagte psykiatriske patienter – se **kapitel 7**

**Kravet til koder (definitioner og minimums specificeringsniveau) fremgår af kodekatalogerne for fysioterapi hhv. ergoterapi.**

Liste over obligatoriske SKS koder findes på: [www.sst.dk/patientregistrering](http://www.sst.dk/patientregistrering) ”vejledning for specialer og fagområder”.

#### Eksempler:

Fysioterapibehandling - Registrering af patient der behandles for lymfe-ødem. Ved første fremmøde kodes der med:

Kode	Kodetekst
ZZ5049	Undersøgelse/vurdering
BMFF1	Lymfeødembehandling
BVD	information og vejledning

Ved efterfølgende fremmøder kodes der med:

Kode	Kodetekst
BMFF1	Lymfeødembehandling

Ergoterapeutbehandling Registrering af patient der henvises med facialisparese og/eller synkeproblemer.

Ved første fremmøde anvendes:

Kode	Kodetekst
ZZ5049	undersøgelse/vurdering/anamnese
BEF	hvis behandlingen opstartes i forbindelse med undersøgelse
BTP	hvis behandling er målrettet spisetræning
BVD	hvis der gives systematisk information og vejledning til patient, pårørende eller øvrige behandler/personale

For fysio- og ergoterapeuter der er tilknyttet en anden klinisk afdeling fx reumatologisk afdeling, må der kun indberettes procedurer og ikke besøg, når patienten alene har modtaget ydelser hos fysio- og ergoterapeuterne.

I statistikker fra LPR ses udelukkende på ydelsesindberetningen fra de fysio- og ergoterapeutiske afsnit. Det betyder, at ambulante besøg fra stamafsnit med speciale 98 (fysio-/ergoterapier) ikke tæller med i statistikken. For at fysio- og ergoterapeutiske ydelser kan ses i statistikker fra LPR, skal der indberettes mindst én procedure per fremmøde.

## 10.4 Genoptræning

Den 1. januar 2007 overtog kommunerne myndighedsansvaret for at tilbyde genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Denne genoptræning kan, jf. Sundhedslovens §140, udføres af:

- regionale sygehuse
- kommunale institutioner
- private institutioner

Denne beskrivelse omhandler kun genoptræning udført på sygehus. Genoptræning på sygehus skal obligatorisk indberettes og omfatter ud over ovennævnte også den genoptræning, der foregår under indlæggelse (inden udskrivning), og hvor myndighedsansvaret påhviler regionen.

### Definitioner/beskrivelser

Genoptræning søges ofte afgrænset i forhold til behandling. Dette er på kodeniveau ikke muligt i alle tilfælde, idet der er en række (fysio-/ergoterapeutiske) ydelser, der i den konkrete situation kan være behandling, genoptræning, både-og og evt. også forebyggende (vedligeholdelse). Dette er baggrunden for, at de ambulante genoptræningsperioder skal ”indrammes” med start- og slutkoder.

#### **10.4.1 Genoptræning efter sundhedslovens § 140**

Genoptræning er efter sundhedsloven (§140) beskrevet som en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en patient/borger, eventuelt pårørende og personale med formålet, at patienten/borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne – bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt.

Genoptræningen rettes imod patientens funktionsnedsættelse(r), dvs. problemer i kroppens funktioner eller anatomi samt aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger.

Genoptræningsindsatsen kan omfatte somatiske patienter og psykiatriske patienter med et somatisk genoptræningsbehov.

En nedskrevet genoptræningsplan er en forudsætning for genoptræning.

Genoptræning afgrænses overfor egentræning. Den ambulante genoptræning opdeles i almindelig ambulant genoptræning og specialiseret ambulant genoptræning.

Genoptræning afgrænses definatorisk fra vedligeholdelsestræning.

##### **Almindelig ambulant genoptræning**

”Almindelig genoptræning” anvendes som betegnelse for den ambulante genoptræning, der ikke er specialiseret ambulant genoptræning.

##### **Specialiseret ambulant genoptræning**

”Specialiseret ambulant genoptræning” anvendes som betegnelse for en samlet genoptræningsindsats, der kræver et samtidigt eller tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau med henblik på en tæt koordinering af genoptræning, udredning og behandling.

Til specialiseret ambulant genoptræning medregnes genoptræningsydelser, der, af hensyn til patientens sikkerhed, forudsætter mulighed for bistand af andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i sygehusregi.

Specialiseret ambulant genoptræning udføres altid på sygehus.

##### **Egentræning**

Egentræning medregnes ikke til kategorierne almindelig genoptræning eller specialiseret genoptræning.

Udarbejdelse af genoptræningsplaner for egentræning er begrænset til tilfælde, hvor patienten modtager ydelser relevant for genoptræningen fra kommunen. Det kan være ydelser som hjemmehjælp, hjemmesygepleje etc.

Egentræning er, ud over registrering af udarbejdelse af genoptræningsplan for egentræning, ikke omfattet af registreringskrav.

#### 10.4.2 Krav til registrering af genoptræning på sygehus - oversigt

Genoptræning kan ske på eksisterende ambulant eller indlæggelseskontakt efter behandling eller sideløbende med behandling eller kontrol - eller på en selvstændig patientkontakt.

Ambulant genoptræning udført på sygehus skal obligatorisk indberettes til LPR. Kravene omfatter:

- udarbejdelse af genoptræningsplan for henholdsvis specialiseret ambulant genoptræning, almindelig ambulant genoptræning samt for egentræning. Genoptræningsplanen udarbejdes under sygehuskontakt og registreres på denne kontakt
- administrative markører for start og slut af specialiseret ambulant genoptræning henholdsvis start og slut af almindelig ambulant genoptræning. Kravet gælder kun for ambulante kontakter
- specialiseret og almindelig genoptræning - fysio- og ergoterapeutiske procedurekoder. Kravet gælder alle patienttyper

Fysio- og ergoterapeutiske ydelser er obligatoriske at registrere, uanset om formålet er behandling, genoptræning eller vedligeholdelsestræning.

#### 10.4.3 Genoptræningsplaner

Udarbejdelser af genoptræningsplan skal obligatorisk registreres med en af følgende koder:

Kode	Kodetekst
ZZ0175X	Udarbejdelse af genoptræningsplan, almindelig genoptræning
ZZ0175Y	Udarbejdelse af genoptræningsplan, specialiseret genoptræning
ZZ0175Z	Udarbejdelse af genoptræningsplan, egentræning

Koderne registreres som procedurekoder på dagen for færdiggørelse af genoptræningsplanen. Kravet gælder alle faggrupper.

#### 10.4.4 Afgrænsning af perioder med specialiseret og almindelig ambulant genoptræning efter Sundhedslovens § 140

Det er et afgrænsningsmæssigt problem, at det for en del af procedurekoderne gælder, at disse i den konkrete situation kan være behandling eller genoptræning eller både-og.

Bl.a. for at kunne monitorere sygehusenes produktion af genoptræning i forhold til de kommunale udgifter til ambulante genoptræning er der behov for at indkredse perioder med specialiseret ambulante genoptræning hhv. perioder med almindelig ambulante genoptræning overfor behandlingsperioder.

Dette betyder, at der udover de faglige procedurekoder skal registreres administrative markører for start og slut af perioder med specialiseret ambulante genoptræning hhv. almindelig ambulante genoptræning.

Der anvendes følgende administrative procedurekoder:

Start		Slut	
AWG11	Specialiseret ambulante genoptræning	AWX21	Afsluttet specialiseret ambulante genoptræning
AWG2	Almindelig ambulante genoptræning	AWX23	Afsluttet almindelig ambulante genoptræning

#### 10.4.4.1 Principper for registrering

Koderne registreres som procedurekoder.

Start-kode registreres på dato for første genoptræningsdag i en sammenhængende genoptræningsperiode.

Slut-kode registreres på dato for sidste dag i perioden.

Der skal på den givne kontakt være både en start- og en slut-kode.

Start og slut-koder skal korrespondere svarende til strukturen i ovenstående tabel. Dette krav gælder under alle omstændigheder, dvs. også selvom genoptræningen varer til kontaktens afslutning, og også selvom genoptræningen evt. skal fortsætte på en ny patientkontakt.

Der kan godt være flere perioder, herunder af forskellig type, men der kan ikke være flere samtidige perioder på samme kontakt.

Fysio- og ergoterapeutiske procedurekoder, der ikke falder indenfor en periode med specialiseret eller almindelig ambulante genoptræning, regnes for ”behandling”.

#### 10.4.5 Specialiseret ambulante genoptræning

Vedrørende administrativ markering af periode med specialiseret ambulante genoptræning - se afsnit 10.4.4

Specialiseret ambulante genoptræning forudsætter en genoptræningsplan for specialiseret genoptræning, se afsnit 10.4.3.



Det faglige indhold af den specialiserede ambulante genoptræning dokumenteres ved de faglige procedurekoder, der indgår i genoptræningen. Kravet til koder (definitioner og minimumsspecificeringsniveau) fremgår af kodekatalogerne for fysioterapi hhv. ergoterapi.

Se under Fysio- og Ergoterapi, **SKS-koder**.

#### **10.4.6 Almindelig ambulat genoptræning**

Vedrørende administrativ markering af periode med almindelig ambulat genoptræning - se afsnit 10.4.4

Almindelig ambulat genoptræning forudsætter en genoptræningsplan for almindelig genoptræning - se afsnit 10.4.3.

#### **10.4.7 Diagnoseregistrering ved genoptræning**

Genoptræning – specialiseret eller almindelig – kan indgå i en patientkontakt, der også indeholder andre ydelser som behandling (kirurgisk, medicinsk, fysioterapeutisk, ergoterapeutisk), efterbehandling og kontrol.

Som omtalt ovenfor skal ambulante genoptræningsperiode(r) markeres ved administrativ start- og slut-kode, se afsnit 10.4.4.

Aktionsdiagnosen for kontakten skal ved afslutning være den vigtigste årsag (hovedindikationen) til kontakten. Hvis genoptræningsbehov har været vigtigste årsag (herunder eneste), registreres relevant DZ50\*-kode som aktionsdiagnose.

DZ-koder registreres normalt ikke som bidiagnose, men der er principielt ikke noget i vejen for at gøre det.

Det anbefales i alle tilfælde at supplere aktionsdiagnosen med bidiagnoser for kroniske sygdomme og andre tilstedeværende tilstande, der medvirker til patientens nedsatte funktionsniveau, eller som komplicerer eller på anden måde har betydning for de udførte genoptræningsydelser.

### **10.5 ICF funktionsevnevurdering**

ICF-klassifikationen (ICF) er den danske udgave af Verdenssundhedsorganisationens (WHO) ”International Classification of Functioning, Disability and Health”, på dansk ”Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand”. ICF er en international standard for beskrivelse af patientens funktionsevne/funktionsevnenedsættelse, herunder med mulighed for graduering.

ICF kan anvendes i beskrivelse, planlægning og behandling af funktionsskadede og funktionshæmmede patienter. ICF-vurderingen kan foretages flere

gange i et behandlingsforløb og derved beskrive ”før-under-efter”-effekt og hermed kvalitet af behandlingen.

Registrering og indberetning af ICF-status sker som procedurekode med tilhørende angivelse af (procedure)tidspunkt. Proceduretidspunktet giver mulighed for at beskrive udviklingen i et forløb, hvor der er foretaget flere ICF-vurderinger. Derudover skal der til hver ICF-primærkode registreres mindst én tillægskode.

**Tabel 10.5 Valideringskrav**

Valideringskrav (ved indberetning) er:

Akse	primær-kode	tillægskode obligatorisk	tillægskode mulig	tillægskode mulig	tillægskode mulig
Kroppens funktion	FB*	(+)FZBG1*			
Aktivitet	FA*	(+)FZAG1*	(+)FZAG2*	(+)FZAG3*	(+)FZAG4*
Deltagelse	FP*	(+)FZPG1*	(+)FZPG2*	(+)FZPG3*	(+)FZPG4*
Kroppens anatomi	FS*	(+)FZSG1*	(+)FZSG2*	(+)FZSG3*	
Omgivelsesfaktor	FE*	(+)FZEG1*			

Tabellen skal læses på tværs. Hvis FB\*-kode, da tillægskode (+)FZBG1\*.

**Eksempel:**

Kode	Kodetekst
FB1440	Korttidshukommelse
(+)FZBG13	omfattende funktionsnedsættelse

Der henvises til ICF-bogen (Munksgaard) samt brugervejledningen, der er udarbejdet af Marselisborg Centret (2005), som findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside under udgivelser samt til WHO’s hjemmeside.

**10.6 Neonatal hørescreening**

Screeningen gennemføres som en tostadiescreening, og der skal være foretaget inden barnet er 90 dage. Et barn kan efter screening bedømmes som enten rask, det vil sige uden betydende høretab, eller barnet kan henvises til videre udredning på en audiologisk afdeling.

Retningslinjerne for denne screening er nærmere beskrevet i ”Sundhedsstyrelsens retningslinjer for neonatal hørescreening” – se **neonatal hørescreening**.

De relevante procedurekoder for undersøgelserne fremgår af procedurekodelisten for neonatal hørescreening, se nedenfor. Der er i listen angivet minimumsniveau for specificering af undersøgelserne.

Der skal til procedurekoderne registreres tillægskode for resultatet af undersøgelsen, se resultatkodelisten.

### 10.6.1 Diagnoseregistrering

Følgende diagnosekoder vil i de fleste tilfælde være relevante ved besøg/kontakt med neonatal hørescreening. Det indskræpes, at diagnoseregistreringen løbende skal kvalificeres i forhold til resultatet af de udførte undersøgelser.

Kode	Diagnose	Bemærkning
DZ135C	Screening for medfødt høretab	anvendes på alle første screeningsbesøg, hvor resultatet af screeningen er ”bestået”
DZ037A	Observation pga. mistanke om medfødt høretab	anvendes på alle tilfælde, hvor resultatet ikke afkræfter høretab – uanset om der viderehenvises til udredning eller ej
DH919 (DH90*)	Høretab UNS	anvendes i de tilfælde, hvor screening eller anden undersøgelse viser høretab, uden at dette kan specificeres yderligere på dette tidspunkt

### 10.6.2 Procedureregistrering

Hørescreeningen skal registreres med følgende udvalgte procedurekoder:

Kode	Procedure
<b>ZZ1450A</b>	<b>Automatiseret hjernestammeaudiometri (A-ABR)</b>
<b>ZZ1450D</b>	<b>Diagnostisk hjernestammeaudiometri (D-ABR)</b>
ZZ1450D1	Diagnostisk hjernestammeaudiometri (D-ABR) med tærskelfastlæggelse
<b>ZZ7100A</b>	<b>Automatiseret Auditory Steady State</b>

Kode	Procedure
	<b>Responsaudiometri (A-ASSR)</b>
<b>ZZ7100D</b>	<b>Diagnostisk Auditory Steady State Responsaudiometri (D-ASSR)</b>
<b>ZZ7306</b>	<b>Transient Evoked OtoAcoustic Emissions (TEOAE)</b>
ZZ7306A	Automatiseret Transient Evoked OtoAcoustic Emissions (A-TEOAE)
ZZ7306D	Diagnostisk Transient Evoked OtoAcoustic Emissions (D-TEOAE)
<b>ZZ7307</b>	<b>Distortion Product OtoAcoustic Emissions (DPOAE)</b>
ZZ7307A	Automatiseret Distortion Product OtoAcoustic Emissions (A-DPOAE)
ZZ7307D	Diagnostisk Distortion Product OtoAcoustic Emissions (D-DPOAE)

De med **fed** markerede koder angiver minimumsniveauet for specificering. De mere specificerede koder kan frivilligt anvendes.

### 10.6.3 Resultater

Resultatet af undersøgelsen registreres som tillægskode til procedurekoden. Der er følgende tre muligheder:

Kode	Resultat af undersøgelse	Bemærkning
ZPR01A	bestået	anvendes som resultat ved alle undersøgelser, hvor resultatet er ”bestået”
ZPR00A	ikke bestået, henvises	anvendes som resultat ved alle undersøgelser, hvor resultatet ikke er ”bestået”, og hvor der henvises videre til <u>ny kontakt/besøg</u>
ZPR00B	ikke bestået	anvendes som resultat i de tilfælde, hvor resultatet ikke er ”bestået”, og hvor der ikke henvises videre til <u>ny kontakt/besøg</u>

Resultatet (tillægskoden) refererer entydigt til den enkelte undersøgelseskode, hvortil den er knyttet.

Hvis der udføres flere undersøgelser, angives et resultat for hver af undersøgelseskoderne.

#### Eksempel:

Hvis målingen mislykkes, anvendes det generelle princip for registrering af afbrudte procedurer.

Kode	Kodetekst
ZPP62	Procedure afbrudt pga. tekniske problemer med udstyr
(+)ZZ1450A	automatiseret hjernestammeaudiometri (A-ABR)

Der bliver for de listede procedurekoder valideret for obligatorisk tillægskode for resultat af undersøgelsen.

## 10.7 Hjemmebesøg

Begreb	Definition/beskrivelse
hjemmebesøg	en klinisk persons besøg i patientens hjem  <b>Bemærkning:</b> Hjemmebesøg kan foregå under indlæggelse og ambulante kontakt

Hjemmebesøg er alle besøg (både med og uden tilstedeværelse af patienten), hvor en sundhedsfaglig person fra sygehuset er i patientens hjem. Hjem inkluderer institution, plejehjem, hospice og lign., hvor patienten bor eller skal bo i fremtiden.

Hjemmebesøg skal obligatorisk indberettes med en besøgsdato samt en obligatorisk (administrativ) procedurekode: AAF6 'Hjemmebesøg'.

Udførte kliniske ydelser i forbindelse med hjemmebesøget kan indberettes med separate procedurekoder.

Der er særlige krav til procedureregistreringen i psykiatrien, se afsnit 7.7.

## 10.8 Udebesøg

Begreb	Definition/beskrivelse
udebesøg	møde mellem patient og sundhedsfagligt uddannet personale på fx dagcentre, væresteder, kriminalforsorgen, rådgivningscentre m.m. <b>Bemærkning:</b> Besøget sker som led i ambulante udredning, undersøgelse, behandling eller kontrol. Indberetningen inkluderer ikke ambulante besøg, hjemmebesøg, institutionsbesøg eller virksomhedsbesøg.

Udebesøg registreres med koden AAF7 'Udebesøg'.

Udebesøg inkluderer ikke institutionsbesøg eller virksomhedsbesøg, da disse registreres med andre SKS-koder.

## 10.9 Registrering af andre procedurer

Udover ovenstående beskrevne krav er der indberetningskrav for visse ”ikke-kirurgiske” procedurer, dvs. behandlinger og undersøgelser.

Det drejer sig om: radiologiske ydelser, medikamentel behandling, behandlinger ved cancersygdomme, andre ydelser (oversigt)

### 10.9.1 Radiologiske ydelser

Det er obligatorisk at indberette **alle radiologiske procedurer** til LPR, dvs. alle procedurer klassificeret efter SKS-afsnit UX\*.

Det betyder, at såvel ydelser (assistancer) givet til en patient, der har en kontakt til en klinisk afdeling (inkl. skadestue) på sygehuset, som ydelser givet til patienter med selvstændig ambulant kontakt i røntgenafdelingen, skal indberettes.

Udførte billeddiagnostiske undersøgelser registreres efter ”Klassifikation af radiologiske procedurer” (UX-koder).

Registreringen følger de generelle principper for procedureregistrering.

Der er krav om obligatorisk tillægskodning (sideangivelse og anvendelse af kontrast) for en del af de radiologiske procedurer, **se liste radiologiske procedurer**.

#### Assistancer

Når undersøgelse foretages på en patient, der allerede har en kontakt til sygehuset, skal den radiologiske ydelse (udført som assistance dvs. uden besøg) knyttes til den aktuelle patientkontakt på stamafdelingen.

#### Selvstændig ambulant kontakt

Nogle røntgenafdelinger har mange ”egne patienter”, der henvises fra og returneres til primærsektoren.

Disse patienter skal indberettes som ambulante patienter på røntgenafsnit med komplet besøgs-, diagnose- og procedureregistrering.

Diagnosekoden (kontaktårsag) DZ016 ‘Radiologisk undersøgelse’ kan anvendes som aktionsdiagnose.

### 10.9.2 Andre ydelser

Ud over de tidligere i dette kapitel beskrevne obligatoriske ydelser skal følgende procedurer obligatorisk registreres:

Kode	Obligatoriske procedurer
NABE	Intensiv observation

Kode	Obligatoriske procedurer
BAXY1	Intensiv neurorehabilitering på højt specialiseret central enhed
BAXY2	Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed
BFCA0*	Implantation af transvenøs kardial pacemaker
BFCB0*	Implantation af cardioverter-defibrillator
BFFA*	Eksternt anvendt procedure v. behandling af kardiale rytmeforstyrrelser
BFFB*	Radiofrekvensablation
BGDA0*	Respiratorbehandling
BGDA1	Non-invasiv ventilation (NIV)
BGHF1	Behandling med surfactant
BJFD*	Dialysebehandling
BKHD4**	Abortus provocatus medicinalis
BOHA1	Fibrinolytisk behandling
BOQP*	Aferesebehandling
BRSP***	Systematisk psykoterapi
BRTB1*	Tvangsbehandling med elektrokonvulsiv terapi ECT
BRXA1*	Behandling med elektrochock ECT
BRXY8	Integreret tværfaglig smertebehandling (ITS)
BUAL1	Total parenteral ernæring
BVAA33A	Telefonkonsultation

Det angivne kodeniveau er det obligatoriske minimumsniveau; kan valgfrit registreres mere detaljeret

\*\*\*) vedr. procedureregistrering ved medicinsk abort – **se afsnit 12.4**

\*\*\*\*) skal kodes specifikt – **se afsnit 7.7**, hvor de udvidede krav til ambulante psykiatriske ydelsesregistrering er beskrevet

Ovenstående liste dækker kun de statistiske anvendelser.

Dette er kun en delmængde af de procedurer, der har en **afregningsmæssig betydning** i DRG og DAGS. Der henvises til VisualDRG for stationære og ambulante patienter – se Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Kravene gælder indlagte og ambulante patienter.

Der kan være yderligere krav til registreringen, herunder lokale krav og i forbindelse med indberetning til kvalitetsdatabaser via LPR.

Endelig har enkelte specialer udgivet kodevejledninger og kodelister, der afgrænser de procedurer, som specialet anbefaler, at alle registrerer.

### 10.9.3 Hjemmedialyse

Ved hjemmedialyse foretaget af patienten selv, skal der ikke ske en registrering på kontakten. Kun hvor sygehuspersonale er til stede, skal der foretages en ydelsesregistrering (hjemmebesøg).

Der må ikke registreres ambulante besøg eller hjemmebesøg for hjemmedialyse foretaget af patienten selv.

Udlevering af poser og væske til hjemmedialyse sker normalt direkte fra leverandør til patienten. I dette tilfælde skal der heller ikke ske registrering på kontakten.

### 10.9.4 Medikamentel behandling

Registrering af ”medikamentel behandling” foretages på et overordnet niveau – ”behandlingen” - for de igangværende behandlinger, der skal registreres, og som afdelingen har iværksat eller har ansvaret for.

Der er krav om obligatorisk registrering af en række behandlinger – se afsnit 10.9.2 og afsnit 10.9.5 vedrørende behandling ved neoplastiske sygdomme. Der sker derudover en afregning (DRG og DAGS) af en række behandlinger. Registreringen foretages af den afdeling, der aktuelt er ansvarlig for medicineringen, ofte den ordinerende afdeling.

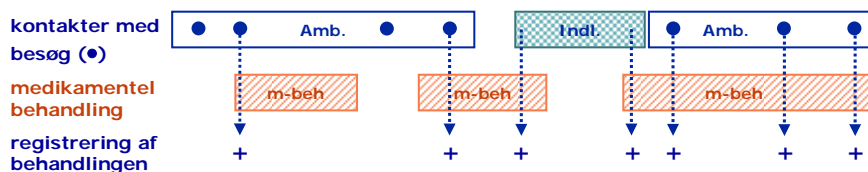
Behandlingen registreres ved hver indlæggelseskontakt/ambulante besøg på den ansvarlige afdeling. Registrering af medikamentel behandling kræver ikke, at medicinen indtages eller udleveres på sygehuset.

Givning og udlevering af medicin kan (ikke obligatorisk) registreres.

Medikamentel behandling skal kun registreres, hvis den har klinisk relevans for den pågældende kontakt eller det ambulante besøg.

Ved pause i behandlingen skal der ikke registreres behandling. Det er en klinisk vurdering, om patienten er i medikamentel behandling på et givent tidspunkt, eller patienten pauserer behandlingen/har afsluttet behandlingen.

**Figur 10.9.4 Registrering af medikamentel behandling**





Behandling registreres generelt med startdato for behandlingen som proceduredato, og ved igangværende behandling lig med besøgsdato ved ambulant besøg og kontaktstartdato ved indlæggelseskontakt.

**Registrering af medikamentel behandling**

I SKS findes, indenfor visse terapeutiske områder, prækoordinerede procedurekoder mhp. registrering af medikamentel behandling. Prækoordinerede behandlingskoder beskriver både selve proceduren – behandlingen – og det lægemiddel, der behandles med.

**Eksempel:**

Registrering med prækoordineret procedurekode

Kode	Kodetekst
BOHJ14	Behandling med gentuzumab

Hvis der i forbindelse med en given medicinsk behandling ikke findes en prækoordineret kode, anvendes i stedet en overordnet procedurekode for behandlingen tillægskodet med én eller flere relevante ATC-koder fra Lægemiddelstofklassifikationen (Medicinfortegnelsen). Den overordnede procedurekode skal være så specifik som muligt.

**Eksempler:**

Registrering med den mest specifikke overkode samt tillægskode ved peroral vancomycinbehandling

Kode	Kodetekst
BPHY	Behandling med antibiotika ikke klassificeret andetsteds
(+)MJ01XA01	vancomycin

Registrering med mest specifikke overkode samt tillægskode ved behandling med P-stav

Kode	Kodetekst
BJCA3	Antikonception med subkutan implantat
(+)MG03AC08	etonogestrel

**Medicinudlevering**

Det er ikke obligatorisk at registrere udlevering af medicin. Hvis udlevering sker som led i en medikamentel behandling, der obligatorisk skal registreres, er det behandlingen, der primært skal registreres. Udleveringen kan registre-

res efter følgende princip.

Hvis udlevering af medicin som led i en medikamentel behandling ønskes registreret, gøres dette ved at registrere behandlingen og tillægskode med (BWDB\*) 'Udlevering af medicin'.

**Eksempel:**

Kode	Kodetekst
BWHA115	Behandling med methotrexat
(+)BWDB0	Udlevering af medicin

**Medicingivning**

Det er ikke obligatorisk at registrere medicingivning. Hvis givningen sker som led i en medikamentel behandling, der obligatorisk skal registreres, er det behandlingen, der primært skal registreres. Givningen kan registreres efter følgende princip.

Hvis medicingivning som led i en medikamentel behandling ønskes registreret, gøres dette ved at registrere behandlingen og tillægskode med (BWAA\*) 'Medicingivning'.

**Eksempel:**

Kode	Kodetekst
BWHA130	Behandling med carboplatin+methotrexat+vinblastin
(+)BWAA6	Medicingivning intravenøst

**10.9.5 Behandlinger ved cancersygdomme**

Følgende procedurer er obligatoriske at indberette:

Kode	Obligatoriske procedurer
BWG*	Strålebehandling
BOHJ*	Behandling med antistoffer og immunmodulerende behandling
BOQE*	Behandling med stamcellekoncentrat
BOQF*	Knoglemarvstransplantation
BWHA*	Cytostatisk behandling
BWHB*	Behandling med biologisk modificerende stoffer
BWHC*	Hormonel/antihormonel antineoplastisk behandling
BHWH1	Dendritcellevaccination

Det angivne kodeniveau er det obligatoriske minimumsniveau. Koderne kan yderligere specificeres med mere detaljeret kode.

Principper for registrering af medikamentel behandling er beskrevet i **afsnit 10.9.2**.

Kravene gælder indlagte og ambulante patienter og omfatter behandling og efterbehandling af neoplasi, herunder recidiv-forebyggende behandling. Disse krav dækker de statistiske anvendelser. Dette er kun en delmængde af de ydelser, der kan have en afregningsmæssig betydning.

Der kan være yderligere krav til procedureregistrering, herunder lokale krav og i forbindelse med indberetning til kvalitetsdatabaser via LPR.

## 10.10 Ambulante ydelser

Der er en løbende udvikling i kravene til dokumentationen af den sundhedsfaglige aktivitet. Det vil betyde krav om registrering og indberetning af flere ydelser, hvilket især vil blive mærkbart på det ambulante område.

De, i de foregående afsnit, beskrevne krav til procedureregistreringen gælder også for ambulante patienter.

### Registrering af kliniske ydelser

Som et minimum anbefales det, at alle ambulante besøg så vidt muligt dokumenteres med registrering af mindst en klinisk ydelse til supplerende af den administrative besøgsindberetning (besøgsdato), som under alle omstændigheder sker.

Sygeplejerskeydelser fx kateterskift kan registreres med de relevante procedurekoder. Koderne er således ikke fagspecifikke. En ydelse kan evt. markeres med tillægskode for personalekategori.

### Ydelser af administrativ karakter

Mindre veldefinerede ydelser af administrativ karakter bør så vidt muligt undgås. Som generelt princip registreres de relevante kliniske ydelser – operationer, undersøgelser eller medicinske behandlinger.

”Kontrolbesøg”, ”indlæggelse” og ”tilsyn” er eksempler på betegnelser af overvejende administrativ karakter, der ikke siger noget om, hvad der klinisk set er foretaget. Disse upræcise ”ydelser” anbefales derfor undladt i registreringen til fordel for mere præcis angivelse af de kliniske ydelser.

Nogle gange kan det dog være ønskeligt eller nødvendigt at registrere ”ydelser” af administrativ karakter, fx skal hjemmebesøg obligatorisk registreres som en besøgsdato med den administrative procedurekode AAF6 ’Hjemmebesøg’, **se afsnit 10.7**.

Indenfor specialerne psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri anvendes AAF22 'Ambulant besøg', AAF6 'Hjemmebesøg' og AAF7 'Udebesøg' med tilhørende tidsregistrering.

## 10.11 Telemedicinske ydelser

Telemedicin er af Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin kort defineret som "digitalt understøttede sundhedsfaglige ydelser over afstand". Ved hjælp af informations- og kommunikationsteknologi kan telemedicin fremme diagnosticering, behandling, forebyggelse, forskning og uddannelse i sundhedsvæsenet. Der er altså tale om en meget rummelig definition, der potentielt inkluderer en bred vifte af ydelser, herunder ydelser klinikere imellem.

Det er planlagt en begrebsmæssig afklaring under det nationale begrebsarbejde i 2011 som en forudsætning for at kunne afgrænse telemedicinske ydelser.

I det følgende fokuseres der derfor udelukkende på den individbaserede patientregistrering i relation til telemedicin. Her er det kun de direkte ydelser til patienten, der eventuelt skal registreres, dvs. ydelser hvor patienten og klinikeren er i direkte, men virtuel kontakt. Overordnet drejer det sig om virtuel kommunikation og virtuel digital-understøttet sundhedsfaglig ydelse. I denne sammenhæng kræver en "telemedicinsk ydelse", at patienten er direkte involveret part i kommunikationen subsidiært, at patienten direkte modtager ydelsen.

Virtuel kommunikation mellem kliniker og patient inkluderer de eksisterende særlige ydelseskoder for egentlige konsultationer med klinisk sigte:

Kode	Kodetekst
BVAA33A	telefonkonsultation
BVAA33B	e-mailkonsultation
BVAA33C	SMS-konsultation
BVAA33D	videokonsultation

"Telemedicinsk ydelse" inkluderer i denne sammenhæng ikke kommunikation og dataudveksling mellem to eller flere klinikere. Patientens egen-måling af værdier og efterfølgende behandling/medicinering i overensstemmelse med resultatet af målingen (fx blodsukker og INR) er heller ikke inkluderet.

Telemedicinske ydelser registreres i øvrigt efter de generelle regler for registrering af procedurer, dvs. producerende afdeling kan enten være stamafdeling eller assisterende afdeling. Telemedicinske ydelser udført som assistance til anden sygehusafdelings patient registreres på stampatientkontakten med assistanceafsnittet som producent. Hvis dette af teknisk eller anden grund ikke kan lade sig gøre, er alternativet, at der på assistanceafdelingen oprettes en ambulant kontakt, og den telemedicinske ydelse registreres som ydelse uden besøg.

**Eksempler:**

En patient-orienteret klinisk ydelse, kan markeres som udført telemedicinsk med tillægskode for telemedicinsk ydelse, hvis dette ikke indgår implicit i ydelsen:

Kode	Kodetekst
ZZ5201	Vurdering af hudbilleder
(+)ZPW00900	telemedicinsk ydelse

Kode	Kodetekst
ZZ9201	Psykotterapi
(+)ZPW00900	telemedicinsk ydelse

En liste med telemedicinske ydelser som er takstsat og afregnet findes på Fællesindholdets hjemmeside, se notat om telemedicinske ydelser.

**”Indirekte ydelser”**

Der vil med den fortsatte udvikling og indføring af moderne teknologi opstå nye scenarier, hvor en kliniker ansat på sygehus kommunikerer eller udfører kliniske ydelser overfor patienten. Det vil nok være meget svært at definere, hvad der falder inden for rammerne af ”telemedicin”, men svarende til ovenstående kan en ydelseskode suppleres med tillægskode til at angive, at ydelsen er udført virtuelt og digitalt understøttet:

Kode	Kodetekst
WLHLSXXXX	Lungefunktionsundersøgelse, spirometri
(+)ZPW00900	telemedicinsk ydelse

### 10.11.1 Telefonkonsultation

Telefonkonsultation er en klinisk virtuel kommunikation med patienten som led i behandling og kontrol af sygdom. Telefonkonsultation (procedurekode: BVAA33A) kan erstatte ambulante besøg og afregnes i DAGS.

Telefonkonsultation kan stå alene i procedureregistreringen. Hvis telefonkonsultationen omhandler en medikamentel behandling, der skal registreres, registreres den relevante behandlingskode som selvstændig procedurekode (primærkode).

**Eksempel:**

Kode	Kodetekst
BVAA33A	Telefonkonsultation
BWHA110	Behandling med 5-fluorouracil

Hvis der ikke er ambulant fremmøde på samme dag, må der ikke registreres ambulante besøgsdato.

### 10.12 Tillægskodning

Der kan til alle procedurekoder registreres tillægskoder for indikation (med diagnosekode), anvendt anæstesi, sideangivelse, anvendt transplatat, specificeret anatomi og anvendt teknik mv. – fx anvendelse af laser ved behandling af urinvejssten.

Tillægskoder knytter sig til den enkelte primære procedurekode. Tillægskoder kan ikke registreres som selvstændige procedurer.

**Eksempler:**

Procedure udført i generel anæstesi

Kode	Kodetekst
BMBZ51E	Anlæggelse af centralt venekateter i v. subclavia
(+)NAAC10	generel i.v. anæstesi uden N <sub>2</sub> O

Sideangivelse kan registreres med tillægskoderne

Kode	Kodetekst
(+)TUL1	højresidig eller
(+)TUL2	venstresidig

Bilateral må ikke anvendes som tillægskode på procedurer

Procedure udført akut

Kode	Kodetekst
KEMB10	Tonsillektomi
(+)ATA1	akut

Personalekategori for udførende personale

Kode	Kodetekst
BJAZ14	Skiftning af suprapubisk kateter
(+)APBA14	sygeplejerske

Ydelsessted

Kode	Kodetekst
ZZ4397	Allergologisk miljøundersøgelse
(+)ZSHA0	arbejdsplads

Anvendt tolkebistand

Kode	Kodetekst
(+)ZAT0	tolkebistand fra professionel tolk
(+)ZAT1	tolkebistand fra pårørende
(+)ZAT2	tolkebistand fra bekendt

Disse muligheder er ikke obligatoriske, men det bør overvejes, om der ved tillægskodning kan opnås oplysninger, der også kan anvendes til andre formål, fx til indberetning til kliniske kvalitetsdatabaser. Tillægskodning kan således anvendes til at knytte et resultat til en udført procedure(kode).

ATC-koder kan anvendes som tillægskoder til specificering af behandlingskode med anvendt lægemiddelstof. ATC-koderne findes i Medicinfortegnelsen og i Lægemiddelkataloget (<http://www.medicin.dk>).

Tillægskoder i forbindelse med operationer, se **afsnit 10.2.4**

# 11 Komplikationer til undersøgelse og behandling

Vedr. diagnoseregistrering ved lægemiddelbivirkninger – se **afsnit 9.9.5**

Komplikationer til undersøgelse og behandling er tilstande, der er opstået som en utilsigtet følge af en procedure – dvs. et kirurgisk indgreb, anden behandling eller undersøgelse - uanset om proceduren er udført korrekt eller mangelfuldt, om der har været svigt af anvendt apparatur, eller om komplikationen kan tilskrives patientens tilstand eller andre forhold i øvrigt.

Komplikationer kan fx være større peroperativ blødning, organlæsion, postoperativ blødning og sårinfektion. Til begrebet komplikation medregnes principielt enhver form for nosokomial infektion dvs. infektion, der er erhvervet under kontakt med sygehuset, og som ikke var påvist, beskrevet eller under inkubation på tidspunktet for kontaktstart.

Normalt anvendes en **tidsmæssig afgrænsning** på 30 dage mellem den formodede forårsagende procedure og den opståede tilstand, idet der udover denne periode i stigende grad bliver usikkerhed om årsagssammenhæng mellem udførte procedurer og opståede tilstande. Dette gælder især infektioner.

For yderligere at fokusere på de væsentlige komplikationer gælder registreringskravene beskrevet i det følgende kun for **behandlingskrævende tilstande**. Hvis fx en blødning ikke har et omfang, der medfører intervention, skal denne ikke registreres som komplikation.

## 11.1 Klassificeringsprincipper (WHO)

Diagnoseklassifikationen skelner mellem komplikationer, der er opstået som (formodet) komplikation til en procedure, og andre nosokomielle komplikationer, hvor der ikke er en formodet årsagssammenhæng mellem en udført procedure og en opstået tilstand.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at fx en urinvejsinfektion efter katerisering og en lungebetændelse efter kirurgisk indgreb klassificeres efter kodeafsnittet DT814\*, når der er en **klinisk begrundet årsagssammenhæng** eller formodning om årsagssammenhæng mellem procedure og infektion.

Hvis dette ikke er tilfældet, klassificeres infektionen som sygdom (i andre kapitler fx akut cystitis DN300) og ikke som komplikation til procedure.

Obstetriske sårinfektioner og urinvejsinfektioner efter fødsel eller obstetrisk indgreb klassificeres efter DO86\* – puerperal sepsis dog efter DO85\*.



Infektioner opstået i forbindelse med og efter abort klassificeres under DO0\*.

## 11.2 Særlige krav til registrering og indberetning ved infektioner som komplikation til undersøgelse og behandling

Der gælder særlige krav til indberetning ved infektioner, der klassificeres efter DT814\* - jævnfør ovenstående beskrivelse.

Dette kodeafsnit omfatter følgende obligatoriske koder:

**Tabel 11.2**

Kode	Komplikation
DT814A	Absces i operationscicatrice
DT814B	Postoperativ intraabdominal absces
DT814C	Postoperativ subfrenisk absces
DT814D	Postoperativ sepsis
DT814E	Postoperativ sårgranulom
DT814F	Postoperativ sårinfektion
DT814G1	Postoperativ overfladisk sårinfektion
DT814H1	Postoperativ dyb sårinfektion
DT814I1	Postoperativ intraabdominal infektion UNS
DT814J1	Postoperativ retroperitoneal infektion
DT814P	Postoperativ pneumoni
DT814U	Postoperativ urinvejsinfektion
DT814X	Anden postoperativ infektion

### 11.2.1 Udvalgte definitioner

#### **DT814G Postoperativ overfladisk sårinfektion**

Infektionen involverer hud og subcutis og opstår indenfor 30 dage efter indgrebet. Mindst ét af følgende tre punkter skal være opfyldt:

- purulent sekretion fra såret
- kirurgisk sårrevision med positiv dyrkning fra udtømt materiale
- bakterier isoleret fra subkutan ansamling i primært lukket sår

#### **DT814H Postoperativ dyb sårinfektion**

Infektionen involverer hud og subcutis, og opstår indenfor 30 dage efter indgrebet. Mindst et af følgende tre punkter skal være opfyldt:

- purulent sekretion fra subfascielt dræn/incision
- sårruptur eller sårrevision med fund af infektion, der involverer fascie og muskel (dyrkning skal være positiv)
- fund af subfasciel absces ved punktur (vejledt punktur ved UL- eller CT-skanning), kirurgisk revision eller fund ved reoperation

#### **DT814I Postoperativ intraabdominal infektion**

Infektionen involverer organer og/eller cavum peritonei og opstår indenfor 30 dage efter indgrebet. Mindst ét af følgende fire punkter skal være opfyldt:

- mikroorganismer isoleret fra prøve taget peroperativt
- mikroorganismer isoleret fra væskeansamling intraperitonealt, enten taget fra ved reoperation, finnålsaspiration eller fra dræn
- påvisning af (makroskopisk eller mikroskopisk) absces ved enten reoperation eller finnålsaspiration
- anastomoselækage påvist ved røntgenundersøgelse eller reoperation

#### **DT814J Postoperativ retroperitoneal infektion**

Infektionen involverer det retroperitoneale rum og opstår indenfor 30 dage efter indgrebet. Mindst ét af følgende tre punkter skal være opfyldt:

- purulent sekretion fra retroperitonealt placeret dræn
- fund af pus ved punktur (vejledt punktur ved UL- eller CT-skanning), eller ved reoperation (abdominalt eller vaginalt)
- sårrevision med fund af infektion, der involverer det retroperitoneale rum

### **11.2.2 Registrering**

For at kunne identificere infektionens årsagsgivende procedure samt udførende sygehus og afdeling (eller anden producent) skal der foretages en tillægskodning, der er obligatorisk for DT814\* 'Infektioner forårsaget af udført procedure ikke klassificeret andetsteds'. Koderne er vist i tabel 11.2. Kravet gælder kun disse koder.

**Registrering og indberetning efter DT814\* med tilhørende krav afgrænses til behandlingskrævende tilstande, der er opstået indenfor 30 dage efter den årsagsgivende procedure. Kravene om tillægskodning gælder for alle registrerede DT814\*-koder.**

Komplikationen vil forekomme enten på kontakten, hvor proceduren er udført, eller på en efterfølgende kontakt, som ofte netop oprettes pga. komplikationen. Opståede komplikationer skal altid registreres på den/de kontakt(er), hvor komplikationen erkendes og/eller behandles.

Registrering sker som aktionsdiagnose, bidiagnose eller komplikation.

Væsentlige komplikationer med betydende følger eller potentielle følger for patienten skal under alle omstændigheder registreres som aktionsdiagnose eller bidiagnose efter generelle principper. Dette gælder alle former for komplikationer.

Multiple komplikationer registreres selvstændigt efter de beskrevne principper.

Indberetningen af infektion klassificeret efter DT814\* skal ske som diagnosekode med tilhørende tillægskodning af:

- den tidligere udførte ydelse (+)K\*, B\*, U\* og Z\* (minimum 4 karakterer), evt. KX for ukendt operation
- dato for tidligere udførte ydelse (+)ZT\* (10 karakterer), evt. ZTXXXXXXXX for ukendt proceduredato
- producerende sygehus/afdeling for den tidligere udførte ydelse (+)A1\*-A9\* (minimum 5 karakterer)  
 evt. AXXXX for ukendt sygehus  
 AYYYY for anden sundhedsfaglig enhed  
 AYYYY1 for speciallægepraksis uden specifikation  
 AYYYY2 for almen praksis uden specifikation  
 eller AYYYY9 for sundhedsfaglig enhed uden specifikation

**Eksempel:**

Kode	Kodetekst
(A)DT814H	Postoperativ dyb sårinfektion
(+)KJDC11	laparoskopisk ventrikelresektion med gastrojejunostomi
(+)ZT20070110	dato: 10. jan. 2007
(+)A130136	Rigshospitalet, Kirurgisk gastroenterologisk klinik

**11.2.2.1 Komplikation som årsag til patientkontakt**

Hvis en komplikation er årsag til ny sygehuskontakt, anvendes relevant kontaktårsag. Kontaktårsag 1 'Sygdom' anvendes, når komplikationen er forårsaget af en procedure, der er udført efter gældende retningslinjer eller normal klinisk praksis.

Vedrørende bivirkninger ved normal, terapeutisk dosering – se **afsnit 9.5.5**.



## 12 Svangerskab, fødsler, aborter og misdannelser

Det samlede forløb af graviditet, fødsel og barselsperiode (puerperium) vil normalt blive indberettet over flere kontakter, typisk en ambulanskontakt for svangreperioden, en indlæggelseskontakt på fødeafsnit og en indlæggelseskontakt på barselsafsnit.

Der er særlige krav til indberetning af fødselsoplysninger til Fødselsregisteret på kontakter med fødsel. Det er et krav, at fødsel altid registreres som en indlæggelseskontakt – også når fødslen betegnes ”ambulant”, fordi der ikke er en kontakt til barselsafsnit.

Ved fødsel på skadestue skal der tilsvarende oprettes en (administrativ) stationær kontakt på et afsnit, hvor fødselsregistreringen kan foretages.

Hvis kvinden er indlagt til aflastning eller af anden klinisk begrundelse før fødsel, kan kontakten fortsætte med fødslen. I dette tilfælde skal registreringen foretages, som angivet for fødselskontakter – **se afsnit 12.3**.

Fødselskontakten kan inkludere ophold på barselsgang/i barselsseng efter fødslen. Kontakten skal overholde kravene til fødselskontakter.

Vedrørende krav til indberetning i forbindelse med spontan abort – **se afsnit 12.4.1** eller provokeret abort før fulde 22 svangerskabsuger – **se afsnit 12.4.2**.

Vedrørende abortprocedure, der resulterer i barn med livstegn – **se afsnit 12.4.3**

Vedrørende abortprocedure udført efter fulde 22 svangerskabsuger – **se afsnit 12.4.4**

Vedrørende tidlig spontan fødsel – **se afsnit 12.4.5**

**Tabel 12**

<b>Begreb</b>	<b>Definition / beskrivelse</b>
fødsel	(moder) se også fødselstidspunkt <b>Bemærkning:</b> Fødslen som perioden fra aktiv fødsel til barnet er helt ude (fødselstidspunkt) indgår ikke i registreringens definitioner. En graviditet kan omfatte flere fødsler, idet graviditeten kan fortsætte efter fx planlagt kejsersnit af et foster
fødselstidspunkt	tidspunkt hvor barnet er helt ude af moderen

Begreb	Definition / beskrivelse
	<b>Bemærkning:</b> Fødselstidspunktet bestemmer fødested, dvs. typen af fødsel (sygehus/hjemme/"på vej") ud fra en registreringsmæssig betragtning
sygehusfødsel	fødsel hvor barnet fødes på sygehus
"fødsel på vej"	fødsel hvor barnet fødes udenfor hjem og sygehus <b>Bemærkning:</b> Registreres på sygehuset som "fødsel på vej"
hjemmefødsel	fødsel hvor barnet fødes i hjemmet <b>Bemærkning:</b> Hjemmefødsler indberettes på særlig papirblanket. Fødsel, der er startet i hjemmet, men hvor barnet ikke er født i hjemmet, betragtes ikke som hjemmefødsel
paritet	antallet af gennemførte graviditeter inkl. Dødfødsler <b>Bemærkning:</b> Ved flere fødsler indenfor samme graviditet er pariteten for alle fødsler den samme - pariteten ved afslutning af den aktuelle graviditet
flelnummer	angivelse af barnets nummer indenfor aktuel graviditet
placentavægt	ved flerfoldfødsel registreres hver placenta for sig <b>Bemærkning:</b> Ved sammenhængende placenta registreres den totale vægt på hvert barn
levendefødt barn	barn der efter fødsel/fremhjælpning viser livstegn <b>Bemærkning:</b> Dette gælder uanset svangerskabslængde og uanset, om baggrunden er et indgreb efter abortloven
dødfødsel (fødsel af dødt barn)	fødsel af barn uden livstegn efter 22 svangerskabsuger ( $\geq 22+0$ ) <b>Bemærkning:</b> Dette gælder uanset, om baggrunden er et indgreb efter abortloven. Dødfødsler indberettes til LPR via moderens fødselsoplysninger og desuden via særlig papirblanket. Der skal i disse tilfælde ikke indberettes en kontakt på barnet, men der skal foretages ligsyn og udstedes dødsattest
abort	abort af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger ( $\leq 21+6$ ) <b>Bemærkning:</b> Omfatter spontan og provokeret abort $< 22$ uger

Vedr. øvrige definitioner på abort – se afsnit 12.4

## 12.1 "Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv." – og konsekvenser heraf

Sundhedsstyrelsen udsendte i 2005 "Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv.". Heri defineres, hvad der forstås ved livstegn, og det indskræpes, at alle børn, der viser livstegn, skal betragtes som levendefødt barn, uanset svangerskabslængde og uanset, om baggrunden er et abortindgreb.

**Dette betyder, at der altid ved livstegn skal diagnosekodes med fødselsdiagnose, og at der skal foretages fødselsanmeldelse via LPR.**

Dette betyder, at der er mulighed for at kombinere fødselsdiagnose (ved livstegn) og operations- eller behandlingskode(r) for abortprocedure i de tilfælde, hvor der trods abortprocedure fremkommer et barn med livstegn - se yderligere beskrivelse af kravene til registrering i sådanne særlige situationer i afsnit 12.4.3.

## 12.2 Svangerskab

Svangreperioden vil normalt være dækket af en sammenhængende ambulante kontakt, der afsluttes ved indlæggelse til fødsel.

### Svangrekontroller

Kontrolbesøg under svangerskabet registreres som ambulante besøg, og omfatter såvel jordemoderbesøg, som lægekontroller.

Der indføres nye principper pr. 1. januar 2012 for den obligatoriske registrering af jordemoderbesøgene.

Derved udgår det tidligere krav om obligatorisk registrering af den administrative procedurekode APFA13 "Jordemoder" til fordel for obligatorisk registrering af jordemoderkonsultationer og forskellige jordemoderfaglige ydelser.

En tilsvarende registrering gælder fra 2012 for de obstetriske besøg, hvor der har været en obstetriker til stede.

De nye principper bygger på generelle registreringsprincipper, og de sigter på, at der sker en dedikeret DAGS-afregning af de ambulante svangrebesøg fra 2013, herunder understøttelse af multiple ydelser på samme dag. Dette kræver en eksplicit registrering af de faglige ydelser til et vist klinisk og afregningsrelevant niveau. 2012 betragtes som et pilotår for afprøvning af de nye registreringer.

De nye principper er aftalt med Jordemoderforeningen henholdsvis Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG). Registreringerne vil blive

understøttet af nationale minimums registreringskemaer, der vil blive udsendt til alle de obstetriske afdelinger.

Links til Jordemoderforeningens registreringskema og DSOG's kodeskema

### **12.2.1 Registrering ved svangrekontroller**

Jordemoderbesøg som led i svangrekontrollen skal registreres med procedurekode for typen af jordemoderkonsultation og eventuelt yderligere registrering af supplerende kliniske ydelser, herunder ultralydsundersøgelser (skanninger).

**Procedurekoderne er (vejledningsmæssigt) ordnet i disse kategorier:**

#### **1. jordemoderkonsultationer**

Registreres obligatorisk ved moderens fremmøde på sygehus og direkte kontakt mellem jordemoder og den gravide. Der er en liste over specificerede typer af konsultationer. Der registreres altid kun én konsultationskode pr. fremmøde uanset varighed og antallet af jordemødre

#### **2. særlige jordemoderfaglige ydelser**

Udvidede tilbud, dvs. særlige planlagte pædagogiske seancer i forhold til særlige behov (risikofaktorer) hos den gravide. Ydelserne

- kan supplere ovenstående konsultation, når der både har været svangrekontrol og udvidet tilbud

- eller -

- kan stå alene, når der ikke foretages almindelig svangrekontrol ved fremmødet

#### **3. andre kontakter (end konsultationer på sygehuset) til moderen**

Hjemmebesøg, telefonkonsultation, e-mail konsultation, videokonsultation

#### **4. andre ydelser givet ved kontakt i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel**

Ydelser, der kun kan registreres som supplerende ydelser til registreret konsultation eller anden kontakt

Vedrørende ydelser givet til barnet - se afsnit 12.2.1.2

### **12.2.1.1 Procedurekoder ved svangrekontroller**

#### **1. Jordemoderkonsultationer**



- der kan kun vælges én jordemoderkonsultation pr. kontakt
- der skal altid registreres på det angivne specificeringsniveau

Kode	Komplikation
DT814A	Absces i operationscicatrice

Kode	Kodetekst
	Basis jordemoderkonsultationer
BKUA21A	Første basis jordemoderkonsultation
	Opfølgende basis jordemoderkonsultationer
BKUA21B1	Opfølgende basis jordemoderkonsultation, individuel
BKUA21B2	Opfølgende basis jordemoderkonsultation, gruppe
	Udvidede jordemoderkonsultationer
	Første udvidede jordemoderkonsultationer
BKUA22A1	Første udvidet jordemoderkonsultation, diabetes
BKUA22A2	Første udvidet jordemoderkonsultation, fødselsangst
BKUA22A3	Første udvidet jordemoderkonsultation, overvægtig
BKUA22A4	Første udvidet jordemoderkonsultation, psykisk sygdom
BKUA22A5	Første udvidet jordemoderkonsultation, sociale problemer
BKUA22A6	Første udvidet jordemoderkonsultation, tidligere perinatalt dødsfald
BKUA22A7	Første udvidet jordemoderkonsultation, flerfold
BKUA22A8	Første udvidet jordemoderkonsultation, ung
BKUA22A9	Første udvidet jordemoderkonsultation, omskåren
	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, diabetes
BKUA22B11	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, diabetes, individuel
BKUA22B12	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, diabetes, gruppe
	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, fødselsangst
BKUA22B2	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, fødselsangst
	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, overvægtig
BKUA22B31	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, overvægtig, individuel
BKUA22B32	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, overvægtig, gruppe
	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, psykisk sygdom

	dom
BKUA22B4	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, psykisk sygdom
	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, sociale problemer
BKUA22B5	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, sociale problemer
	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, tidligere perinalt dødsfald
BKUA22B6	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, tidligere perinatalt dødsfald
	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, flerfold
BKUA22B71	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, flerfold, individuel
BKUA22B72	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, flerfold, gruppe
	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, ung
BKUA22B81	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, ung, individuel
BKUA22B82	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, ung, gruppe
	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, omskårne
BKUA22B9	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, omskåren
	Akutte jordemoderkonsultationer
BKUA27A	Akut jordemoderkonsultation før fødslen
BKUA27B	Akut jordemoderkonsultation efter fødslen
	Andre jordemoderkonsultationer
BKUA28B	Planlagt jordemoderkonsultation efter fødslen

## 2. Særlige ydelser givet under graviditet og efter fødslen

- ydelserne kan stå alene eller kan kombineres med en jordemoderkonsultation

Koder	Kodetekst
	Fødsels- og forældreforberedelse
BKUA31A	Fødsels- og forældreforberedelse, individuel
BKUA31B	Fødsels- og forældreforberedelse, gruppe
	Rygestopkonsultation til gravid
BKUA32A	Rygestopkonsultation til gravid, individuel
BKUA32B	Rygestopkonsultation til gravid, gruppe
	Kost- og motionskonsultation til gravid

BKUA33A	Kost- og motionskonsultation til gravid, individuel
BKUA33B	Kost- og motionskonsultation til gravid, gruppe
	Andre særlige særlige ydelser givet under graviditet og efter fødslen
BKUA35	Konsultation til gravid med fødselsangst
BKUA36	Ammekonsultation til gravid
BKUA37	Efterfødselssamtale med jordemoder
	UL-skanninger
UXUD86DA	Op-ned skanning
UXUD86DB	UL-skanning for placentelokalisation
UXUD86DC	Vægtskanning
UXUD85	UL-undersøgelse af cervix
UXUD88A	Flowmåling i arteria umbilicalis
UXUD88C	Flowmåling i arteria cerebri media

### 3. Andre ydelser givet i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel

- ydelserne kan ikke stå alene

- ydelserne registreres som supplerende koder til specificering af konsultationer (1), særlige ydelser (2) og andre kontakter (4)

Kode	Kodetekst
	CTG
ZZ4233	Cardiotokografi ante partum
ZZ4233A	Cardiotokografi ante partum, flerfold
	Rhesusprofylakse- registreres med mindst 6 karakterer
BPMD01	Rhesusprofylakse i forbindelse med graviditet og fødsel
BPMD01A	Rhesusprofylakse under graviditet med kendt Rhesus positivt foster
BPMD01B	Rhesusprofylakse under graviditet med foster med ukendt Rhesustype
BPMD01C	Rhesusprofylakse efter afsluttet graviditet eller fødsel
	Igangsættelse
KMAC00	Hindesprængning (HSP) før fødsel
KMAC96A	Igangsættelse med ballonkateter
KMAC96B	Anvendelse af ballonkateter under igangsat fødsel
BKHD20	Igangsættelse af fødsel med prostaglandin
	Akupunktur
BAFA80	Smertebehandling med akupunktur

BWFA	Symptombehandling med akupunktur
BRXT0	Rygeafvænnning ved brug af akupunktur
	Andre ydelser givet til den gravide
BBHF32	Behandling med højdosis binyrebarkhormon (Celeston)

#### 4. Andre kontakter i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel

Kode	Kodetekst
	Hjemmebesøg
AAF6	Hjemmebesøg - administrativ kode, der altid skal registreres ved hjemmebesøg. Suppleres med kode(r) for den kliniske ydelse, der er givet i forbindelse med hjemmebesøget
	Andre former for konsultation Ydelser, der erstatter konsultation ved fremmøde. Må kun registreres, hvis der er en direkte kontakt mellem jordemoderen og moderen med et fagligt indhold, der har et omfang, så det fører til et notat. Det er således ikke tilstrækkeligt, hvis der fx aftales tid til efterfølgende konsultation
BVAA33A	Telefonkonsultation
BVAA33B	E-mail konsultation
BVAA33D	Videokonsultation

#### 12.2.1.2 Ydelser givet til barnet

Hørescreening skal obligatorisk registreres - se **afsnit 10.6**

Ydelser givet til barnet skal registreres på barnets patientkontakt. Det kan fx være til måling af bilirubin eller til podning ved mistanke om infektion.

Ved jordemoder-deltagelse registreres "Jordemoderkonsultation efter fødslen" (planlagt: BKUA28B eller akut: BKUA27B).

#### 12.2.1.3 Besøg i svangerskabet ved obstetriker

Koden for svangrekonsultation ved obstetriker (BKUA1) registreres obligatorisk ved ethvert af den gravides fremmøder (akutte og planlagte) på syge-

hus til svangrekontrol, hvor der er direkte kontakt mellem obstetriker og den gravide.

Undtaget herfra er (sonografiske) skanningsbesøg, hvor der ikke foregår en egentlig svangrekontrol på besøget. I disse tilfælde registreres kun ydelseskode for skanningen.

Der registreres altid kun én konsultationskode pr. fremmøde uanset varighed og antallet af obstetrikere involveret. Koden dækker over både planlagte og akutte kontakter.

Obstetrisk deltagelse i planlagt eller akut jordemoderkonsultation registreres ligeledes med BKUA1. Dette opfattes ikke som tilsyn.

Kode	Kodetekst
	Svangrekonsultation ved obstetriker Koden for svangrekonsultation ved obstetriker (BKUA1) registreres obligatorisk ved ethvert af den gravides fremmøder på sygehus til svangrekontrol med direkte kontakt mellem obstetriker og den gravide
BKUA1	Svangrekonsultation ved obstetriker

Koden BKUA1 skal suppleres med de udførte særydelser fx skanning, jf. obstetrikernes nationale kodeskema

#### 12.2.1.4 Ultralydsskanning og misdannelser

Ultralydsundersøgelser i svangreperioden registreres med relevante procedurekoder (UXUD86\*-88\*).

Findes der abnorme fund ved ultralydsskanning, skal koden DO283\* registreres som bidiagnose på kontakten. Det eller de abnorme fund angives med tillægskode(r) til bidiagnosen - DO\* for abnormt fund hos moderen og DQ\* for misdannelse hos fosteret.

Se <http://www.dsog.dk> for yderligere information

### 12.3 Indberetning af fødselsoplysninger

Alle fødsler skal registreres med de obligatoriske obstetriske fødselsoplysninger, der er vist i skemaerne i **afsnittene 12.3.7** "Moderens kontakt" og **12.3.8** "Barnets kontakt", dog skal der ikke oprettes kontakter for dødfødte børn. Vedr. dødfødsler - se **afsnit 12.3.2**.

I de særlige situationer, hvor en abortprocedure har resulteret i fødsel af levendefødt barn (alle børn med livstegn uanset gestationsalder), gælder de generelle krav, der er beskrevet i dette afsnit.

### 12.3.1 Fødselsanmeldelser

Siden 1997 er Fødselsregisteret blevet dannet på baggrund af de elektronisk indberettede data til LPR. Hjemmefødsler indberettes fortsat på papirblanket.

### 12.3.2 Dødfødsel

Dødfødsler indberettes udover LPR-indberetningen på særlig papirblanket 'Anmeldelse af dødfødsel' til Sundhedsstyrelsen.

**Efter 22 svangerskabsuger er alle børn uden livstegn "fødsel af dødt barn", dvs. skal indberettes(moderens record) som dødfødsel.**

Dette gælder uanset en evt. udført abortprocedure.

Der skal desuden foretages ligsyn og udstedes dødsattest.

Betegnelsen "spontan abort" anvendes kun i de tilfælde, hvor der klinisk er påvist fosterdød før udgangen af 22. uge ( $\leq 21+6$ ). Dette gælder også de tilfælde, hvor fosteret først er ude efter 22 uger.

### 12.3.3 Fødsler, der indberettes fra sygehus

Fødsler, der indberettes fra sygehuset, omfatter foruden egentlige sygehusfødsler også fødselsforløb, der starter i hjemmet eller på vej til sygehuset, men afsluttes på sygehuset. Via barnets aktionsdiagnose er det muligt at se, hvor barnet er født.

Hjemmefødsler, **afsnit 12.3.5** skal ikke indberettes fra sygehuset, uanset om moderen indlægges efterfølgende (barselsperiode).

**En sygehusfødsel registreres altid med moderen som indlagt patient.**

Dette gælder også for "ambulante fødsler" og fødsler på skadestue, der skal registreres som en indlæggelse med angivelse af indlæggelses- og udskrivningstidspunkt. Ved fødsler, der fysisk foregår på et ambulatorium eller en skadestue, er det nødvendigt administrativt at indlægge patienten for at kunne registrere fødslen.

Fødsler er per definition akutte – med mindre der er tale om planlagt kejsersnit eller planlagt igangsættelse.

Kode	Barnets aktionsdiagnose på fødselskontakt
DZ380	Eet levendefødt barn, født på sygehus
DZ381	Eet levendefødt barn, født uden for sygehus

DZ381A	Eet levendefødt barn, født på vej
DZ382	Eet levendefødt barn, ikke specificeret mht. fødested
DZ383	Tvilling, født på sygehus
DZ384	Tvilling, født uden for sygehus
DZ384A	Tvilling, født på vej
DZ385	Tvilling, ikke specificeret mht. til fødested
DZ386	Levendefødt ved anden flerfødsel, født på sygehus
DZ387	Levendefødt ved anden flerfødsel, født uden for sygehus
DZ387A	Levendefødt ved anden flerfødsel, født på vej
DZ388	Levendefødt ved anden flerfødsel, ikke specificeret mht. fødested

#### 12.3.4 Fødsel på vej til sygehus

Sker fødslen af barnet på vej til sygehuset, fx i privatbil eller taxi, skal sygehuset foretage fødselsindberetningen med de obstetriske fødselsoplysninger. Aktionsdiagnosen for barnet er DZ381A (DZ384A ved tvillingefødsel, DZ387A ved anden flerfødsel).

Barnets fødselstidspunkt er før sygehuskontaktens start. For at barnets fødselstidspunkt bliver korrekt i Fødselsregisteret, skal sygehuset derfor tilbagedatere kontaktstart til det angivne fødselstidspunkt.

#### 12.3.5 Hjemmefødsel

En hjemmefødsel, det vil sige hvor barnet er kommet ud i hjemmet, indberettes af jordemoderen på en særlig papirblanket, der indeholder de obligatoriske obstetriske fødselsoplysninger vedrørende moder og barn.

Hvis barnet ved en fødsel, der er startet i hjemmet, ikke kommer ud i hjemmet, er det ikke en hjemmefødsel, og det er sygehuset, der skal foretage registrering og indberetning af fødslen – som født på sygehus eller født ”på vej”. De fødselsoplysninger, der evt. er registreret i hjemmet, skal medbringes ved indlæggelsen og medtages i indberetningen. Der skal ikke indsendes papirblanket i disse tilfælde.

Barnets fødselstidspunkt udledes i Fødselsregisteret af starttidspunktet for barnets fødselskontakt til sygehuset. Er barnet født før ankomst til sygehuset, skal sygehuset derfor tilbagedatere kontaktstart til det angivne fødselstidspunkt.

En hjemmefødsel, som efterfølgende fører til en akut indlæggelse, skal ikke registreres som en sygehusfødsel. Som aktionsdiagnose anvendes ofte en diagnose fra intervallet DO85-DO92 ’Komplikationer i barselsperioden’.

**Diagnose DZ37\* 'Resultat af fødsel' må i disse tilfælde ikke bruges som bidiagnose.**

Hvis der udelukkende er tale om pleje og evt. undersøgelse i forbindelse med normal barselsseng anvendes DZ39\* 'Barselpleje'. Barnet registreres som rask ledsager (indberettes ikke), hvis det ikke har nogen sygdomsproblemer.

I de tilfælde, hvor fødslen sker uden, at der er jordemoder- eller lægeassistance, skal fødselsanmeldelsen foretages af den jordemoder, der efterfølgende får kontakt til moder og barn. Sker det i hjemmet foretages blanket-anmeldelse.

### **12.3.6 Fødselsforløb over to sygehuskontakter**

I nogle tilfælde starter en fødsel på ét fødested men afsluttes på et andet (fx et specialafsnit). De obligatoriske obstetriske fødselsoplysninger for både moder og barn skal indberettes af det fødested, hvor barnet fødes. Hvis overflytning sker før barnets fødselstidspunkt, anvendes i den første kontakt som aktionsdiagnose en kode fra intervallet DO60\*-DO75\* 'Fødselskomplikationer'. Fødselsdiagnoserne DO80\*-DO84\* må ikke forekomme på den første kontakt.

Overflyttes moderen derimod til specialafdeling efter barnets fødsel, skal aktionsdiagnosen på den første kontakt være en fødselsdiagnose fra intervallet DO80\*-DO84\*, og komplikationen, der har ført til overflytningen, registreres som bidiagnose (DO60\*-75\*). Den nye kontakt (specialafdelingen) skal registrere komplikationen som aktionsdiagnose på moderen. Et rask barn registreres som rask ledsager (indberettes ikke).

### **Flerfoldsfødsel på flere sygehuskontakter**

I de tilfælde ved flerfoldsfødsler, hvor et barn (eventuelt flere) fødes på første kontakt, og et barn (eventuelt flere) fødes på en anden kontakt, skal de obstetriske fødselsoplysninger indberettes fra begge kontakter. Det vil sige, at oplysningerne vedrørende moderen indberettes to gange.

Pariteten er på begge kontakter lig med værdien for pariteten ved afslutning af den aktuelle graviditet, fx '1' ved begge fødsler i første graviditet.

### **12.3.7 Obligatoriske fødselsoplysninger**

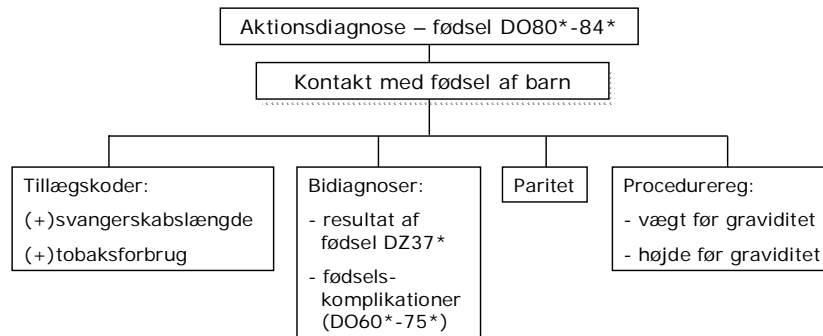
De obligatoriske obstetriske oplysninger indberettes for moderens vedkommende – jf. ovenstående eksempler – på den indlæggelseskontakt, hvor barnet er født. Dette omfatter alle levendefødte børn (alle børn med livstegn uanset gestationsalder) samt dødfødte børn efter 22. svangerskabsuge.



Der skal desuden for alle levendefødte børn indberettes en indlæggelseskontakt for barnet.

Kravene til diagnoseregistreringen og de øvrige fødselsoplysninger på moderens indlæggelseskontakt (fødselskontakt) er vist grafisk i figur 12.3.7 og skematisk i efterfølgende tabel

**Figur 12.3.7 Moders kontakt**



Registreringer vedrørende moderen

<b>Aktionsdiagnose</b>	DO80*-DO84*
<b>(+)tillægskoder til aktionsdiagnosen</b> svangerskabslængde ved barnets fødsel tobaksforbrug under graviditeten	(+)DUUnnDu (hele uger og dage) (+)DUT*
Bemærk at der er 3 værdier for ikke rygning, heraf 2 for ophørt rygning under graviditet. Vedr. tillægskodning vedr. misdannelser – se afsnit 12.5	
<b>Bidiagnoser</b> Resultat af fødsel Eventuelle komplikationer til fødslen	DZ37* DO60*-DO75*
Hvis der forekommer bidiagnoser ud over DA34*, DB20*-DB24*, DF53*, DO*, DS*, DT* eller DZ*, skal der samtidig være en bidiagnose i intervallet DO98*-DO99*	
<b>Specielt datafelt</b> paritet antallet af gennemførte svangerskaber, inklusive dødfødsler	01-20 eller U (uoplyst)
<b>I procedureregistreringen</b> vægt før graviditet (kg)  højde (cm)	ZZ0240 (Måling af patientvægt) (+)VPH* (talværdi) (+)DU0000 (før graviditet)  ZZ0241 (Måling af patienthøjde) (+)VPH* (talværdi) (+)DU0000 (før graviditet)
Det er ikke obligatorisk at indberette producent og proceduretidspunkt for højde og vægt før graviditet. Talværdierne vil altid være at finde i kvindens vandrejournal	
	Er vandrejournalen ikke tilgængelig registreres i stedet for talværdien: VV00005 'uoplyst'

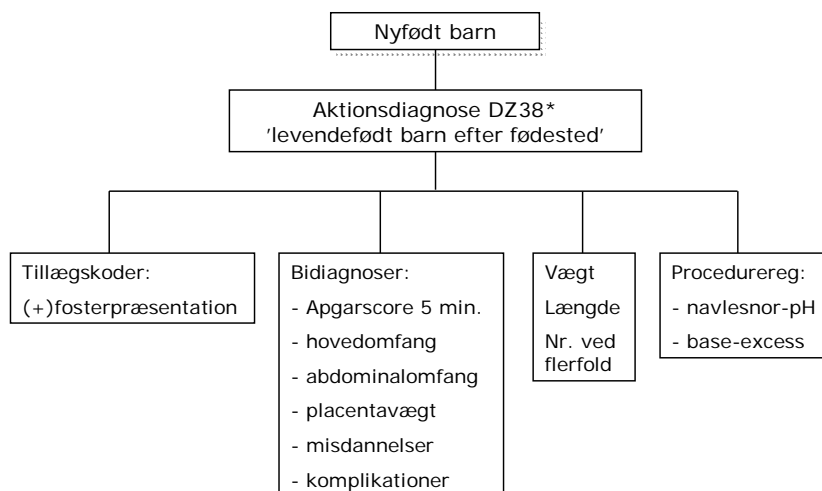
### 12.3.8 Obligatoriske fødselsoplysninger, barnets kontakt

Kravene til diagnoseregistreringen og de øvrige fødselsoplysninger på barnets kontakt ("fødselskontakt") er vist grafisk i figur 12.3.8 og skematisk i efterfølgende.

Der skal altid oprettes en indlæggelseskontakt for børn, der viser livstegn uanset gestationsalder.

Der skal ikke ske en indberetning vedr. barnet til LPR ved dødfødsel. I dette tilfælde indberettes oplysninger på særlig papirblanket.

**Figur 12.3.8 Barnets kontakt**



Registreringer vedrørende barnet

<b>Aktionsdiagnose</b>	DZ38*
(+)tillægskode til aktionsdiagnosen fosterpræsentation	(+)DUP*
<b>Bidiagnoser</b> Apgarscore ved 5 minutter Hovedomfang Abdominalomfang Placentavægt eventuelle misdannelser eventuelle komplikationer	DVA* DUH* DUA* DV* DQ* DP*
Ved tvillingefødsel registreres hver placenta for sig. Ved sammenhængende placenta registreres den totale vægt på hvert barn	
<b>Specielle datafelter</b> barnets fødselsvægt barnets fødselslængde barnets nummer ved flerfoldsfødsel	0000-9999 (angives i gram) 00-99 (angives i cm) A-F (v. enkeltfødsel registreres A)
<b>I procedureregistreringen</b> Navlesnors-pH  Base-excess fra navlesnor Målingerne skal indberettes, hvis de er udført	ZZ4232* (+)VPK* (talværdi)  ZZ4229* (+)VNK*/VPK* (talværdi)

Klassifikationer med koder, der anvendes i forbindelse med fødsler, kan ses på selskabets hjemmeside: [www.dsog.dk](http://www.dsog.dk)

## 12.4 Aborter

Anvendelse af betegnelsen ”abort” har med den teknologiske udvikling ændret sig. Tidligere var abort ensbetydende med svangerskabsafbrydelse. Dette er nu ikke altid tilfældet, idet graviditeten kan fortsætte efter abortering af et eller flere fostre, eller efter fødsel af et barn (flere børn).

Abort skal derfor i dag ses i forhold til det enkelte foster. Der er desuden sket en ændring af tidsgrænserne for, hvornår der tales om abort.

Begreb	Definition/beskrivelse
abort	abort af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger ( $\leq 21+6$ ) <b>Bemærkning:</b> Omfatter spontan og provokeret abort $< 22$ uger
spontan abort	spontan abort af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger <b>Bemærkning:</b> Efter 22 uger anvendes betegnelsen ”spontan fødsel af dødt barn”
provokeret abort	provokeret abort af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger

Se også definitionerne på dødfødsel og levendefødt barn i **afsnit 12.3**

Anvendelsen af termen ”abort” i diagnoseregistreringen er nu kun forbeholdt de situationer, hvor ”resultatet” er et foster uden livstegn inden fulde 22 svangerskabsuger.

Betegnelsen ”spontan abort” anvendes således kun inden uger 22+0. Herefter er der tale om fødsel af dødt barn.

Dette betyder, at

- hvis en abortprocedure resulterer i et barn med livstegn, betragtes dette som en fødsel af levendefødt barn, hvorfor der skal registreres fødselsdiagnose og foretages fuld fødselsanmeldelse  
Dette gælder uanset svangerskabslængde
- hvis en abortprocedure foretaget efter 22 svangerskabsuger ( $\geq 22+0$ ) resulterer i barnets død, dvs. at der ikke er livstegn, betragtes dette som fødsel af dødt barn og skal derfor indberettes som dødfødsel

#### 12.4.1 Spontan abort

Spontane aborter før fulde 22 svangerskabsuger registreres med en aktionsdiagnose fra DO03\* (se dog også DO00\*-DO02\* for patologisk graviditet og graviditet med abnormt svangerskabsprodukt) og med obligatorisk til-lægskode for svangerskabslængde.

Efter 22 uger er det altid dødfødsel. Dette inkluderer dog ikke kvittering af barn, der er klinisk påvist død intrauterint på et tidligere tidspunkt end fulde 22 uger, men hvor barnet først er ude efter 22 uger.

Svangerskabslængden skal i sådanne tilfælde registreres, som tidspunktet hvor fosterdød er klinisk påvist.

Se afsnit 12.5 om krav til tillægskodning vedr. misdannelser ved sene spontane aborter (efter 16 uger).

#### **12.4.2 Provokeret abort**

Vedr. de særlige situationer, hvor en abortprocedure resulterer i et barn med livstegn – se **afsnit 12.4.3**.

Vedr. abortprocedure udført efter fulde 22 svangerskabsuger – se **afsnit 12.4.4**.

Vedr. krav til tillægskodning vedr. misdannelser ved sen provokeret abort – se afsnit 12.5.

**En provokeret abort kan foregå enten ambulant eller under indlæggelse. Efter 22 uger er resultatet altid et barn, dvs. der er krav om fødselsanmeldelse, hvorfor kvinden skal være (administrativt) indlagt.**

På kontakten, hvor abortindgrebet finder sted, indberettes en aktionsdiagnose i intervallet DO04\*-DO06\* med obligatorisk tillægskode for svangerskabslængde. Der skal samtidig indberettes en operationskode fra KLCH\* (ved kirurgisk abort) eller en behandlingskode fra BKHD4\* (ved medicinsk abort).

Hvis en udredning finder sted på en selvstændig kontakt, skal der anvendes en relevant aktionsdiagnose til at beskrive kontakten, fx DZ324 'Uønsket graviditet'.

Hvis det samlede abortforløb finder sted i samme ambulatorium med flere ambulante besøg (fx udredning, selve indgrebet og en enkelt kontrolundersøgelse), vil det normalt blive registreret på én samlet ambulant kontakt.

Abortdiagnosen er aktionsdiagnose på denne kontakt.

Eventuelle komplikationer (DO08\*) opstået indenfor abortkontakten registreres som bidiagnoser.

#### **Registreringer ved provokeret abort**

<b>Kode</b>	<b>Beskrivelse</b>
DO04*-DO06* DO088J; DO088K **)	Aktionsdiagnose
evt. komplikationsdiagnose(r) (DO08*)	Bidiagnose(r)
(+)DUnnDu (hele uger og dage)	(+)tillægskode til aktionsdiagnosen: Svangerskabslængde

	tillægskodning vedr. misdannelser
KLCH*	Kirurgisk abortindgreb
BKHD4*	Medicinsk abort

\*\*) DO088J og DO088K kan anvendes som aktionsdiagnose ved fortsat graviditet efter mislykket kirurgisk indgreb hhv. mislykket medicinsk behandling

#### 12.4.3 Abortprocedure, der resulterer i barn med livstegn

Med baggrund i ”Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv.” vil der i sjældne tilfælde kunne opstå situationer, hvor en udført abortprocedure ikke fører til det forventede kliniske resultat, hvis barnet viser livstegn efter adskillelsen fra moderen.

I disse tilfælde skal barnet efter vejledningen betragtes som levendefødt. Moderen skal indlægges administrativt, og der skal foretages kompletfødselsanmeldelse via LPR.

Dette gælder uanset svangerskabslængde, og uanset hvor kort tid, der er livstegn. Et uafvendeligt døende barn er således også et levendefødt barn.

Der er oprettet særlige diagnosekoder til anvendelse som aktionsdiagnose på moderens fødselsindberetning i disse tilfælde – se følgende tabel.

Herudover skal indberetningen foretages som ved andre fødsler. Barnet skal tildeles et CPR-nummer.

Kode	Fødselsdiagnoser, der anvendes ved barn med livstegn efter udført abortprocedure, samt i alle tilfælde ved abortprocedurer udført efter fulde 22 svangerskabsuger (levendefødsel/dødfødsel)
DO836	Enkeltfødsel efter abortprocedure efter 12 uger
DO836A	Enkeltfødsel eft abortproc: (u samrådstil): Fare for kvinden
DO836B	Enkeltfødsel eft abortproc: Kvindens helbred
DO836C	Enkeltfødsel eft abortproc: Graviditeten eft lovovertredelse
DO836D	Enkeltfødsel eft abortproc: Arvelige anlæg
DO836E	Enkeltfødsel eft abortproc: Fare for barnet
DO836F	Enkeltfødsel eft abortproc: Omsorg v lidelse/begavelse
DO836G	Enkeltfødsel eft abortproc: Omsorg v ung alder/umodenhed
DO836H	Enkeltfødsel eft abortproc: Alvorlig belastning
DO836J	Enkeltfødsel eft abortproc: Særlig beskikket værge
DO836K	Enkeltfødsel eft abortproc: Ung alder (samtykke ej indhent)
DO836L	Enkeltfødsel eft abortproc: Ung alder (samtykke nægtet)

DO846	Flerfoldfødsel efter abortprocedure efter 12 uger
<b>Kode</b>	<b>Fødselsdiagnoser, der anvendes ved barn med livstegn efter udført abortprocedure, samt i alle tilfælde ved abortprocedurer udført efter fulde 22 svangerskabsuger (levendefødsel/dødfødsel)</b>
DO846A	Flerfødsel eft abortproc: (u samrådstil): Fare for kvinden
DO846B	Flerfødsel eft abortproc: Kvindens helbred
DO846C	Flerfødsel eft abortproc: Graviditet eft lovovertrædelse
DO846D	Flerfødsel eft abortproc: Arvelige anlæg
DO846E	Flerfødsel eft abortproc: Fare for barnet
DO846F	Flerfødsel eft abortproc: Omsorg v lidelse/begavelse
DO846G	Flerfødsel eft abortproc: Omsorg v ung alder/umodenhed
DO846H	Flerfødsel eft abortproc: Alvorlig belastning
DO846J	Flerfødsel eft abortproc: Særlig beskikket værge
DO846K	Flerfødsel eft abortproc: Ung alder (samtykke ej indhent)
DO846L	Flerfødsel eft abortproc: Ung alder (samtykke nægtet)

Hvis abortproceduren er startet på en ambulant kontakt, registreres abortproceduren på denne kontakt sammen med relevant abortaktionsdiagnose (DO05\*; DO061; DO063; DO065). Der skal desuden oprettes en indlæggelseskontakt (fødselskontakt) med starttidspunkt lig med fødselstidspunktet. Aktionsdiagnosen på denne kontakt er DO836\* eller DO846\* (6 karakterer obligatorisk), og der skal foretages komplet fødselsanmeldelse.

**Eksempel:**

Provokeret medicinsk abort i 20. uge uden samrådstilladelse pga. akut fare for kvinden. Barnet viser livstegn på trods af korrekt udført abortprocedure

<b>Ambulant kontakt</b>	<b>Indlæggelseskontakt</b>
<b>Aktionsdiagnose</b> (A)DO050 Abort-prov efter 12 uger u tilladelse: Fare for kvinden  <b>Procedure</b> BKHD45 Medicinsk induceret sen abort (prostaglandin)	<b>Aktionsdiagnose</b> (A)DO836A Enkeltfødsel eft abortproc: (u samrådstil): Fare for kvinden  <b>Bidiagnose</b> (B)DZ370 Et levendefødt barn + øvrige bidiagnoser og tillægskoder, der indgår i en fuld fødselsanmeldelse

**Eksempel:**

Hvis patienten (som ovenfor) allerede er indlagt til provokeret abort, vil den tilsvarende registrering være:



<b>Indlæggelseskontakt</b>
<p><b>Aktionsdiagnose</b> (A)DO836A Enkeltfødsel eft abortproc: (u samrådstil): Fare for kvinden</p> <p><b>Bidiagnose</b> (B)DZ370 Et levendefødt barn + øvrige bidiagnoser og tillægskoder, der indgår i en fuld fødselsanmeldelse</p> <p><b>Procedure</b> BKHD45 Medicinsk induceret sen abort (prostaglandin)</p>

I dette tilfælde ender kontakten som en fødselskontakt, og aktionsdiagnosen skal derfor være en (særlig) fødselsdiagnose. Abortdiagnose skal derimod ikke registreres i dette tilfælde.

#### **12.4.4 Abortprocedure udført efter fulde 22 svangerskabsuger**

Meget sene aborter efter 22 svangerskabsuger kan foretages i særlige tilfælde. Afhængigt af resultatet af den udførte abortprocedure skal dette betragtes som enten

- dødfødt barn, når der ikke er livstegn eller
- **levendefødt barn ved livstegn – se afsnit 12.4.3**

Under alle omstændigheder er der efter 22 uger – uanset arten af procedure, der er udført – tale om en fødsel.

#### **Moderen skal indlægges administrativt, og der skal foretages komplet fødselsanmeldelse via LPR**

Eventuelle misdannelser hos barnet indberettes på anmeldelsen af dødfødsel hhv. som bidiagnose(r) på barnets record ved levendefødt barn - se **afsnit 12.3.8.**

#### **12.4.5 Tidlig spontan fødsel**

Følgende situationer skal også betragtes og indberettes som fødsler:

- spontan fødsel af barn med livstegn – fødsel af levende barn  
Dette gælder uanset tidspunktet i svangerskabet
- spontan fødsel af barn uden livstegn efter fulde 22 svangerskabsuger – fødsel af dødt barn  
Med mindre der klinisk er påvist fosterdød før fulde 22 svangerskabsuger

Foster uden livstegn og klinisk påvist fosterdød før fulde 22 svangerskabsuger er spontan abort (aktionsdiagnose DO03\*) – se **afsnit 12.4.1**.

## 12.5 Misdannelser

I en række situationer - visse aborter – er det obligatorisk at indberette supplerende oplysninger vedrørende misdannelser. Dette skal ske ved:

- provokerede aborter i perioden 13-22. uge (inkl.) svangerskabsuge [12+0 – 21+6] på medicinsk indikation (§94.1.3) uden livstegn
- spontane aborter i perioden 17-22. uge (inkl.) svangerskabsuge [16+0 – 21+6]

I disse tilfælde skal kontaktens (moderens/kvindens) aktionsdiagnose udover tillægskode for svangerskabslængde have en tillægskode for 'misdannet foster', idet der klinisk skal tages stilling til, om misdannelse el. kromosomanomali er til stede.

Ved 'Misdannet foster bekræftet' (DUM01) og 'Mistanke om misdannelse hos foster' (DUM03) skal der yderligere være registreret mindst én tillægskode (DQ-kode) fra "Klassifikation af sygdomme", kapitel Q 'Medfødte misdannelser og kromosomanomalier'.

Der er ikke krav om tillægskodning, når resultatet er et levende barn (+livstegn). I disse tilfælde vil misdannelser blive registreret på barnet.

Ved abortprocedure udført efter 22 svangerskabsuger, hvor resultatet er enten et dødfødt barn eller et levendefødt barn, skal eventuelle misdannelser hos barnet indberettes på anmeldelsen af dødfødsel hhv. som bidiagnose på barnets fødselsanmeldelse – se tabel 12.3.8.

Registrering af misdannet foster og kromosomanomalier

Aktionsdiagnose	Situation
DO053 eller DO054	Provokeret abort på medicinsk indikation >12 uger og <22 uger dvs. [12+0 – 21+6]
DO03	<b>eller</b> Spontan abort >16 uger og <22 uger dvs. [16+0 – 21+6]

<b>Tillægskoder til aktionsdiagnosen</b>	
(+)DUUnDu hele uger og dage	svangerskabslængde
(+)DUM01 misdannelse bekræftet	misdannet foster/barn inklusiv kromosomanomali
(+)DUM02 misdannelse afkræftet	til DUM01 og DUM03 skal der yderligere registreres tillægskode(r) for specifik misdannelse
(+)DUM03 mistanke om misdannelse	
(+)DUM09 misdannelse uoplyst	
(+)DQ* medfødte misdannelser og kromosomanomalier	

## 12.6 Angivelse af svangerskabslængde

Svangerskabslængden angives som fuldenkte uger plus dage, som foreligger på tidspunktet for ambulant besøg eller indlæggelse under graviditet eller for tidspunkt for abort eller fødsel med en SKS-tillægskode (+)DUUnDu (hele uger og dage).

Svangerskabslængde valideres kun på afsluttede kontakter og angives obligatorisk til følgende aktionsdiagnoser:

<b>Aktionsdiagnose</b>	<b>Situation</b>
DO00*-DO02*	Patologisk svangerskab/ svangerskabsprodukt
DO03*	Spontan abort
DO04*-06*	Provokeret abort (medicinsk og kirurgisk)
DO80*-DO84*	Fødsel

**Eksempel:**  
obligatorisk tillægskodning

Kode	Kodetekst
(A)DO800	Spontan enkeltfødsel med hovedpræsentation
(+)DU38D6	38 svangerskabsuger + 6 dage

Følgende værdier, som kan anvendes i relevante tilfælde, er medtaget i tillægsklassifikationen for svangerskabslængde:

Kode	Kodetekst
DU0000	før graviditet
DU99DX	svangerskabsuge ikke kendt, termin usikker
DU99DY	efter fødslen (post partum)

**Eksempel:**  
ikke-obligatorisk tillægskodning

Kode	Kodetekst
(A)DO142	Hellp-syndrom
(+)DU99DY	efter fødslen (post partum)

## 13 Anmeldelse til Cancerregisteret

Dette kapitel omhandler de særlige regler, der gælder for obligatorisk anmeldelse af kræft og visse andre sygdomme til Cancerregisteret. Anmeldelsen bygger på internationale principper for kræftregistre, og Cancerregisteret er et incidensregister, dvs. at fokus er på starten af sygdomsforløbet.

Begreb	Definition/beskrivelse
anmeldelsespligtig sygdom (til Cancerregisteret)	sygdom, hvor der gælder særlige krav om indberetning til Cancerregisteret

Det er vigtigt, at anmeldelsen kvalificeres så detaljeret muligt i forhold til incidenstidspunktet. Dette betyder blandt andet, at en tidligere anmeldelse på den udredende kontakt skal følges op på den umiddelbart efterfølgende behandlingskontakt, hvis det fx i forbindelse med operationen viser sig, at diagnosen eller udbredelsen er blevet kvalificeret i forhold til det tidligere anmeldte.

### 13.1 Klassificeringsprincipper (WHO)

Der skal generelt altid angives den (de) bedst specificerede diagnose(r). Dette er helt afgørende for kvaliteten af Cancerregisteret (CAR). Anmeldelsespligtige diagnoser (neoplasier samt dysplasi i livmoderhals) klassificeres efter ICD-10-klassifikationen inden for de overordnede grupper, som vist i følgende skema.

En komplet, detaljeret oversigt over de anmeldelsespligtige diagnoser findes i **afsnit 13.2.1**.

Oversigt klassifikationsgrupper

Kode	Kodetekst
Godartede tumorer Neoplasma benignum	DD301-309; DD32; DD33; DD352; DD353; DD354
Carcinoma in situ (CIS)	DD05; DD06; DD090; DD091
Primær (ondartet) kræft Neoplasma malignum	DC00-76; DC80; DC81-96 inklusive HIV infektion medførende ondartet svulst DB21
Metastaser	DC77-79

	<b>Bem.:</b> Koderne i dette kodeafsnit anvendes som supplerende koder til at angive metastaser efter lokalisation– se <b>afsnit 13.2.2</b>
Neoplasi af usikker eller ukendt karakter	DD37-48 <b>Bem.:</b> Når det på det foreliggende grundlag ikke vides, om tumor er benign, CIS eller malign (primær eller sekundær)
Dysplasi i livmoderhals Dysplasia cervicis uteri	DN87
Mola (vandblære)	DO01

Det er meget ofte tilfældet, at diagnosen kan stilles alene på det kliniske billede – ved operation, ved indvækst, ved metastasering, ved billeddiagnostik, på baggrund af patientens symptomatologi, prøvesvar i øvrigt eller kombinationer heraf.

I andre tilfælde vil en endelig bekræftelse være betinget af først og fremmest patologi-svar (histologi).

Hvis patienten udskrives, før et endeligt eller konfirmerende svar foreligger, vil det være korrekt som aktionsdiagnose at registrere:

- ved sikker klinisk malignitet: DC-kode (efter lokalisation) for udgangspunktet for cancersygdommen med tilhørende anmeldelse – se de følgende underafsnit vedr. kodning af primærtumor, påvist metastase og ukendt primærtumor
- ved sikker klinisk carcinoma in situ (CIS): DD00-09 kode; nogle er anmeldelsespligtige
- ved sikker klinisk benign tumor: DD10-36 kode; nogle er anmeldelsespligtige
- ved sikker neoplasi uden mulig nærmere klinisk specificering af benign, CIS eller malign på det foreliggende grundlag: DD37-48 kode for ”Svulst af usikker eller ukendt karakter”. Disse diagnoser er alle anmeldelsespligtige
- ved tumor uden sikker viden om neoplasi eller ej, men hvor den tungeste kliniske sandsynlighed er ”cancer”: DZ031\*-kode for ”Mis-

tanke om kræft(type)”

Fuld opdatering af kontaktens diagnoser er afgørende for, at kræftsygdommen får den korrekte (tidligste) diagnosedato i CAR.

Dette gælder ikke mindst også opdatering af ”obs. pro” ved bekræftelse af anmeldelsespligtig sygdom til stede inden patientkontaktens færdigregistrering.

Se yderligere i **afsnit 9.2.3** og **9.5.1**

### **13.1.1 Kodning af primær kræft**

Den primære kræftsygdom klassificeres generelt efter WHO’s ICD-10 klassifikation efter **lokalisationen** (organ) for udgangspunktet af tumoren efter kodeafsnittene DC00-76 og DC80.

Der er dog særlige kodeafsnit for:

- hæmatologiske kræftformer – lymfomer og leukæmier klassificeres efter **type** i kodeintervallet DC81-96 (+ tillægskode for lokalisation)
- Kaposi sarkom DC46, underinddelt efter lokalisation
- hudkræft - maligne melanomer DC43 og non-melanom hudkræft DC44 - underinddelt efter lokalisation med undtagelse af hudkræft (melanomer/non-melanomer) lokaliseret til ydre kønsorganer, der altid skal klassificeres efter den primære lokalisation i kodegrupperne:  
DC51 ydre kvindelige kønsorganer  
DC52 skede  
DC60 penis  
DC63 andre og ikke spec. mandlige kønsorganer
- ukendt primærtumor DC809

Det er vigtigt, disse principper følges. Hvis lymfomer, leukæmier og metastaser fejlagtigt klassificeres som ”primær kræft” efter lokalisation, vil der blive oprettet nye forkerte kræfttilfælde i CAR.

#### **Eksempler:**

Et lymfom lokaliseret til tyndtarm skal ikke klassificeres som ”kræft i tyndtarm”, men som ”lymfom af den givne type” (DC81-90).

Lokalisationen angives ved tillægskode, fx DC844F Lymfoepiteloidt lymfom (+)T000695 tyndtarm

En læbecancer skal klassificeres til (DC00) ”Kræft i læbe” ved ikke-hud morfologi (fx adenokarcinom), hvorimod en hudkræft i lokaliseringen læbe

skal klassificeres som "hudkræft" (DC43/44, afhængig af morfologi), DC440 "Hudkræft på læbe" og DC430 "Malignt melanom i hud på læbe"

Et malignt melanom lokaliseret til vulva skal klassificeres til (DC51) "Kræft i ydre kvindelige kønsorganer", fx DC510 "Kræft i stor kønslæbe"

Carcinomatosis uden kendt primærtumor klassificeres som DC798

Ukendt primærtumor uden erkendte metastaser DC809

### **13.1.2 Kodning ved metastaser**

Det bemærkes i klassifikationsoversigten, at metastaser klassificeres særskilt (DC77-79). Princippet (WHO) er, at der ved kendt primærtumor og metastase til andet organ skal registreres i alt 2 koder for kræftsygdom og metastase. Metastaser klassificeres efter metastasens lokalisation.

Ved fund af metastase uden kendt primærtumor, registreres kun diagnosekode for metastase som aktionsdiagnose.

Se yderligere vedrørende registrering i **afsnit 13.2.4.1** med underafsnit.

### **13.1.3 Kodning ved lokalrecidiv**

Lokalrecidiv kan opstå i samme lokalisation som primærtumor eller i en nabolokalisation.

Dette gælder også ved direkte indvækst i andre organer. En indvækst af en urinblærecancer i tyktarmen er således fortsat en blærecancer (ikke en coloncancer!)

Der er ikke (som der er ved metastaser) særlige koder for lokale og regionale recidiver, der derfor kodes ligesom den oprindelige primærtumor.

### **13.1.4 Flere kræftsygdomme (multipel kræft)**

I nogle tilfælde findes hos den samme patient flere samtidige anmeldelsespligtige sygdomme. Disse betragtes og anmeldes hver for sig.

Den tidligere kode (DC979) for multiple cancere kan ikke længere anvendes.

I sjældne tilfælde kan det på det foreliggende grundlag ikke afgøres, om der er tale om en eller flere sygdomme. Hvis der er klinisk belæg for flere selvstændige primære tumorer, anmeldes disse hver for sig, som angivet ovenfor, men i nogle tilfælde vil det ikke kunne afgøres, om de forskellige manifestationer er primære eller sekundære, og hvor de oprindeligt stammer fra (primærtumor). I sådanne tilfælde anvendes DC809 "Kræft uden specifikation og uden angivelse af lokalisation" (ukendt primærtumor), og denne anmeldes til Cancerregisteret.



Ved multipel spredt kræft uden klinisk kendskab til specificeret primær(e) tumor(er) anvendes DC798 'Metastase i anden eller uspecificeret lokalisati-on' (inklusive carcinomatosis DC798A).

### **13.2 Anmeldelsespligtig sygdom**

Ud over diagnose(r) og anmeldelsesstatus er det ved nyanmeldelse obligato-risk at registrere diagnosegrundlaget, stadium for sygdommen, sideangivelse for parrede organer og for visse diagnoser også anatomisk lokalisati-on. Disse oplysninger indberettes som tillægskoder til den enkelte anmeldelsespligtige diagnosekode.

I "Bekendtgørelse om lægers anmeldelse til Cancerregisteret af kræftsyg-domme m.v.", BEK nr. 1036 af 27. aug. 2010 beskrives anmeldelsesproce-duren, og sygdommene afgrænses. Bekendtgørelsen findes på Cancerregiste-rets hjemmeside.

**Anmeldelsespligten påhviler de ansvarlige overlæger ved hospitals-afdelinger, der første gang diagnosticerer, kontrollerer eller behandler et anmeldelsespligtigt sygdomstilfælde på afdelingen.**

Anmeldelsespligten omfatter alle førstegangs kontakter på afdelingen vedrø-rende den anmeldelsespligtige sygdom, og **indtil sygdommen er fuldt an-meldt**, uanset om denne tidligere er anmeldt af andre afdelinger.

**Der skal foretages fuld anmeldelse af sygdommen, også selvom anden afdeling overtager patientens videre behandling.**

**Afdelinger, der har rekvireret patoanatomiske undersøgelser, betragtes som diagnosestillende, hvilket stiller krav om anmeldelse til CAR, hvis svaret foreligger inden kontaktafslutning.**

Diagnoseregistreringen og dermed anmeldelsen til Cancerregisteret er kli-nisk i bredeste forstand, dvs. baseres på klinikerens samlede vurdering af klinik, patologi og billeddiagnostik mv. Det er vigtigt, at der er overens-stemmelse mellem patientregistreringen og journalens diagnoser, epikrise og eventuelt dødsattest.

#### **13.2.1 Anmeldelsespligtige diagnoser**

De anmeldelsespligtige diagnoser er vist i tabel 13.2.1. Det ses, at der ikke udelukkende er tale om kræftsygdomme, men også om kræftrelaterede syg-domme og neoplasi af usikker eller ukendt karakter, carcinoma in situ (CIS i visse organer), visse godartede tumorer samt dysplasi i livmoderhals (cervix uteri).

Anmeldelsespligtige diagnoser anvendt som aktions- eller bidiagnose på patientkontakten giver anledning til yderligere registreringskrav. Dette er beskrevet i **afsnit 13.3** og følgende afsnit.

Ud over registrering af diagnose(r) er det obligatorisk at indberette visse undersøgelses- og behandlingsprocedurer bl.a. kemo- og stråleterapi – se **afsnit 10.9.5**.

Anmeldelsespligten omfatter ifølge bekendtgørelsen om lægers anmeldelse til Cancerregisteret også

- progression af prækrankrøse forandringer eller carcinoma in situ til invasiv vækst – se i det følgende
- revision af tidligere anmeldt forkert diagnose med genindberetning - se **afsnit 13.6**

Det første punkt betyder, at man i de tilfælde, hvor fx en tidligere anmeldt carcinoma in situ forandring progredierer til invasiv kræft, skal foretage en fuld nyanmeldelse, idet det betragtes som en ny sygdom i anmeldelses-sammenhæng.

Tabel 13.2.1

Kode	Anmeldelsespligtige diagnoser
DB21*	HIV-sygdom med neoplastisk sygdom
DC00*-DC14*	Kræft i læbe, mundhule og svælg
DC15*-DC26*	Kræft i mave-tarmkanal
DC30*-DC39*	Kræft i åndedrætsorganer og organer i brysthule
DC40*-DC41*	Kræft i knogle og ledbrusk
DC43*-DC44*	Modermærkekræft i hud og anden hudkræft
DC45*-DC49*	Kræft i mesotel, bindevæv og andet bløddelsvæv
DC50*	Brystkræft
DC51*-DC58*	Kræft i kvindelige kønsorganer
DC60*-DC63*	Kræft i mandlige kønsorganer
DC64*-DC68*	Kræft i nyre og urinveje
DC69*-DC72*	Kræft i øje, hjerne og andre dele af centralnervesystemet
DC73*-DC75*	Kræft i skjoldbruskkirtel og andre endokrine kirtler
DC76*-DC80*	Kræft med dårligt specificerede, sekundære og ikke spec. lokalisationer
DC81*-DC96*	Kræft i lymfatisk og bloddannede væv
DD05*	Carcinoma in situ i bryst
DD06*	Carcinoma in situ i livmoderhals
DD090*	Carcinoma in situ i urinblæren
DD091*	Carcinoma in situ med anden og ikke spec. Lokalisation i urinveje
DD301-309	Godartede tumorer i urinveje (ekskl. nyre)
DD32*	Godartede tumorer i hjernehinder og rygmarvshinder
DD33*	Godartede tumorer i hjerne og andre dele af centralnervesystemet
DD352*	Godartede tumorer i hypofysen
DD353	Godartede tumorer i ductus craniopharyngeus
DD354	Godartede tumorer i corporis pinealis
DD37*-DD48*	Tumorer af usikker eller ukendt karakter
DN87*	Celleforandring i slimhinde på livmoderhals (dysplasi)
DO01*	Blæremola

**Bemærk:**

- DC97\* 'Kræft opstået uafhængigt i flere lokalisationer' er udgået som selvstændig klassificeret kategori pr. 31.12.2010. Se afsnit 13.2.4 vedrørende kodning ved multipel kræft og carcinomatosis.

- DD076(T) CIS i testis er ikke længere anmeldelsespligtig

Oversigtsskemaet (figur 13.2.1) giver et overblik over de tilstande og situationer, der skal anmeldes som ”ny anmeldelsespligtig sygdom” efter retningslinjerne beskrevet i de følgende afsnit.

Enhver **førstegangsdiagnosticering** og enhver **progression** dvs. trin til højere i oversigten fra én type til en højere skal hver især udløse en fuld nyanmeldelse dvs. med anvendelse af anmeldelsesstatus AZCA1 med tilhørende tillægskodning.

Ved senere fund af samme eller lavere type, **som udtryk for samme sygdom**, skal der **ikke** nyanmeldes. I disse tilfælde anvendes anmeldelsesstatus AZCA4 ”tidligere fuldt anmeldt af afdelingen”.

Der skal altså fx nyanmeldes ved fx fund af malign blæretumor med tidligere anmeldt benign blæretumor.

Ved samtidige fund af højere og lavere type inden for **samme morfologiske gruppe** i samme organ, anmeldes kun den højeste med status AZCA1. Den anden diagnose registreres med status AZCA4. Dette ses hyppigst ved uroepiteliale tumorer i urinblæren og de øvrige urinveje.

**Ved samtidige fund af flere anmeldelsespligtige tumorer tilhørende forskellige morfologiske grupper, skal hver tumor altid anmeldes selvstændigt.**

Recidiv (**afsnit 13.2.4.1**) af samme type, lokalt og regionalt, samt metastasering betragtes som samme anmeldelsespligtige sygdom og skal **ikke** nyanmeldes, hvis afdelingen tidligere har anmeldt sygdommen.

**Figur 13.2.1 Anmeldelsespligt i forhold til organlokalisering og tumor-type**

	dysplasi	benign	neoplasi af usikker og ukendt karakter#	carcinoma in situ (CIS)	malign
livmoderhals	+	-	+	+	+
bryst	-	-	+	+	+
nyre	-	-	+	+	+
nyrebækken	-	+	+	+	+
urinleder	-	+	+	+	+
urinblære	-	+	+	+	+
urinrør	-	+	+	+	+
urinveje u. spec.	-	+	+	+	+
hjerne/rygmarvshinder	-	+	+	-	+
hjerne/CNS	-	+	+	-	+
hypofyse	-	+	+	-	+
ductus craniopharyngea	-	+	+	-	+
corpus pinealis	-	+	+	-	+
alle andre	-	-	+	-	+

# Vedr. ”neoplasi af usikker og ukendt karakter” – se også **afsnit 13.1**

### 13.2.1.1 Kræftsygdom i parrede organer

Det er altid en klinisk afgørelse, hvad der betragtes som en selvstændig og dermed ny anmeldelsespligtig sygdom. De kliniske retningslinjer på det givne område bør altid følges, herunder også, hvorvidt en ny modsidig tumor i parret organ betragtes som selvstændig sygdom.

Generelt vil tumorer med forskellig morfologi normalt være forskellige sygdomme, der således anmeldes hver for sig, fx småcellet lungekræft og ikke-småcellet lungekræft og adenokarcinom og planocellulært karcinom i slimhinde inden for samme lokalisering.

Vedrørende krav om specificering af lateraliteten, se **afsnit 13.4.3**

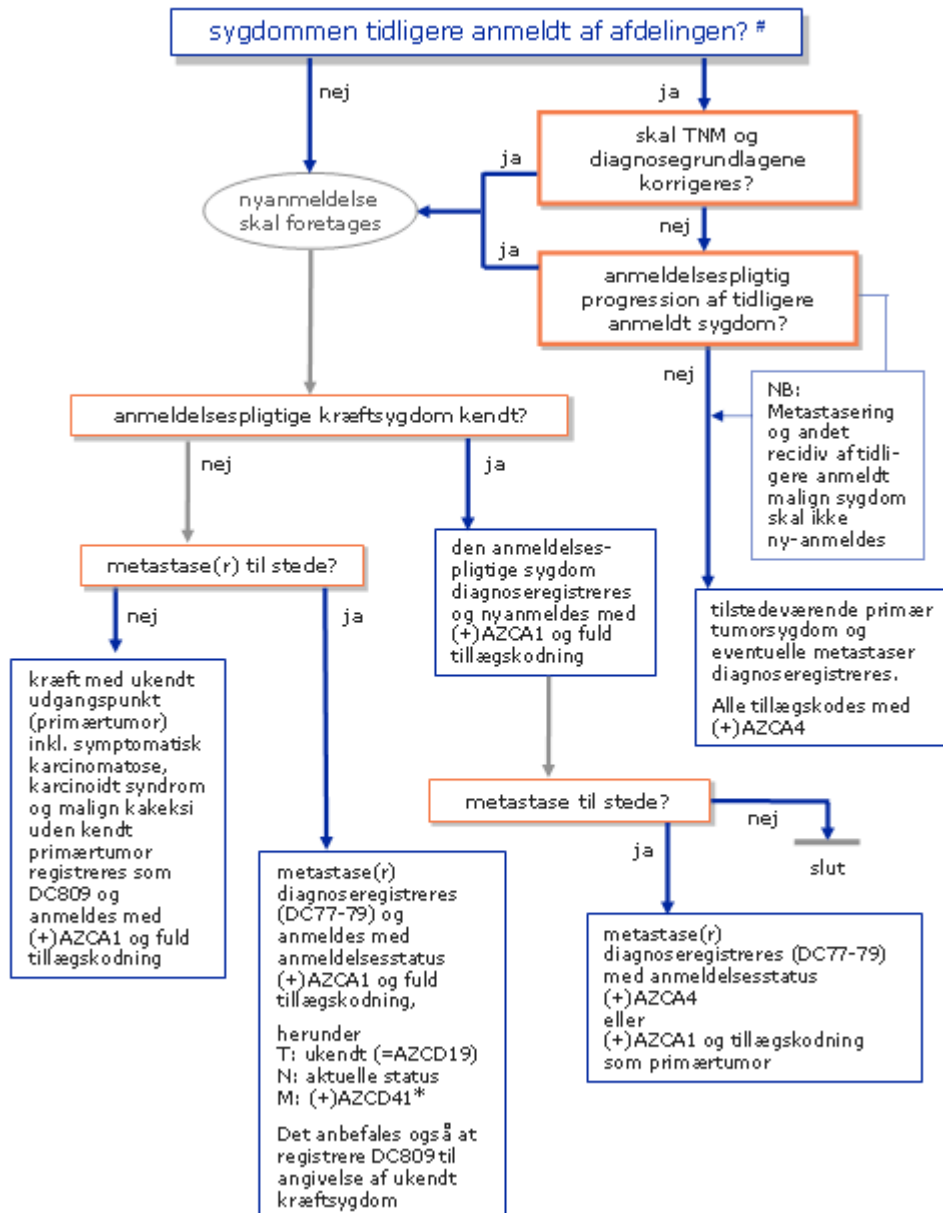
### **13.2.2 Registrering og indberetning af anmeldelsespligtig sygdom**

Indberetningen til Landspatientregisteret relaterer sig til patientens enkelte kontakt med sundhedsvæsenet.

De følgende afsnit er eksempler på forskellige kontakter i forløbet af cancersygdom.

Der forekommer ofte flere ambulante kontakter og indlæggelser på forskellige afdelinger i forbindelse med udredning, behandling og efterfølgende kontrol og evt. efterbehandling.

Figur 13.2.2 Registrering og indberetning af anmeldelsespligtig sygdom



Det er den enkelte afdeling, der har en kontakt med en patient med en anmeldelsespligtig diagnose, der er registrerings- og indberetningspligtig.

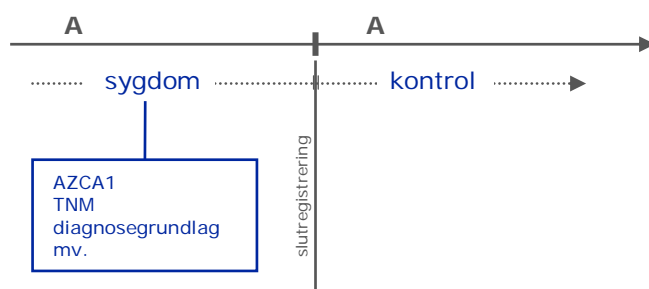
De diagnoser, der er registreret på kontaktens afslutningstidspunkt, vil i LPR optræde som gældende for hele kontakten. I LPR er der ikke historik på diagnoser inden for den enkelte kontakt, så kun de sidst registrerede diagnoser med tillægskodninger (herunder anmeldelsesstatus) kan ses, og det er disse oplysninger, der indgår i Cancerregisteret.

### 13.2.2.1 Sygdom og kontrol på særskilte kontakter

Hvis en patient bliver behandlet for en anmeldelsespligtig sygdom i en ambulant kontakt, og den sidst registrerede aktionsdiagnose på kontakten er en kontroldiagnose, vil det i LPR se ud, som om hele kontakten har drejet sig om ”kontrol”.

**Derfor skal behandlingskontakten afsluttes, og der skal oprettes en ny ambulant kontakt for kontrolperioden, når sygdommen ikke længere er klinisk til stede.**

**Figur 13.2.2.1 Sygdom og kontrol på kontakter**



### 13.2.2.2 Opkvalificering af kontaktens diagnoser og tillægskoder ved slutregistrering

Aktionsdiagnosen og evt. øvrige diagnoser skal valideres ved kontaktafslutning således, at den er beskrivende for kontakten – se afsnit 13.1 vedr. klassificering. Patienten må aldrig have diagnoser, der ikke er klinisk belæg for, og som ikke har en klinisk relevans ved den aktuelle kontakt.

Der kan inden slutregistreringen være fremkommet nye eller supplerende svar på undersøgelser, der afklarer patientens diagnoser. Typiske eksempler

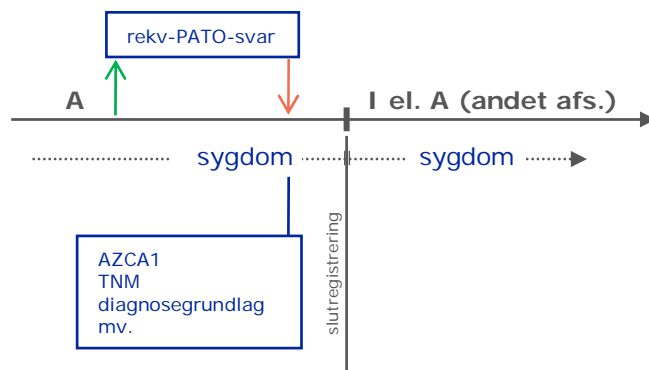


er patologisvar, der bekræfter mistænkt malignitet, der foreløbigt er registreret som 'Obs. pro'-diagnose, og patologisvar og billeddiagnostiske svar, der justerer udbredelsen af allerede registreret malign tumor, hvor den registrerede TNM-tillægskodning på baggrund af de nye oplysninger ikke er korrekt.

Registreringerne opkvalificeres på det aktuelt foreliggende grundlag, inden slutregistrering og indberetning (med anmeldelse) foretages.

**I alle tilfælde, hvor en afdeling har rekvireret patologi eller anden undersøgelse, der bekræfter (eller justerer) anmeldelsespligtig sygdom inden kontaktafslutning, er afdelingen at betragte som diagnosestillende, og der skal foretages fuld anmeldelse af sygdommen fra afdelingen, også selvom anden afdeling overtager patientens behandling.**

**Figur 13.2.2.2 Opkvalificering af kontaktens diagnose og tillægskoder ved slutregistrering**



Det anbefales derfor, hvis det er muligt, at lade den ambulante kontakt være åben, indtil svarene foreligger, og patienten informeres om diagnosen.

### 13.2.2.3 Uventet sektionsfund

Anmeldelse af kræft som uventet sektionsfund vil normalt blive foretaget fra den patologiske afdeling. Hvis der ikke var klinisk kendt eller mistænkt kræftsygdom på dødstidspunktet, behøver afdelingen ikke at afvente obduktionens resultat. Afdelingen registrerer blot det kliniske billede, som det så ud før døden.

#### 13.2.2.4 Utlisigtet overskrivning i det patientadministrative system

Man skal ved slutregistreringen under alle omstændigheder være opmærksom på, at anmeldelsen til Cancerregisteret som sådan (AZCA1 + tillægskodninger) ikke overskrives med AZCA4 (tidligere anmeldt), da der herved ikke vil ske anmeldelse til CAR ved indberetningen efter færdigregistrering af kontakten.

#### 13.2.3 Kodning under udredning for anmeldelsespligtig sygdom

Diagnosen for en anmeldelsespligtig sygdom må ikke registreres som aktions- eller bidiagnose, før sygdommen er klinisk verificeret. Indtil da kan diagnosekode(r) fra afsnit DZ03\* 'Lægelig observation for og vurdering af personer mistænkt for sygdom' anvendes. Dette inkluderer "ikke afkræftet" (fortsat mistanke) og "afkræftet mistanke" (ej befundet).

Der er blandt andet til brug for registrering i pakkeforløb oprettet en række DZ031-underkoder til nærmere angivelse af den tilstand, der udredes for. Koderne kan ses under "Klassifikation af sygdomme".

##### Eksempel:

Kode	Kodetekst
(A)DZ031J	Observation pga. mistanke om ondartet svulst i prostata

Hvis der ønskes yderligere specificering, og der ikke findes en specificeret kodemulighed, kan der registreres med DZ03-kode og tillægskode for sygdommen, der udredes.

##### Eksempel:

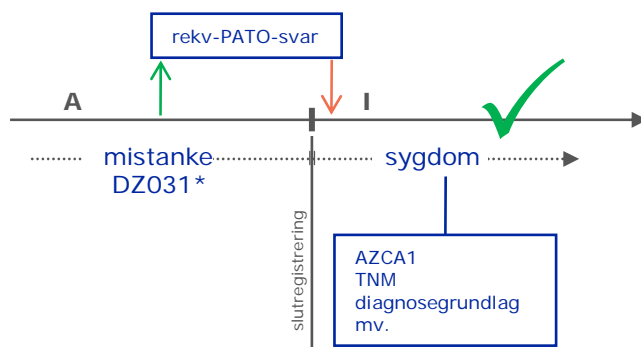
Kode	Kodetekst
(A)DZ031	Observation pga. mistanke om ondartet svulst
(+)DC750	neoplasma malignum glandulae parathyroideae

Obs. pro-registrering anvendes i udredningsperioden fra mistanke om en anmeldelsespligtig sygdom er rejst, til denne er klinisk af- eller bekræftet. Denne registrering udløser ikke krav om anmeldelse.

Hvis den anmeldelsespligtige diagnose stilles klinisk inden kontaktafslutning, skal dette selvfølgelig afspejles i kontaktens slut-diagnose(r) med tilhørende anmeldelse til Cancerregisteret.

Hvis diagnosen derimod ikke kan stilles på tidspunktet for afslutning af den ambulante kontakt, skal anmeldelse til Cancerregisteret ske på den efterfølgende svar-/behandlingskontakt.

**Figur 13.2.3 Kodning under udredning for anmeldelsespligtig sygdom**



Hvis patienten af en eller anden grund udebliver fra den planlagte efterfølgende stationære svar- og behandlingskontakt, foretages anmeldelse ved genåbning af den oprindelige ambulante kontakt, diagnosen ændres til den nu bekræftede, der foretages anmeldelse til Cancerregisteret, og patientkontakten genindberettes.

Er der tvivl om, hvorvidt tumorsygdommen er malign, CIS eller benign, anvendes den relevante kode fra intervallet DD37-DD48 'Tumorer af ukendt eller usikker karakter', der også er anmeldelsespligtige.

### 13.2.4 Udvikling i en anmeldelsespligtig sygdom

Udviklingen i en anmeldelsespligtig sygdom afspejles i registrering og indberetning til LPR i forbindelse med de enkelte sygehuskontakter. Det betyder, at den samme sygdom kan repræsenteres af forskellige diagnoser og diagnosekoder på forskellige tidspunkter og på forskellige kontakter i sygdommens forløb.

#### Eksempler:

Udvikling i aktionsdiagnose

Kode	Kodetekst
(A)DZ038E	Observation pga. mistanke om tumor UNS
>(A)DC761	Kræft i thorax uden nærmere specificeret lokalisation
>(A)DC349	Kræft i lunge UNS

	Senere udvikling til levermetastaser af samme sygdom>
(A)DC343	Kræft i lungens nederste lap
(B)DC787	Metastase i leveren

Eksempel på udvikling i aktionsdiagnose under udredning

Kode	Kodetekst
(A)DC809	Kræft uden specifikation og uden angivelse af lokalisation (ukendt primærtumor)
>(A)DC229	Kræft i leveren UNS
>(A)DC220	Hepatoblastom

Tilkomst af metastaser og andre former for recidiv og spredning af tidligere anmeldt kræftsygdom er ikke i sig selv anmeldelsespligtig.

#### 13.2.4.1 Recidiv (metastase)

Begreb	Definition/beskrivelse
recidiv	tilbagefald af sygdom efter periode med komplet eller partiel remission

Recidiv dækker alle former for tilbagefald af neoplastisk sygdom, herunder lokalrecidiv, udvidet lokal og regional indvækst og spredning samt egentlig metastasering.

Hvis patienten tidligere har været canceranmeldt for den samme sygdom af samme afdeling, anvendes anmeldelsesstatus AZCA4 'Sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen'. Recidiv betragtes som samme anmeldelsespligtige sygdom, også selv om diagnosekoderne ikke nødvendigvis er identiske.

#### Eksempel:

Fund af lokalrecidiv i hud på bryst og skulder efter tidligere behandlet brystkræft på samme afdeling. Der skal ikke foretages ny anmeldelse.

Kode	Kodetekst
(A)DC508	Brystkræft overgribende flere lokalisationer

(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
----------	---

Læg mærke til, at selvom lokaliseringen er huden, er dette ikke en hudkræft, men derimod fortsat en brystkræft, også selvom primærtumor er fjernet tidligere

**Eksempel:**

Fund af lungemetastaser fra brystkræft tidligere anmeldt fra afdelingen

Kode	Kodetekst
(A)DC780	Metastase i lungen
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
(B)DC501	Brystkræft i den centrale del af mamma
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Fremkomst af cancer efter tidligere (behandlet) carcinoma in situ eller anden prækrankrøs forandring betragtes som ny anmeldelsespligtig sygdom, som beskrevet i **afsnit 13.2.1**.

Dette omfatter kræft i bryst, livmoderhals og urinveje (urinleder, urinblære og urinrør).

Endvidere gælder det generelt, at enhver ny forekomst af invasiv kræftsygdom uanset morfologisk type altid skal nyanmeldes, også selvom der tidligere har været anmeldt en (anmeldelsespligtig) benign tumor i samme lokalisation – se **afsnit 13.2.1**.

**13.2.4.2 Metastaser**

**Der skal ifølge WHO's generelle kodeprincipper altid registreres koder for både primær kræftsygdom (= klassificeret primærtumor) og metastase.**

**Nyanmeldelsen (+AZCA1 mm.) knyttes altid til diagnosekoden for den primære kræftsygdom.**

Se dog videre i dette afsnit vedrørende fund af metastase uden kendt primærtumor.

Vedrørende kodning af lokale og regionale recidiver – se **afsnit 13.1.3**.

Hvis sygdommen er metastaseret på diagnosetidspunktet (nyt incident tilfælde), dvs. at sygdommen ikke er anmeldt før fra afdelingen, anvendes såvel kode for 'metastase i lokalisation' samt kode for kræftsygdommen, dvs. primærtumors udgangspunkt (lokalisering).

Hvis ikke sygdommen har været anmeldt fra afdelingen tidligere, anmeldes primærtumor fuldt med anmeldelsesstatus AZCA1 med efterfølgende krav om tillægskodning. Metastasekoden kan registreres med de samme tillægskoder (AZCA1 mm.) som primærtumor eller eventuelt med anmeldelsesstatus AZCA4 (uden yderligere tillægskoder), hvorved de samme tillægskoder ikke behøver at registreres 2 gange.

**Eksempel:**

Ny anmeldelsespligtig sygdom, der er metastaseret på diagnosetidspunktet

Kode	Kodetekst
(A)DC155	Kræft i spiserørets nederste tredjedel
(+)AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen (+) tillægskoder for stadium, diagnosegrundlag mm.
(B)DC787	Metastase i leveren
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Ved fund af metastase, hvor der ikke er sikker klinisk eller patologisk relation til en kendt primærtumor, samt ved ukendt primærtumor, skal fundet opfattes som en ny anmeldelsespligtig sygdom, og der skal foretages nyanmeldelse af metastase-koden med anmeldelsesstatus AZCA1 'Ny anmeldelsespligtig sygdom ...', som vist i det følgende eksempel.

Det anbefales at supplere med DC809 kode for ukendt kræftsygdom til indikering af, at den primære kræftform ikke er bestemt, og at DC809-koden registreres med de samme tillægskoder (AZCA1 mm.) som den anmeldte metastasekode.

**Eksempel:**

Fund af levermetastaser uden fund af primærtumor ved kontaktens afslutning; sygdommen ikke tidligere anmeldt fra afdelingen

Kode	Kodetekst
(A)DC787	Metastase i leveren
(+)AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen (+) tillægskoder for stadium, diagnosegrundlag mm.
(A)DC809	Kræft uden specifikation og uden angivelse af lokalisation (= ukendt primærtumor)
(+)AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

	(+) tillægskoder for stadium, diagnosegrundlag mm.
--	--

I alle tilfælde registreres den tilstand (primærtumor hhv. metastase), der er hovedfokus på kontakten, som aktionsdiagnose – den anden som bidiagnose – jævnfør de generelle principper for diagnoseregistreringen i **kapitel 9**.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at **metastaser klassificeres til lokaliseringen for metastasen i kodeafsnit DC77-79**. En metastase i lungen skal således klassificeres som DC780 'Metastase i lungen' – ikke som "lungekræft".

### 13.2.5 Kontakter, der ikke omfatter diagnostik, behandling eller kontrol

En del afdelinger får kontakt med patienter med en anmeldelsespligtig sygdom, uden at afdelingen diagnosticerer, primært behandler eller kontrollerer denne.

Afdelingen skal registrere, hvad den pågældende afdeling rent faktisk undersøger og eventuelt behandler for. Aktionsdiagnosen for kontakten kan specificeres med cancerdiagnosen som tillægskode, som vist i eksemplerne.

Denne registreringspraksis stiller ikke krav om angivelse af anmeldelsesstatus og yderligere cancerregistrering.

#### Eksempler:

Arbejdsmedicinsk klinik, der undersøger, hvorvidt sygdommen er udløst af arbejdsmiljøet

Kode	Kodetekst
(A)DZ048B	Kontakt mhp. arbejdsmedicinsk udredning
(+)DC340	Kræft i hovedbronkien

Pleje af terminal patient uden behandling af grundsygdom

Kode	Kodetekst
(A)DZ515S	Kontakt mhp. specialiseret palliativ indsats
(+)DC795B	Metastase i knogle

Den maligne grundsygdom kan i sig selv have en behandlings- og/eller ressourcemæssig betydning for den aktuelle kontakt, hvis denne har medført en

ekstra plejetyngde eller længere indlæggelsestid. I disse situationer registreres sygdommen som bidiagnose.

Hvis canceren registreres som bidiagnose kan anmeldelsesstatus AZCA3 'afdelingen er ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen' anvendes.

**Eksempel:**

Patient med kendt kræftsygdom, der behandles på specialafdeling, indlægges på medicinsk afd. pga. behandlingsrelateret anæmi og dehydrering. Der behandles med blodtransfusion

Kode	Kodetekst
(A)DD630	Anæmi ved neoplastisk sygdom
(B)DC649	Nyrekræft UNS
(+)AZCA3	afdelingen ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen
(B)DE869A	Dehydrering

Eksemplet kunne også være en skadestuekontakt

**Det gælder dog i alle tilfælde, hvor en klinisk afdeling har modtaget svar på patologi eller anden undersøgelse, der bekræfter anmeldelsespligtig sygdom eller på anden måde førstegangsdiagnosticerer sygdommen, at der skal foretages fuld anmeldelse af denne, også selvom anden afdeling varetager eller overtager patientens behandling.**

Hvis den anmeldelsespligtige diagnose er aktionsdiagnose, kan AZCA3 ikke anvendes.

**13.2.6 Kontrol**

Ved kontrol, hvor den anmeldelsespligtige sygdom **fortsat** er tilstede, skal sygdomsdiagnosen fortsat registreres som aktionsdiagnose, og der skal registreres tillægskode for anmeldelsesstatus.

**Eksempler:**

Afdeling, der tidligere har anmeldt den anmeldelsespligtige diagnose

Kode	Kodetekst
(A)DC187	Kræft i colon sigmoideum
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Vedr. anmeldelsesstatus (AZCA) – se **afsnit 13.3**



Afdeling, der første gang ser patienten ved kontrol, hvor den anmeldelsespligtige sygdom fortsat er tilstede. Afdelingen har ikke tidligere anmeldt sygdommen

Kode	Kodetekst
(A)DC187	Kræft i colon sigmoideum
(+)AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

(+) tillægskoder for stadium, diagnosegrundlag mm. ... (afsnit 13.5)

**En cancerdiagnose må ikke registreres som aktions- eller bidiagnose, hvis sygdommen er færdigbehandlet på tidligere patientkontakt, og patienten er uden tegn på recidiv.**

Som aktionsdiagnose anvendes en kode fra afsnit DZ08\* 'Kontrolundersøgelse efter behandling af ondartet svulst' eller DZ098B 'Kontrolundersøgelse efter behandling af ikke ondartet svulst'. Sygdomskoden kan anvendes som tillægskode til specificering af den oprindelige behandlede lidelse.

Kode	Kodetekst
(A)DZ080D	Kontrolundersøgelse efter operation af ondartet svulst i tyktarm
(A)DZ098B	Kontrolundersøgelse efter behandling af ikke-ondartet tumor
(+)DD352A	Adenom i hypofysen

Disse registreringer udløser ingen krav om registrering af anmeldelsesstatus

Hvis behandlingen er foregået ambulant, og sygdommen ikke længere er til stede, når kontrollen indledes, afsluttes behandlingskontakten, og der oprettes en ny selvstændig ambulant kontrolkontakt.

### 13.3 Indberetning af anmeldelsesstatus ved anmeldelsespligtige sygdomme

Når en anmeldelsespligtig sygdom er aktions- eller bidiagnose, er det obligatorisk at indberette anmeldelsesstatus som tillægskode til den anmeldelsespligtige diagnosekode. Indberetningskravet gælder alle patienttyper.

Begreb	Definition/beskrivelse
anmeldelsesstatus	angivelse af en anmeldelsespligtig sygdoms status i forhold til anmeldelse til Cancerregisteret

Der er følgende anmeldelsesstatusser:

Kode	Anmeldelsesstatus
AZCA0	anmeldelsesstatus endnu ikke angivet
AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
AZCA3	afdelingen er ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen
AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
AZCA9	onkologisk afdeling skal ikke anmelde, sygdommen tidligere fuldt anmeldt af anden afdeling

Anmeldelsesstatus registreres som tillægskode til den anmeldelsespligtige diagnosekode. Anmeldelsesstatus skal senest være tilstede ved færdigregistreringen.

Ved indberetning til LPR skal anmeldelsesstatus have værdien AZCA1, AZCA3 eller AZCA4. Der skal og kan kun være én anmeldelsesstatus pr. diagnose pr. afsluttet kontakt.

AZCA9 er udelukkende forbeholdt indberetninger fra onkologiske afdelinger, hvor fuld anmeldelse er foretaget fra den kliniske afdeling, hvor patienten tidligere er diagnosticeret.

Anmeldelsesstatus ved færdigregistrering skal være dækkende for hele kontakten og ikke kun for situationen ved kontaktafslutningen.

For patienter med flere anmeldelsespligtige diagnoser gælder kravene for hver enkelt diagnose.

### 13.3.1 Fuld anmeldelse

Anmeldelsen af sygdommen til Cancerregisteret skal foretages fuldt, jf. kodeteksterne til status 1 og 4, hvilket betyder, at anmeldelsen ikke betragtes som fyldestgørende og korrekt, før ...

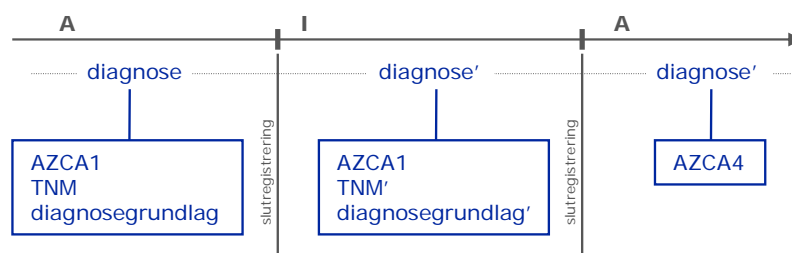
diagnosen er endelig og korrekt, herunder korrekt klinisk specificeret

- TNM-stadium er komplet svarende til den endelige diagnose, inklusive eventuel korrektion efter kirurgisk staging og behandling (se yderligere i afsnit 13.4.1.1)
- diagnosegrundlagene (mikroskopiske og makroskopiske) er komplette, dvs. det samlede grundlag for den endelige diagnose

Dette betyder, at den fulde anmeldelse for den samme afdeling kan strække sig over flere fortløbende kontakter, når anmeldelsen ikke foretages fuldt på den (de) indledende kontakt(er).

Kravet om fuld anmeldelse rækker i forhold til den enkelte afdeling selvfølgelig kun så langt, som afdelingen har kontakt med patienten.

**Figur 13.3.1 Fuld anmeldelse**

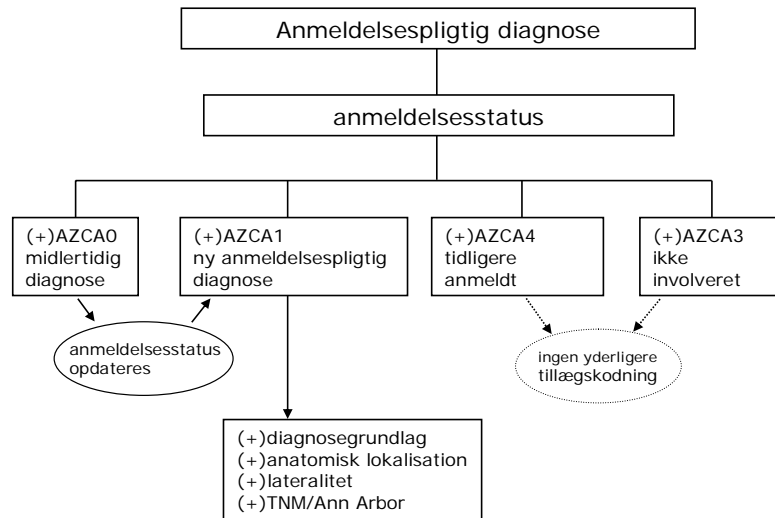


### 13.3.2 Beskrivelse af de enkelte anmeldelsesstatus

Reglerne har baggrund i ”Bekendtgørelse om lægers anmeldelse til Cancerregisteret af kræftsygdomme m.v.”. En oversigt kan ses i afsnit 13.2.2.

### Figur 13.3.2 Oversigt over anmeldelsesstatus og tilhørende registreringskrav

Fig. 13.3 Oversigt over anmeldelsesstatus og tilhørende registreringskrav



#### **AZCA0 anmeldelsesstatus endnu ikke angivet**

Denne status kan anvendes i systemet indtil færdigregistreringen, men må ikke findes i indberetningen af en afsluttet kontakt.

#### **AZCA1 ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen**

Denne status anvendes første gang en anmeldelsespligtig sygdom diagnosticeres, behandles eller kontrolleres på afdelingen, og indtil den anmeldelsespligtige sygdom er fuldt anmeldt.

**På afdelinger, hvor man afslutter en patients ambulante kontakt før afsluttet udredning og behandling, vil der ikke kunne ske en fyldestgørende registrering af de obligatoriske tillægskoder, før end udredningen eller behandling er afsluttet.**

Afdelingen skal i sådanne tilfælde benytte AZCA1 både på den initiale ambulante kontakt og på den (de) følgende indlæggelse(r) for at udføre en meningsfuld tillægsregistrering og dermed en komplet og korrekt anmeldelse.

Der kan for nydiagnosticerede tilfælde efter 1. januar 2004 kun benyttes en statuskode AZCA4, når afdelingen forudgående har færdigregistreret patienten med status AZCA1 og dertil hørende registreringer, eller der netop er registreret fuld anmeldelse af primærtumor på kontakten.

**AZCA3 afdelingen er ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen**

Denne anmeldelsesstatus anvendes af afdelinger, der har kontakt med patienter med en anmeldelsespligtig sygdom, men som på den pågældende kontakt ikke direkte diagnosticerer, behandler eller kontrollerer denne. Derved skabes mulighed for at registrere en anmeldelsespligtig sygdom som bidiagnose, uden at dette kræver yderligere tillægskodning.

Hvis den anmeldelsespligtige diagnose er aktionsdiagnose, kan AZCA3 ikke anvendes.

**Hvis afdelingen som den første stiller diagnosen, skal der under alle omstændigheder foretages en komplet nyanmeldelse med (+)AZCA1, og AZCA3 kan i dette tilfælde ikke anvendes.**

**AZCA4 sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen**

Hvis behandlingen/kontrollen vedrører en patient, der stadig har sygdommen, er den anmeldelsespligtige diagnose aktionsdiagnose eller evt. bidiagnose. Anmeldelsesstatus AZCA4 anvendes, hvis afdelingen tidligere har anmeldt sygdommen fuldt til Cancerregisteret.

Anmeldelsesstatus AZCA4 dækker fortsat sygdom, herunder klinisk kontrol og behandling.

AZCA4 anvendes også, hvor der på en ny kontakt er tale om ændret behandling af samme og tidligere anmeldte sygdom samt ved recidiv af tidligere anmeldt sygdom.

**Eksempel:**

Patienten indlægges med udvikling af sygdommen, evt. med en anden aktionsdiagnose, men der er fortsat tale om den samme sygdom og følger heraf.

Patient med ikke radikalt behandlet ovariecancer. Indlægges nu i samme afdeling med ascites, der behandles symptomatisk.

Kode	Anmeldelsesstatus
(A)DC786A	Malign ascites UNS
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

(B)DC569	Æggestokkræft
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

**AZCA9 onkologisk afdeling skal ikke anmelde, sygdommen tidligere fuldt anmeldt af anden afdeling**

Onkologiske afdelinger modtager næsten udelukkende færdigt udredte patienter til videre behandling. Onkologisk afdeling har derfor sjældent noget at tilføje til den primære anmeldelse fra den udredende kliniske afdeling.

Statuskode AZCA9 fritager de onkologiske afdelinger for anmeldelse til Cancerregisteret i disse tilfælde.

Statuskode AZCA9 er udelukkende forbeholdt indberetninger vedrørende onkologiske patienter på onkologiske afdelinger, hvor fuld anmeldelse er foretaget fra den kliniske afdeling, hvor patienten tidligere er diagnosticeret.

AZCA9 må ikke anvendes i følgende tilfælde:

- Hvis onkologisk afdeling er primært diagnosticerende, skal der anmeldes fuldt fra onkologisk afdeling med (+)AZCA1 og yderligere tillægskodning
- Primær anmeldelse af kræftsygdom fra andet speciale ved afdelinger med flere specialer (fx hæmatologi og onkologi)

**13.3.3 Validering af statuskode for afsluttede patienter**

I de lokale systemer foretages en validering af statuskode for afsluttede patienter med anmeldelsespligtige sygdomme, der første gang er diagnosticeret efter 01.01.2004.

Dette har konsekvens for anmeldelsesstatus, idet **patienter med anmeldelsespligtige sygdomme skal være fuldt anmeldt fra afdelingen med en anmeldelsesstatus AZCA1, før AZCA4 kan anvendes.**

Der kan for nydiagnosticerede anmeldelsespligtige sygdomme kun benyttes en statuskode AZCA4 i indberetningen, når stamafdelingen tidligere har indberettet en **afsluttet kontakt** med statuskode AZCA1 og fuld specificeret anmeldelse, eller der samtidig sker en fuld anmeldelse af en anden diagnosekode for den samme sygdom på den samme kontakt.

Såfremt afdelingen før 1. jan. 2004 har foretaget blanketanmeldelse til Cancerregisteret, skal statuskode AZCA4 anvendes ved kontakter med samme anmeldelsespligtige sygdom.

### 13.3.3.1 Ikke afsluttede ambulante kontakter

Det sker ofte, at den anmeldelsespligtige diagnose første gang opdages og registreres på en (for)ambulant patientkontakt. Hvis denne kontakt ikke afsluttes og færdigregistreres med anmeldelsesstatus AZCA1 og fuld anmeldelse inden ny patientkontakt – typisk indlæggelse – vil der genereres en rykkerskrivelse fra Cancerregisteret for den anden kontakt, der indberettes først med statuskode AZCA4 ”tidligere fuldt anmeldt af afdelingen”, idet der ikke findes en forudgående fuld anmeldelse på en afsluttet kontakt.

For at undgå dette er det nødvendigt, at den ambulante kontakt afsluttes, inden der oprettes ny kontakt for samme sygdom. Se også **kapitel 5**.

### 13.3.4 Komplikationer eller hændelser, der relaterer sig til en anmeldelsespligtig sygdom

#### Eksempler:

- patienter, der henvender sig på en skadestue med et smerteproblem eller andet symptom eller skade sfa. kræftsygdom eller behandling af kræftsygdommen
- patienter, der henvender sig pga. en ulykke, som ikke er forårsaget af den anmeldelsespligtige diagnose, men hvor sygdommen spiller en rolle for den behandling, der gives
- patienter, der kommer i behandling for følgevirkninger efter stråle- eller kemoterapi
- patienter i symptomlindrende behandling og terminal pleje

I eksemplerne og lignende tilfælde er den anmeldelsespligtige diagnose ikke aktionsdiagnose. Det vil imidlertid ofte være forbundet med ekstra arbejde at pleje og behandle en patient med en anmeldelsespligtig sygdom. I dette tilfælde registreres den tilgrundliggende lidelse som bidiagnose på kontakten.

Aktionsdiagnosen kan i de ovennævnte tilfælde fx være fra:

Kode	Aktionsdiagnose
DZ74*	Problemer i forbindelse med afhængighed af pleje
DZ515	Kontakt mhp. palliativ behandling
DR50*-DR69*	Almene symptomer og abnorme fund hvor bl.a. smerteafsnittet findes

Smertetilstand hos patient med prostatacancer indlagt til smertebehandling på anden afdeling end den primært behandlende.

Kode	Kodetekst
(A)DR521	Maligne smerter
(B)DC619	Prostatakræft
(+)AZCA3	afdelingen er ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen

Ved specifikke komplikationer til en anmeldelsespligtig sygdom registreres dette som aktionsdiagnose, fx anæmi eller sepsis, hvis kontakten retter sig specifikt mod denne tilstand. Baggrunden, dvs. cancersygdommen registreres som bidiagnose, hvis den fortsat er tilstede.

En patient er henvist til en hæmatologisk afdeling med henblik på vurdering af behandlingsmuligheder.  
Afdelingen behandler ikke den tilgrundliggende sygdom.

Kode	Kodetekst
(A)DD630	Anæmi ved neoplastisk sygdom
(B)DC340	Kræft i hovedbronkien
(+)AZCA3	afdelingen er ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen

Onkologisk afdeling, der vurderer yderligere behandlingsmuligheder for en anmeldelsespligtig sygdom, uden at der foretages behandling.

Kode	Kodetekst
(A)DZ718A	Rådgivning om muligheder for kræftbehandling
(B)DC340	Kræft i hovedbronkien
(+)AZCA3	afdelingen er ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen

eller

Kode	Kodetekst
(A)DZ718A	Rådgivning om muligheder for kræftbehandling
(+)DC340	Kræft i hovedbronkien



Når den anmeldelsespligtige sygdom registreres som tillægskode, bortfalder krav om angivelse af anmeldelsesstatus.

Såfremt afdelingen efter vurdering af behandlingsmuligheder påbegynder behandling, anvendes den anmeldelsespligtige sygdom som aktionsdiagnose, og anmeldelsesstatus ændres til AZCA1 med de deraf følgende krav til registrering.

### 13.4 Yderligere registreringer ved anmeldelse af ny sygdom - status AZCA1

Fuld elektronisk anmeldelse af kræfttilfælde til Cancerregisteret sker ved tillægskodning, hvor tillægskoderne sammen med anmeldelsesstatus AZCA1 knyttes til en anmeldelsespligtig diagnosekode.

Tillægskoderne beskriver sygdomsstadium, diagnosegrundlag, sideangivelse og for maligne lymfomer tillige anatomisk lokalisation.

#### 13.4.1 Stadium

Stadium beskriver den anmeldelsespligtige sygdoms udbredelse ved kontaktens start eller snarest derefter, når det er muligt at stadieinddele - dog senest 4 måneder efter kontaktens start.

De diagnosekoder, der skal have tillægskode for stadium (tumors udbredelse), omfatter alle anmeldelsespligtige sygdomme med undtagelse af visse blodsygdomme, primære svulster i centralnervesystemet, cervixdysplasi samt mola.

Følgende sygdomme, repræsenteret af deres ICD-10 kode, skal ved nyanmeldelse (AZCA1) have angivet et stadium:

Kode	Diagnosekoder, der skal stadium-specificeres
DB21*	HIV-sygdom med neoplastisk sygdom
DC00*-69*	Kræft i læbe, mundhule, svælg, mave-tarmkanal, åndedrætsorganer, brysthuleorganer, knogler, hud, bindevæv, bryst, kønsorganer, urinveje og øje
DC73*-80*	Kræft i skjoldbruskkirtel, andre endokrine organer, dårligt eller uspecificerede lokaliseringer og metastaser
DC81*-85*	Maligne lymfomer
DC884*	Ekstranodalt marginalzone B-celle lymfom
DC902*	Solitært ikke-ossøst plasmacytom
DC903	Solitært ossøst plasmacytom
DC923*	Myeloidt sarkom

DC96*	Andre og ikke specificerede maligne neoplasier fra lymfoidt og hæmatopoietisk væv
DD05*	Carcinoma in situ i bryst
DD06*	Carcinoma in situ i livmoderhals
DD090*	Carcinoma in situ i urinblæren
DD091*	Carcinoma in situ med anden eller ikke specificerede lokalisation i urinveje
DD301-309	Godartede tumorer i urinveje (ekskl. nyre)
DD37*-41* DD44* DD48*	Tumorer af usikker eller ukendt karakter med specificeret lokalisation

Der stadienddeles efter TNM klassifikationen – dog skal maligne lymfomer klassificeres efter Ann Arbor lymfom klassifikation.

#### 13.4.1.1 TNM klassificering

TNM skal registreres med tillægskode fra hver af grupperne:

Kode	Beskrivelse
T (AZCD1*)	'T' angiver primærtumors størrelse og udstrækning i og udenfor organet
N (AZCD3*)	'N' angiver, om der er metastaser til regionale lymfeknuder eller ej
M (AZCD4*)	'M' angiver, hvorvidt der er fjerne metastaser eller ej

**Tabel 13.4.1.1 Oplysninger om stadium for primærtumor (T)**

Kode	Oplysninger om stadium for primærtumor (T)
AZCD10	TNM, T0: Primærtumor ikke påvist Må kun anvendes ved diagnoserne DC77*-DC80*
AZCD11	TNM, Ta: Tumor uden invasion Må kun anvendes ved diagnoserne DD301-309, DD37*-DD41*, DD44* og DD48*
AZCD12	TNM, Tis: Carcinoma in situ Må kun anvendes ved diagnoserne DD05*, DD06*, DD090 og DD091
AZCD13	TNM, T1: Primærtumors størrelse/udstrækning ☐
AZCD131	TNM, T1 mic: Mikroinvasion ≤ 0,1 cm
AZCD13A	TNM, T1a: Primærtumors størrelse/udstrækning ☐

Kode	Oplysninger om stadium for primærtumor (T)
AZCD13A1	TNM, T1a1: Primærtumors størrelse/udstrækning ☐
AZCD13A2	TNM, T1a2: Primærtumors størrelse/udstrækning ☐
AZCD13B	TNM, T1b: Primærtumors størrelse/udstrækning ☐
AZCD13B1	TNM, T1b1: Primærtumors størrelse/udstrækning ☐
AZCD13B2	TNM, T1b2: Primærtumors størrelse/udstrækning ☐
AZCD13C	TNM, T1c: Primærtumors størrelse/udstrækning ☐
AZCD14	TNM, T2: Primærtumors størrelse/udstrækning ☐
AZCD14A	TNM, T2a: Primærtumors størrelse/udstrækning ☐
*AZCD14A1	TNM, T2a1: Primærtumors størrelse/udstrækning ☐
*AZCD14A2	TNM, T2a2: Primærtumors størrelse/udstrækning ☐
AZCD14B	TNM, T2b: Primærtumors størrelse/udstrækning ☐
AZCD14C	TNM, T2c: Primærtumors størrelse/udstrækning ☐
AZCD15	TNM, T3: Primærtumors størrelse/udstrækning ☐
AZCD15A	TNM, T3a: Primærtumors størrelse/udstrækning ☐
AZCD15B	TNM, T3b: Primærtumors størrelse/udstrækning ☐
AZCD15C	TNM, T3c: Primærtumors størrelse/udstrækning ☐
AZCD16	TNM, T4: Primærtumors størrelse/udstrækning ☐
AZCD16A	TNM, T4a: Primærtumors størrelse/udstrækning ☐
AZCD16B	TNM, T4b: Primærtumors størrelse/udstrækning ☐
AZCD16C	TNM, T4c: Primærtumors størrelse/udstrækning ☐
AZCD16D	TNM, T4d: Primærtumors størrelse/udstrækning ☐
AZCD19	TNM, Tx: Oplysning om primærtumors størrelse foreligger ikke i afdelingen

T-stadium angives med mindst 6 karakterer

\*) nye fra 2011 (TNM version 7)

**Fra 2011 anvendes version 7.0 af TNM med mindre andet er aftalt med det enkelte speciale.**

☐) Den specifikke betydning af T, N og M er defineret i ”TNM, Classification of Malignant Tumours” (7. edition (2009), Wiley-Blackwell’s forlag), der udgives af UICC, International Union Against Cancer, og er afhængig af primærtumors udgangspunkt. Der er begrænsninger i anvendelsen af enkelte af T-stadierne – se ovenstående tabel.

Betydningen af den enkelte kode varierer efter organ/område. Ikke alle detaljer bruges af alle specialer/afdelinger. **Der henvises til de enkelte kliniske**

**specialer for yderligere information.**

**TNM-registreringen skal generelt foretages efter princippet ”seneste”** – samlet set ud fra cTNM og pTNM - på det foreliggende grundlag ved kontaktens afslutning. Der kan dog for den enkelte kræftform være aftalt særlige principper for TNM-klassificeringen med specialeselskabet.

Forklaring:

cTNM: ”klinisk TNM” - efter klinisk undersøgelse, billeddiagnostik og eventuelle biopsier, men før behandling

pTNM: ”patologisk” eller ”postkirurgisk TNM” - korrigeret TNM, baseret på cTNM, men korrigeret efter kirurgisk behandling, staging og eventuel patologisk undersøgelse af operationspræparatet

Hvis der fra afdelingen har været en initial anmeldelse med en cTNM på en afsluttet kontakt, og der ved en umiddelbart efterfølgende kontakt på samme afdeling indenfor 4 måneder findes højere eller lavere værdier på en eller flere akser, skal den seneste, korrigerede TNM anmeldes (med AZCA1 og til-lægskodninger) på den anden kontakt. Anmeldelsen til Cancerregisteret be-tragtes således ikke som fuldstændig, før dette er sket, jf. **afsnit 13.4.1.**

**Tablet 13.4.1.1 Oplysninger om regionale lymfeknudemetastaser (N)**

Kode	Oplysninger om regionale lymfeknudemetastaser (N)
AZCD30	TNM, N0: Ingen regionale lymfeknudemetastaser relevante undersøgelser foretaget
AZCD301	TNM, N0(i+): Ingen lymfeknudemetastaser, positiv immun-histokemi, <0,2 mm
AZCD302	TNM, N0(i-): Ingen lymfeknudemetastaser, negativ immunohistokemi
AZCD31	TNM, N1: Regionale lymfeknudemetastaser ☐
AZCD311	TNM, N1 mic: Mikrometastase > 0,2 mm, og ≤ 2 mm
AZCD31A	TNM, N1a: Regionale lymfeknudemetastaser ☐
AZCD31B	TNM, N1b: Regionale lymfeknudemetastaser ☐
AZCD31C	TNM, N1c: Regionale lymfeknudemetastaser ☐
AZCD32	TNM, N2: Regionale lymfeknudemetastaser ☐
AZCD32A	TNM, N2a: Regionale lymfeknudemetastaser ☐
AZCD32B	TNM, N2b: Regionale lymfeknudemetastaser ☐
AZCD32C	TNM, N2c: Regionale lymfeknudemetastaser ☐

AZCD33	TNM, N3: Regionale lymfeknudemetastaser ☐
AZCD33A	TNM, N3a: Regionale lymfeknudemetastaser ☐
AZCD33B	TNM, N3b: Regionale lymfeknudemetastaser ☐
AZCD33C	TNM, N3c: Regionale lymfeknudemetastaser ☐
AZCD39	TNM, Nx: Oplysning om lymfeknudestatus foreligger ikke i afdelingen lymfeknudestatus (staging) ikke foretaget

N-stadium angives med mindst 6 karakterer

I de tilfælde, hvor en anden afdeling på et tidspunkt overtager behandlingen af en patient med anmeldelsespligtig sygdom, typisk onkologisk efterbehandling af tidligere anmeldt patient, skal denne afdeling nyanmelde med anmeldelsesstatus AZCA1. Som TNM kan angives den oprindelige TNM, hvis denne er kendt, eller i stedet AZCD19, 39 og 49.

Korrektion af TNM i forbindelse med behandling kan samtidig korrigere diagnosegrundlaget for den anmeldte sygdom.

#### Tabel 13.4.1.1 Oplysninger om fjernmetastaser (M)

Kode	Oplysninger om fjernmetastaser (M)
AZCD40	TNM, M0: Ingen fjernmetastaser relevante undersøgelser foretaget
AZCD41	TNM, M1: Fjernmetastaser tilstede (i organer eller ikke-regionale lymfeknuder) ☐
AZCD41A	TNM, M1a: Fjernmetastaser tilstede (i organer eller ikke-regionale lymfeknuder) ☐
AZCD41B	TNM, M1b: Fjernmetastaser tilstede (i organer eller ikke-regionale lymfeknuder) ☐
AZCD41C	TNM, M1c: Fjernmetastaser tilstede (i organer eller ikke-regionale lymfeknuder) ☐
AZCD49	TNM, Mx: Oplysning om fjernmetastaser foreligger ikke i afdelingen metastasestatus ikke foretaget

M-stadium angives med mindst 6 karakterer

#### 13.4.1.2 Ann Arbor lymfom klassifikation

Ann Arbor klassifikationen af maligne lymfomer (DB211, DB212, DB213, DC81\*-85\*, DC902\*, DC923, DC96\*) er omtalt i detaljer i TNM-klassifikationsbogen.

Kode	Ann Arbor stadium for maligne lymfomer
AZCC1	Ann Arbor, stadium I

AZCC1A	Ann Arbor, stadium IA
AZCC1B	Ann Arbor, stadium IB
AZCC2	Ann Arbor, stadium II
AZCC2A	Ann Arbor, stadium IIA
AZCC2B	Ann Arbor, stadium IIB
AZCC3	Ann Arbor, stadium III
AZCC3A	Ann Arbor, stadium IIIA
AZCC3B	Ann Arbor, stadium IIIB
AZCC4	Ann Arbor, stadium IV
AZCC4A	Ann Arbor, stadium IVA
AZCC4B	Ann Arbor, stadium IVB
AZCC9	Ann Arbor, oplysning om stadium foreligger ikke i afdelingen

#### 13.4.2 Diagnosegrundlag

For at dokumentere, hvilke undersøgelser, der ligger til grund for diagnosen, skal der ved anmeldelsen registreres mindst én kode fra hver af nedenstående 2 grupper.

Hvis diagnosegrundlaget udbygges over flere kontakter på afdelingen, fx. efter operation, skal dette afspejles i den fulde anmeldelse, jf. **afsnit 13.3.1**.

Kode	Klinisk - makroskopisk diagnosegrundlag
AZCK0	operation (inkl. biopsi)
AZCK1	endoskopisk undersøgelse/operation (inkl. biopsi)
AZCK2	billeddiagnostisk undersøgelse røntgen, CT-skanning, ltralyd, MR-skanning og lign.
AZCK3	Obduktion
AZCK4	klinisk undersøgelse inkluderer eksploration, palpation og lign.
AZCKX	klinisk-makroskopisk diagnosegrundlag ikke aktuel ved denne anmeldelse

Biopsi opfattes som operation hhv. endoskopisk undersøgelse/operation afhængigt af adgangsmåde

Kode	Klinisk - mikroskopisk diagnosegrundlag
------	---

AZCL0	histologi/cytologi fra primærtumor inkl. knoglemarvsundersøgelse
AZCL1	histologi/cytologi fra metastase
AZCL2	histologi/cytologi, uvist om fra primærtumor eller metastase
AZCL3	andre klinisk/mikroskopiske undersøgelser blodanalyse, differentialtælling, immunologi, cytogenetik, tumormarkører o. lign.
AZCL9	ingen histologisk/cytologisk/klinisk-mikroskopisk undersøgelse udover almindelige blodprøver, fx Hgb, elektrolytter og lign.
AZCLX	klinisk-mikroskopisk diagnosegrundlag ikke aktuel ved denne anmeldelse

I de tilfælde, hvor en anden afdeling på et tidspunkt overtager behandlingen af en patient med anmeldelsespligtig sygdom, typisk onkologisk efterbehandling af tidligere anmeldt patient, skal denne patient nyanmeldes med anmeldelsesstatus AZCA1. Hvis den nye afdeling ikke umiddelbart har kendskab til makro- og mikroskopisk diagnosegrundlag, anvendes AZCKX og AZCLX.

### 13.4.3 Sideangivelse

Der skal obligatorisk registreres sideangivelse ved tumorer på ekstremiteter og i parrede organer. Lateraliteten skal afspejle situationen ved kontaktens afslutning.

Følgende diagnoser skal obligatorisk have tillægskode for sideangivelse						
DC079*	DC437*	DC492*	DC62*	DC764*	DD301*	DD412*
DC08*	DC442*	DC50*	DC630*	DC765*	DD302*	DD441*
DC301*	DC446*	DC56*	DC631*	DC780*	DD381*	DD486*
DC34*	DC447*	DC570*	DC64*	DC782*	DD382*	
DC384*	DC450*	DC571*	DC65*	DC790*	DD391*	
DC40*	DC471*	DC572*	DC66*	DC796*	DD401*	
DC432*	DC472*	DC573*	DC69*	DC797*	DD410*	
DC436*	DC491*	DC574*	DC74*	DD05*	DD411*	

Sideangivelse angives med én af følgende koder som tillægskode til diagnosekoden:

Kode	Tillægskode
TUL1	højresidig
TUL2	venstresidig

Kode	Tillægskode
TUL3	dobbeltsidig

#### 13.4.4 Anatomisk lokalisation

I Cancerregisteret registreres tumorerne efter mikroskopisk udseende men også efter deres lokalisation. I ICD-10 er visse tumortyper kun repræsenteret af deres mikroskopiske udseende uden lokalisation.

Dette gælder for maligne lymfomer.

Følgende diagnoser skal obligatorisk have tillægskode for lokalisation:

Kode	Kodetekst
DB211	HIV-sygdom med Burkitts lymfom
DB212	HIV-sygdom med andet non-Hodgkins lymfom
DB213	HIV-sygdom med anden neoplasi i lymfom og bloddannende væv
DC81*	Hodgkin lymfomer
DC82*	follikulær lymfomer
DC83*	Ikke-follikulære lymfomer
DC84*	Modne NK/T-celle lymfomer
DC85*	Andre og ikke specificeret non-Hodgkin lymfomer
DC86*	Andre NK/T-celle lymfomer
DC884*	Ekstranodalt marginalzone B-celle lymfom
DC902	Solitært ikke-ossøst plasmacytom
DC903	Solitært ossøst plasmacytom
DC923	Myeloidt sarkom

Tillægskoden for lokalisation baseres på en anatomiklassifikation, der kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

#### Eksempel:

Kode	Kodetekst
(A)DC932	Myeloidt sarkom
(+)T001128	bløddelsvæv i orbita



### 13.5 Eksempler på fuld anmeldelse

Kode	Kodetekst
(A)DC509	Brystkræft UNS
(+)AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
(+)AZCK0	operation
(+)AZCL0	histologi/cytologi fra primærtumor
(+)TUL1	højresidig
(+)AZCD13	TNM, T1: Primærtumors størrelse/udstrækning (tumor højst 2 cm)
(+)AZCD31	TNM, N1: Regionale lymfeknudemetastaser(samsidige mobile aksillære lymfeknudemetastaser)
(+)AZCD40	TNM, M0: Ingen fjerne metastaser(er undersøgt)

Kode	Kodetekst
(A)DC830	Småcellet B-celle lymfom
(+)AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
(+)AZCK0	operation
(+)AZCL0	histologi/cytologi fra primærtumor
(+)T000670	ventrikel
(+)AZCD13	TNM, T1: Primærtumors størrelse/udstrækning (tumor højst 2 cm)
(+)AZCC3	Ann Arbor, stadium III

Kode	Kodetekst
(A)DC508	Brystkræft overgribende flere lokalisationer
(+)AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
(+)AZCK0	operation
(+)AZCL0	histologi/cytologi fra primærtumor

(+)TUL3	dobbeltsidig
(+)AZCD16B	TNM, T4b: Primærtumors størrelse/udstrækning
(+)AZCD33B	TNM, N3b: Regionale lymfeknudemetastaser
(+)AZCD41	TNM, M1: Fjernmetastaser tilstede (i organer eller ikke-regionale lymfeknuder)
(B)DC793A	Metastase i hjernen
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen %

% ) anmeldelsesstatus 4 anvendes her for ikke at skulle anmelde den samme sygdom 2 gange på samme kontakt – anmeldes via tillægskodningen til primærtumor.

### 13.6 Revision af tidligere anmeldt diagnose

Anmeldelsespligten omfatter også opfølgning af tidligere anmeldelser med fejlagtige diagnoser, således at Cancerregisteret kan dannes på det korrekte datagrundlag. Dette gælder uanset tidspunktet for erkendelse af de indberettede fejlbehæftede oplysninger.

Dette er aktuelt i alle tilfælde, hvor der er blevet indberettet en afsluttet patientkontakt med en forkert diagnose, fx indberettet forkert malign diagnose, der ikke var malign alligevel - eller viste sig at være en anden kræftsygdom, eller indberettet forkert ikkemalign diagnose.

Ovenstående tilfælde opstår ofte, når der efter kontaktafslutning og indberetning fremkommer nye oplysninger fx histologi-svar, der viser, at den indberettede diagnose og/eller ved de indberettede oplysninger (tillægskoder) for udbredelse mv. ikke var korrekte.

**I alle disse tilfælde skal kontaktens diagnose(r) og evt. tilhørende tillægskoder rettes, således at de er korrekte, og kontakten skal genindberettes til Landspatientregisteret.**

### 13.7 Procedureregistrering ved anmeldelsespligtig sygdom

Der er krav om indberetning af en række procedurer, der anvendes i forbindelse med undersøgelse og behandling af anmeldelsespligtige sygdomme. Kravene omfatter bl.a. operationer, billeddiagnostik, kemoterapi, strålebehandling og medicinsk antihormonel behandling – se **kapitel 10**.

Det anbefales udover de skitserede krav at registrere de væsentligste (ressourcetunge) undersøgelser, der førte frem til diagnosen, også selv om det ikke er noget indberetningskrav.

Der findes desuden følgende ikke-obligatoriske kodemuligheder (registreres som procedurekoder), der kan anvendes i de tilfælde, hvor der af forskellige årsager ikke foregår nogen klinisk behandling af patienten:

<b>Kode</b>	<b>Procedurer</b>
ZWCM0	Alternativ cancerbehandling
ZWCM1	Klinisk beslutning om ingen udredning
ZWCM7	Klinisk beslutning om behandling i anden afdeling
ZWCM8	Klinisk beslutning om ingen behandling
ZWCM9	Patienten ønsker ingen udredning/behandling/kontrol
ZWCM9A	Patienten ønsker ikke udredning
ZWCM9B	Patienten ønsker ikke behandling
ZWCM9C	Patienten ønsker ikke kontrol

ZWCM8 anvendes på baggrund af en klinisk beslutning i de tilfælde, hvor behandling ikke er mulig, eller de tilfælde, hvor man skønner, at behandling ikke er nødvendig.

## 14 Pakkeforløb

For visse sygdomme indenfor kræft- og hjerteområdet forligger der beskrivelse af et klinisk relevant pakkeforløb beskrevet i et samarbejde med relevante kliniske repræsentanter. I forbindelse med implementeringen af pakkeforløb er der etableret monitorering for forløbstider og aktivitet.

### Pakkeforløb på kræftområdet

Registreringen af kontakter for pakkeforløb for kræftpatienter følger de generelle retningslinjer, som fremgår af 'Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter'.

Monitoreringen af pakkeforløb for kræftpatienter er baseret på indberetninger til LPR og er blevet udviklet over tid. Den nuværende monitoreringsmodel anvender alene eksisterende registreringer for kontakter, diagnoser og behandlingsprocedurer til LPR.

Initialt blev nedenstående koder etableret og er fortsat obligatoriske registreringer indtil anden beslutning tages i "Task Force for Patientforløb for kræft og hjerteområdet". Disse obligatoriske registreringer skal alle indberettes som procedurer.

### Obligatoriske procedurekoder

Kode	procedurer
ZZ0153A	Klinisk beslutning om endelig behandling <b>plus tillægskode for den diagnose, der indikerer proceduren</b>
BWW21C	Informeret samtykke til endelig behandlingsplan <b>plus tillægskode for den diagnose, der indikerer proceduren</b>

For en mere detaljeret beskrivelse af monitoreringsmodel, anvendte koder med videre, se Monitorering af kræftområdet.

### Pakkeforløb på hjerteområdet

Alle registreringer for pakkeforløb på hjerteområdet følger de generelle retningslinjer, som fremgår af 'Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter'.

For en mere detaljeret beskrivelse af monitoreringsmodel, anvendte koder mv. henvises til Sundhedsstyrelsens hjemmeside under Planlægning og kvalitet / Måling af kvalitet / Monitorering af hjerteområdet.



## 15 Data til brug for kvalitetsmåling

Registrering og indberetning til brug for opgørelse af kvalitetsmål omfatter alle patienttyper.

De enkelte områder er skitseret i det følgende.

Vedrørende begrundelserne for de udvalgte data henvises til kvalitetsmåleudvalgets rapport.

### Brud på lårbenshals

Hvis aktions- eller bidiagnosen er én af koderne:

Kode	Kodetekst
DS720	Fraktur af lårbenshals
DS721	Pertrokantær femurfraktur
DS721A	Intertrokantær femurfraktur
DS721B	Trokantær femurfraktur
DS722	Subtrokantær femurfraktur
DS727	Multiple frakturer af femur
DS728	Fraktur af anden del af femur
DS728A	Fraktur af femurhoved

...skal der **obligatorisk** registreres tillægskode for lateralitet:

(+)TUL1 'højre side' eller

(+)TUL2 'venstre side'

### Hofteledsalloplastik

Hvis operationskode tilhører afsnittene:

Kode	Kodetekst
KNFB*	Primære indsættelser af ledprotese i hofteledet
KNFC*	Sekundære indsættelser af ledprotese i hofteledet
KNFW*	Reoperationer efter op. på hofte og lår

...skal der **obligatorisk** registreres tillægskode for lateralitet:

(+)TUL1 'højre side' eller

(+)TUL2 'venstre side'

**Luksation af hoftedelesprotese**

Luxation af hoftedelesprotese registreres ved hjælp af diagnosekoden:

DT840A Mekanisk komplikation til hoftedelesprotese

Der skal **obligatorisk** registreres tillægskode for lateralitet:

(+)TUL1 'højre side' *eller*

(+)TUL2 'venstre side'

## 16 Definitioner og beskrivelser til patientregistreringen

### 16.1 Organisatoriske begreber

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
adresseafsnit (opholdsadresse)	det afsnit, der på et givet tidspunkt har det plejemæssige ansvar for patienten  <b>Bemærkning:</b> Patientens fysiske opholdsadresse under indlæggelsesperiode
afdeling	del af et sygehus, der er under fælles lægelig administrativ ledelse eller afdelingsledelse  <b>Bemærkning:</b> Svarer til enheder, der er medtaget i sygehus-afdelingsklassifikationens 6-karakters niveau. Afdeling opdeles i afsnit
afsnit	del af en afdeling bestemt for én eller få afgrænsede funktioner  <b>Bemærkning:</b> Svarer til sygehusafdelingsklassifikationens 7-karakters niveau. Alle indberetninger knyttes til afsnitsniveauet
akut modtageafsnit	sengeafsnit til brug for akut indlagte patienter  <b>Bemærkning:</b> Patienter ligger almindeligvis under et døgn på akut modtageafsnit og flyttes derfra til andet afsnit eller udskrives. Hvis patienten overføres til andet afsnit, tæller sengedagene fra akut modtageafsnit med på det nye afsnit. Hvis patienten udskrives fra akut modtageafsnit tæller sengedagene på akut modtagerafsnit
ambulatorium (ambulatorieafsnit)	afsnit, der varetager undersøgelse, behandling og kontrol af ambulante patienter
intensivafsnit	sengeafsnit med udstyr til intensiv behandling og overvågning  <b>Bemærkning:</b> Intensivafsnittets senge kan indgå i normeringen i egen (intensiv) afdeling eller i norme-



	ringen i klinisk stamafdeling
normeret sengeplads (normeret seng) (sengeplads)	seng i et sengeafsnit til anvendelse for indlagt patient  <b>Bemærkning:</b> I normeringen indgår personale til overvågning og pleje. Normerede sengepladser inkluderer senge på akut modtageafsnit, senge til intensiv behandling, hotelsenge (til indlagte patienter), kuvøser samt senge på neonatalafsnit. Vugger til nyfødte på fødeafsnit og senge på opvågningsafsnit medregnes ikke til de normerede sengepladser
opvågningsafsnit	afsnit med udstyr til overvågning af patienter efter anæstesi  <b>Bemærkning:</b> Afsnittet kan anvendes til såvel ambulante som indlagte patienter. Indlagte patienter disponerer desuden over en plads på et sengeafsnit. Sengepladserne i opvågningsafsnit medregnes ikke til sygehusets normerede sengepladser. Sengedage på opvågningsafsnit medregnes under stamafdelingen
patienthotel	afsnit på eller i tilknytning til sygehuset, der alene yder den til opholdet hørende kost og logi  <b>Bemærkning:</b> Patienthotellet er stamafsnit for 'hotel-patient', og adresseafsnit for patienter indskrevet på sengeafsnit
sengeafsnit	afsnit med normerede sengepladser med personale til overvågning og pleje, der varetager undersøgelse og behandling af indlagte patienter  <b>Bemærkning:</b> Hertil regnes også akutte modtageafsnit og intensivafsnit, men ikke opvågningsenge og vugger til nyfødte eller observationspladser i ambulatorier
serviceafsnit	afsnit, der yder assistanceydelse til klinisk stamafsnit  <b>Bemærkning:</b> Serviceafsnit er fx laboratorieafsnit eller røntgenafsnit. Denne definition omfatter ikke afsnitets "egne patienter"
skadestue (skadestueafsnit)	afsnit, der modtager akutte patienter til undersøgelse og behandling
stamafdeling	den afdeling, der har det lægelige ansvar for den aktu-

	<p>elle kontakt, og som har ansvaret for journalføringen samt gennemførelsen af de krævede registreringer og indberetninger</p> <p><b>Bemærkning:</b> Svarer til sygehusafdelingsklassifikationens 6-karakters niveau. Patienten er indskrevet på et stamafsnit (sengeafsnit eller ambulatorium) under stamafdelingen</p>
stamafsnit	<p>det afsnit, som patienten er indskrevet på</p> <p><b>Bemærkning:</b> Et stamafsnit er et sengeafsnit eller et ambulatorieafsnit</p>

## 16.2 Administrative begreber

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
afslutning af patientkontakt	ophør af patientkontakt
afslutning ved død (mors)	<p>afslutning af patientkontakt ved patients død</p> <p><b>Bemærkning:</b> Afslutningsmåde 8 = Død anvendes i alle tilfælde, hvor en kontakt afsluttes pga. patientens død. Kontaktens afsluttes på den dato, hvor afdelingen modtager besked om dødsfaldet</p>
afslutningsmåde	<p>angivelse af hvilken instans, patientkontakten afsluttes til</p> <p><b>Bemærkning:</b> Fx: (til) Alment praktiserende læge</p>
akut patient	<p>patient, der er modtaget uden iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner</p> <p><b>Bemærkning:</b> Patienter med en akut tilstand, der kræver umiddelbar klinisk handling. Patienten indskrives uden oprettelse af en henvisningsperiode, uanset patientens ”vej” til sygehuset. En akut patient kan også være en oprindeligt planlagt patient, der indskrives akut før det planlagte tidspunkt</p>

akut patientkontakt (akut kontakt)	<p>patientkontakt der ikke følger afdelingens normale planlægning</p> <p><b>Bemærkning:</b> ‘Akut’ anvendes i betydningen ”i forhold til akut tilstand”. ‘Akut’ betyder således, at fx indlæggelse skal ske umiddelbart, uanset om der er ledig kapacitet (”hul i kalenderen”) eller ej</p>
besøg	patients fremmøde i forbindelse med en patientkontakt, der ikke omfatter indlæggelse
barnepatient	<p>patient der ikke er fyldt 15 år</p> <p><b>Bemærkning:</b> Patienter der ikke er fyldt 15 år betragtes ifølge loven som inhabile, men patientens tilkendegivelser skal, i det omfang de er aktuelle og relevante, tillægges betydning</p>
færdigbehandlet patient	<b>Bemærkning:</b> en patient er færdigbehandlet i stationært regi, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs. når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling
habil patient	<p>voksenpatient der er i stand til at give informeret samtykke</p> <p><b>Bemærkning:</b> Afgørende er om den pågældende kan forholde sig fornuftsmæssigt til behandlingsforslag m.m.</p>
hjemmebesøg	<p>en klinisk persons besøg i patientens hjem</p> <p><b>Bemærkning:</b> Inkluderer det sted, hvor patienten bor eller fremtidigt skal bo. Indberetningen er afgrænset til sygehusansat klinisk personale. Ambulante patienter indberettes efter aftale med regionerne som besøg (besøgsdato) med obligatorisk procedurekode AAF6 for hjemmebesøg. For indlagte patienter indberettes hjemmebesøg med procedurekode AAF6 (uden besøgsdato)</p>
hotelpatient	<p>patient, der er indskrevet på et patienthotel</p> <p><b>Bemærkning:</b> Hotelpatienter indberettes som særskilte ambulante kontakter. Dette gælder dog ikke for patienter indskrevet som indlagte på klinisk stamafsnit</p>

	<p>med adresseafsnit på patienthotellet. Der kan ikke knyttes ydelser til denne særlige kontaktttype. Ydelser skal knyttes til kontakten (ambulant eller indlagt) på det kliniske stamafsnit</p>
indbragt patient	patient der uden aftale bringes i kontakt med sundhedsvæsenet af en anden person
indlæggelsesmåde	<p>angivelse af prioritet for kontaktstart</p> <p><b>Bemærkning:</b> Akut eller planlagt</p>
informeret samtykke	<p>samtykke der er givet ved en konkret kontakt på grundlag af fyldestgørende information fra en sundhedsprofessionel</p> <p><b>Bemærkning:</b> Dette samtykke kan være mundtligt eller skriftligt. Et samtykke til behandling (undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og sundhedsfaglige forebyggelsestiltag mv.) er patientens frivillige accept af at ville modtage en bestemt behandling</p>
inhabil patient	<p>voksenpatient der ikke er i stand til selv at give informeret samtykke</p> <p><b>Bemærkning:</b> Patienter der ikke er fyldt 15 år betragtes ifølge loven som inhabile, men patientens tilkendegivelser skal, i det omfang de er aktuelle og relevante, tillægges betydning</p>
kontaktslutdato (slutdato)	<p>dato for afslutning af en kontakt</p> <p><b>Bemærkning:</b> Omfatter udskrivningsdato og ambulant slutdato. Registreres som 'slutdato'. For ambulante patienter vil slutdato normalt være lig med sidste besøgsdato, fx hvor der træffes beslutning om at afslutte behandlingen. Slutdato kan godt ligge efter sidste besøgsdato, hvis patienten udebliver, hvis der afventes svar, før færdigregistrering kan foretages, eller hvis patienten dør før næste aftalte besøg. Det er obligatorisk at angive slutdato for psykiatriske skadestuekontakter, men fakultativt for somatiske skadestuekontakter</p>
kontaktstartdato (startdato)	dato for påbegyndelse af en kontakt

	<b>Bemærkning:</b> Anvendes for alle kontakttyper. Omfatter indlæggelsesdato, ambulant startdato og dato for skadestuebesøg. Registreres som 'startdato'
kontaktårsag (kontaktårsagskode)	overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset
kvalitetsmåling	del af kvalitetsovervågning hvor kvaliteten af en ydelse eller et produkt objektivt konstateres  <b>Bemærkning:</b> Kan evt. udføres vha. kvalitetsindikatorer. Resultat af kvalitetsmåling indgår i kvalitetsvurdering
midlertidigt inhabil patient	voksenpatient der midlertidigt ikke er i stand til selv at give informeret samtykke  <b>Bemærkning:</b> Fx bevidstløs patient
mundtligt samtykke	informeret samtykke der er afgivet mundtligt af en patient  <b>Bemærkning:</b> Er tilstrækkeligt for, at en sundhedsprofessionel kan indlede eller fortsætte en behandling, men det skal fremgå af patientens journal, hvilken information patienten har fået, og hvad patienten har tilkendegivet på baggrund af denne
patient	sundhedsaktør, der er genstand for en sundhedsaktivitet
patientkontakt (kontakt)	konkret kontakt mellem en patient og sundhedsvæsenet som udløser en administrativ registrering
patienttype	angivelse af en patients administrative relation til sygehuset  <b>Bemærkning:</b> Patienttype er: (0) indlagt patient, (2) ambulant patient og (3) skadestuepatient. Svarer således til kontakttypene
planlagt patient (elektiv patient)	patient, der er modtaget med iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner  <b>Bemærkning:</b> Patienten er klar til "første ledige hul" i kalenderen
planlagt patientkontakt (planlagt kontakt)	patientkontakt, der følger afdelingens normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner

(elektiv patientkontakt)	
pårørende (patientpåørende)	<p>person der har et tilknytningsforhold til en patient i forbindelse med en kontakt</p> <p><b>Bemærkning:</b> Se evt. Sundhedsstyrelsens vejledning, 1998-09-16 nr. 161</p>
rask forsøgsperson	<p>person, der modtager sundhedsrelateret aktivitet alene af forskningsmæssige grunde</p> <p><b>Bemærkning:</b> Er uden kendt eller formodet sygdom eller tilstand, der er relevant for den sundhedsrelaterede aktivitet</p>
screening (systematisk screening)	<p>tidlig opsporing der systematisk søger at finde ikke erkendte sygdomme og risikofaktorer</p> <p><b>Bemærkning:</b> Målgruppen er raske personer</p>
selvhenvender	patient, der på egen hånd kontakter sundhedsvæsenet uden aftale
skriftligt samtykke	<p>informeret samtykke der er afgivet skriftligt af en patient</p> <p><b>Bemærkning:</b> Anvendes i forbindelse med videnskabelige forsøg, ved større indgreb, komplicerede behandlinger med risiko for omfattende komplikationer, og hvor en sundhedsprofessionel vil være sikker på, at der ikke efterfølgende kan blive rejst tvivl om samtykkets indhold</p>
stiltiende samtykke	<p>informeret samtykke hvor en patients signaler og opførsel må forstås således, at der foreligger en accept</p> <p><b>Bemærkning:</b> Vil som regel kun være aktuelt i forbindelse med delelementer i et undersøgelses- og behandlings-forløb. Hvis en patient fx kommer til en konsultation hos egen læge, må lægen gå ud fra, at patienten stiltiende har givet sit samtykke til de almindelige undersøgelser, som foregår ved en konsultation</p>
sundhedsaktivitet	sundhedsrelateret aktivitet, der er rettet mod én patient
sundhedsaktør	aktør, der deltager i sundhedsrelateret aktivitet
telefonkonsultation/e-mail/SMS/video-	klinisk virtuel kommunikation med patient som led i behandling eller kontrol af sygdom, som resulterer i et

konsultation	<p>klinisk journalnotat</p> <p><b>Bemærkning:</b> Ydelsen (uden besøg) kan erstatte et fremmøde på hospitalet eller et hjemmebesøg, registreres med relevante SKS-koder, BVAA33* på den ambulante kontakt</p>
udebesøg	<p>møde mellem en patient og sundhedsfagligt uddannet personale på fx dagcentre, væresteder, kriminalforsorgen, rådgivningscentre m.m.</p> <p><b>Bemærkning:</b> Besøget sker som led i ambulansbehandling, undersøgelse, behandling eller kontrol. Indberetningen inkluderer ikke ambulansbesøg, hjemmebesøg, institutionsbesøg eller virksomhedsbesøg</p>
udtrykkeligt samtykke	<p>informeret samtykke hvor en patient bevidst og tydeligt giver udtryk for, at han/hun er indforstået</p> <p><b>Bemærkning:</b> Dette samtykke kan være mundtligt eller skriftligt</p>
varigt inhabil patient	<p>voksenpatient der varigt ikke er i stand til selv at give informeret samtykke</p> <p><b>Bemærkning:</b> fx pga. manglende udvikling eller pga. alderdomssvækkelse eller lignende. Endvidere må kronisk sindslidende ofte henregnes til denne gruppe af patienter</p>
voksenpatient	<p>patient der er fyldt 15 år</p> <p><b>Bemærkning:</b> Hos 15 til 17-årige er kompetencen endeligt lagt hos den unge ved uenighed mellem den unge og indehavere af forældremyndighed</p>

### 16.3 Henvisning og venteperiode

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
aktiv ventetid	del af venteperiode, hvor en patient har status som ventende

	<b>Bemærkning:</b> Status i aktive venteperioder kan fx være: venter på udredning, venter på behandling, venter på assistance
beslutningstidspunkt	tidspunkt for endelig stillingtagen til, hvilken behandling, som patienten skal modtage  <b>Bemærkning:</b> Beslutningstidspunkt afslutter udredningen
endelig behandling	den behandling, der klinisk vurderes til bedst at kunne afhjælpe det aktuelle sygdomsproblem  <b>Bemærkning:</b> Endelig behandling kan have et kurativt og/eller et palliativt sigte
erfarede ventetider	summen af de indberettede venteperioder hvor patienten har været aktivt ventende i hele venteforløbet.
henvisning	anmodning fra en henvisningsinstans til en sundhedsproducent om udførelse af eller medvirken til en sundhedsaktivitet  <b>Bemærkning:</b> Henvisninger oprettes udelukkende til planlagte kontakter. Henvisende instans kan være primærsektoren eller en anden afdeling eller afsnit. Denne definition omfatter ikke rekvisition til serviceafsnit eller andet afsnit, der ikke skal være stamafsnit for patienten
henvisningsdato	dato for modtagelse af en henvisning på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten  <b>Bemærkning:</b> Startdato for henvisningsperioden
henvisningsinstans (henvisende instans)	sundhedsaktør med henvisningsret til sundhedsvæsenet
henvisningsperiode	periode fra henvisningsdatoen til dato for første fremmøde på sygehuset  <b>Bemærkning:</b> Første fremmøde er indlæggelse eller første ambulante besøg
intern ventetid, til udredt	perioden fra henvisningsdato, til dato for beslutningstidspunkt for endelig behandling
intern ventetid, behandling	perioden fra dato for beslutningstidspunkt til dato for start af endelig behandling
omvisitering	afslutning af henvisning ved videre henvisning til an-



	det sygehusafsnit på grund af samme helbredsproblem
udredning	afklaring af, hvilken endelig behandling, der skal ske  <b>Bemærkning:</b> Udredning kan foregå ambulant, omfattende et eller flere besøg, eller under indlæggelse. Start på udredning afslutter henvisningsperioden. Udredning under indlæggelse afslutter venteperioden
udredningsperiode	periode fra start af udredning til beslutningstidspunkt  <b>Bemærkning:</b> Der kan i udredningsperioden ske behandling, dog ikke endelig behandling
udvidet fritvalg-sordning	tilbud om behandling på andet sygehusafsnit end det afsnit, hvortil patienten oprindeligt er henvist  <b>Bemærkning:</b> Hvis ventetiden til behandling overstiger 1 måned, skal patienten modtage et tilbud om behandling på andet sygehusafsnit
ventende patient (ventepatient) (ventelistepatient)	patient som afventer endelig behandling  <b>Bemærkning:</b> Patienten er ventende fra henvisningsdato indtil endelig behandling bortset fra eventuel mellemliggende udredningsperiode
venteperiode	periode hvor patienten venter - i forhold til den enkelte kontakt  <b>Bemærkning:</b> fx ventetiden før en udredning eller ventetid før en behandling
ventestatus	status for om en patient er ventende eller ikke ventende  <b>Bemærkning:</b> I hele henvisningsperioden skal der være en ventestatus. Hvis patienten udredes ambulant og der tages stilling til, at patienten skal behandles ambulant, indberettes ventestatus fra dato for stillingtagen til endelig behandling og til dato for endelig behandling
visitation	sundhedsfaglig vurdering af en patients behov for sundhedsaktiviteter og prioritering heraf på baggrund af en henvisning eller en patientkontakt

## 16.4 Indlæggelseskontakter

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
akut indlæggelse	indlæggelse, der har fundet sted uden iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner
indlagt patient (stationær patient)	patienttype for patient, der er indskrevet på et sengeafsnit og optager en normeret sengeplads <b>Bemærkning:</b> Indberettes som patienttype (0)
indlæggelsesdato	dato for påbegyndelse af en indlæggelseskontakt <b>Bemærkning:</b> Se kontaktstartdato
indlæggelseskontakt (indlæggelse)	patientkontakt på et sengeafsnit <b>Bemærkning:</b> Ved indlæggelse registreres startdato og indlæggelsestid og -minut
indlæggelsesmåde	angivelse af prioritet for start af indlæggelseskontakt <b>Bemærkning:</b> Akut eller planlagt
indlæggelsesperiode	periode fra indlæggelsesdato til udskrivningsdato
intern flytning (lille flytning)	flytning af en patient indenfor samme sengeafsnit <b>Bemærkning:</b> Adskiller sig fra overflytning ved at foregå inden for samme afsnit (samme 7-karakters sygehus-/afdelingsniveau)
overflytning (stor flytning)	udskrivning fra et sengeafsnit med umiddelbart efterfølgende indlæggelse på et andet sengeafsnit <b>Bemærkning:</b> Overflytning regnes som udskrivning og ny indlæggelse (andet 7-karakters sygehus/afdelingsniveau)
patientorlov (orlov)	periode i en indlæggelseskontakt, hvor patienten har tilladelse til at forlade sygehuset i op til 3 døgn <b>Bemærkning:</b> I forbindelse med helligdage kan orlovsperioden dog forlænges. Patienten disponerer

	over en sengeplads efter behov. Orlovsperioder skal ikke indberettes
stationær ydelse	ydelse givet til en indlagt patient  <b>Bemærkning:</b> Inkluderer eventuelle assistancer givet under indlæggelsesperioden
udskrivningsdato	dato for afslutning af en indlæggelseskontakt  <b>Bemærkning:</b> Se kontaktslutdato

## 16.5 Ambulante kontakter

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
ambulant besøg	besøg i forbindelse med ambulant patientkontakt, hvor stamafdelingen er involveret  <b>Bemærkning:</b> Hermed menes ethvert fremmøde på sygehuset, hvor der er deltagelse af klinisk personale fra stamafsnittet, uanset hvor besøget fysisk finder sted. Ambulant besøg omfatter ikke fremmøde på serviceafsnit uden besøg på klinisk stamafsnit (assistance) eller fremmøde på andet klinisk afsnit til assistancedydelse. Assistancer registreres som ambulant ydelse uden besøgsdato. Se også ambulant ydelse og assistance
ambulant besøgsdato (besøgsdato)	dato for ambulant besøg  <b>Bemærkning:</b> Se også ambulant ydelse
ambulant kontakt	patientkontakt på et ambulatorium  <b>Bemærkning:</b> Indberettede ambulante kontakter kan indeholde ambulante ydelser såvel som besøg (besøgsdato)
ambulant patient	patienttype for patient, der er indskrevet på et ambulatorium  <b>Bemærkning:</b> Indberettes som patienttype (2). En patient kan ikke modtage ydelser på en ambulant kontakt samtidig med, at der er en indlæggelsesperiode for

	samme sygdom. Alle ydelser givet i indlæggelsesperioden, skal registreres på indlæggelsen
ambulant ydelse	ydelse givet til en ambulant patient  <b>Bemærkning:</b> Omfatter ydelser produceret af stamafsnittet, assistancer produceret af andre kliniske afsnit og assistancydelser produceret af serviceafsnit. Ydelser givet i en indlæggelsesperiode for samme sygdom registreres på indlæggelseskontakten, jf. kommentar under ”ambulant patient”. Se også assistance og ambulant besøg
dato for første ambulante besøg	dato for den ambulante patients første ambulante besøg  <b>Bemærkning:</b> Kan være til udredning eller behandling
kontrolbesøg (kontrol)	planlagt ambulant besøg mhp. klinisk kontrol

## 16.6 Skadestuekontakter

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
skadestuekontakt	kontakt med et skadestueafsnit som stamafsnit  <b>Bemærkning:</b> Ethvert fremmøde (besøg) registreres som en selvstændig afsluttet kontakt
skadestuepatient	patienttype for patient, der er indskrevet på et skadestueafsnit  <b>Bemærkning:</b> Indberettes som patienttype (3). Indskrivning sker efter selvhenvendelse, henvisning eller indbringelse på grund af tilskadekomst eller anden akut opstået tilstand

## 16.7 Kliniske termer

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
kodeart	angivelse af den efterfølgende SKS-kodes registre-

	<p>ringsmæssige betydning</p> <p><b>Bemærkning:</b> Inkluderer arten ”tillægskode” (+), der angiver, at den efterfølgende SKS-kode er en tillægskode</p>
primærkode	<p>den første kode i en SKS-registrering</p> <p><b>Bemærkning:</b> fx er aktionsdiagnosen primærkode i den SKS-registrering, der består af en aktionsdiagnose med tillægskode</p>
SKS-klassifikation	<p>klassifikation der indgår i Sundhedsvæsenets Klassifikations System (SKS)</p> <p><b>Bemærkning:</b> SKS-klassifikationerne vedligeholdes af Sundhedsstyrelsen</p>
SKS-kode	<p>kode fra SKS-klassifikation</p> <p><b>Bemærkning:</b> Til registrering kan kun anvendes SKS-koder, der har en gyldighedsperiode, der omfatter en del af eller hele kontakten. Procedurekoder skal være gyldige på proceduredato. Der gælder herudover særlige regler i forbindelse med de forskellige registreringer</p>
(1) tillægskode	<p>kodeart, der angiver, at den efterfølgende SKS-kode er en tillægskode til den foranstillede primærkode</p>
(2) tillægskode	<p>SKS-kode, der supplerer primærkodens betydning</p> <p><b>Bemærkning:</b> Tillægskoden specificerer primærkodens betydning, fx sideangivelse til operationskode eller underbygger primærkodens information, fx indikation for procedure</p>

## 16.8 Diagnoseregistrering

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
aktionsdiagnose	den diagnose, der ved afslutning af en kontakt bedst angiver den vigtigste tilstand, som kontakten drejede

	<p>sig om</p> <p><b>Bemærkning:</b> Registreres med diagnosearten (A). Det er en klinisk vurdering, hvad der er den vigtigste tilstand (diagnose)</p>
bidiagnose	<p>diagnose, der supplerer beskrivelsen af den afsluttede kontakt</p> <p><b>Bemærkning:</b> Registreres med diagnosearten (B). Bidiagnoser supplerer aktionsdiagnosens beskrivelse af den afsluttede kontakt. Kun de klinisk betydende bidiagnoser skal registreres</p>
diagnose (diagnosetekst)	<p>vurderet helbredstilstand der er formaliseret</p> <p><b>Bemærkning:</b> Omfatter egentlige sygdomme, skader, andre lidelser, symptomer og kontaktårsager, inkl. ”obs. pro”, ”kontrol” m.m. Klassificeres efter ”Klassifikation af sygdomme”</p>
diagnose (diagnosekode)	<p>klassificeret betegnelse for en diagnose, der er optaget i gældende ”Klassifikation af sygdomme”</p> <p><b>Bemærkning:</b> Registreres med SKS-kode og specificeres evt. med tillægskode. I SKS-format (til indberetning) har disse koder et foranstillet ‘D’. Indberettes med angivelse af diagnoseart</p>
diagnoseart	<p>angivelse af den efterfølgende SKS-diagnosekodes registreringsmæssige betydning</p> <p><b>Bemærkning:</b> Diagnosearten vil normalt først blive endeligt fastlagt ved kontaktens færdigregistrering</p>
henvisningsdiagnose	<p>diagnose, der angives af henvisende instans som årsag til henvisning</p> <p><b>Bemærkning:</b> Registreres med diagnosearten (H)</p>
indikation	<p>vurderet helbredstilstand der benyttes som begrundelse for en intervention</p>
midlertidig diagnose (arbejdsdiagnose)	<p>diagnose, der anvendes som arbejdsdiagnose i det kliniske undersøgelses- og behandlingsforløb</p> <p><b>Bemærkning:</b> Diagnosearten (M) er reserveret til denne anvendelse. Indberettes ikke på afsluttede kon-</p>

	takter. Diagnosearten (M) må ikke anvendes for psykiatriske patienter
--	---

## 16.9 Procedureregistrering

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
akut procedure	procedure, der er gennemført uden iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner  <b>Bemærkning:</b> Procedurer udført akut kan registreres med tillægskoden (+)ATA1 akut
aflyst procedure	procedure, som ikke gennemføres på det tidspunkt, der er meddelt patienten  <b>Bemærkning:</b> Patienten er skriftligt eller mundtligt meddelt det oprindeligt planlagte tidspunkt
assistance	procedure, hvor producenten er forskellig fra stamafdelingen  <b>Bemærkning:</b> Der skelnes på sygehus- afdelingsklassifikationens 6-karakters afdelingsniveau. Der kan indberettes assistancer i henvisningsperioden
behandling	intervention, hvor sundhedsformål er at påvirke en patients helbredstilstand  <b>Bemærkning:</b> Behandlingsprocedurer foretaget af klinisk personale. Klassificeres efter gældende "Behandlings- og Plejeklassifikation", operationer dog efter gældende "Klassifikation af operationer". Der vil ved en række procedurer ofte samtidig ske "behandling" og "profylakse". Man vil i disse tilfælde tale om blot "behandling" eller "behandling og profylakse". Rent profylaktiske handlinger bør betegnes "profylakse" eller "forebyggelse"
deloperation	operation, der indgår som en del af et kirurgisk indgreb uden at være den "vigtigste operation"  <b>Bemærkning:</b> Indberettes med procedurearten 'D'

kirurgisk indgreb (indgreb)	<p>èn eller flere operationer udført i samme seance</p> <p><b>Bemærkning:</b> De operationer (operationskoder), der indgår i et kirurgisk indgreb, vil typisk være udført under samme anæstesi. Der skal foretages en klinisk vægtning af indgrebets operationer, se procedureart</p>
klinisk kontrol (kontrolundersøgelse) (kontrol)	<p>kontrol af patientens tilstand eller af en tidligere iværksat behandling</p> <p><b>Bemærkning:</b> Kontrol foretaget af klinisk personale</p>
operation (operationskode)	<p>procedure klassificeret i gældende operationsklassifikation</p> <p><b>Bemærkning:</b> En operation omfatter kun én operationskode. Klassificeres efter gældende ”Klassifikation af operationer”. I SKS-format (til indberetning) har disse koder et foranstillet ‘K’. Flere operationer kan indgå i ét kirurgisk indgreb</p>
planlagt procedure (elektiv procedure)	<p>procedure, der ønskes gennemført under iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner</p>
pleje	<p>procedure med plejemæssigt sigte</p> <p><b>Bemærkning:</b> Plejehandling foretaget af klinisk personale. Klassificeres efter gældende ”Behandlings- og Plejeklassifikation”</p>
primære operation	<p>den vigtigste operation i et kirurgisk indgreb</p> <p><b>Bemærkning:</b> Der skal udpeges én ”vigtigste operation” pr. indgreb. Denne indberettes med procedurearten ‘P’</p>
procedure (intervention) (handling) (ydelse)	<p>handling, der kan udføres på eller gives til en person med kontakt til sygehusvæsenet</p> <p><b>Bemærkning:</b> Procedurer omfatter undersøgelse, behandling pleje, forebyggelse og rådgivning. Klassificeres efter SKS-procedureklassifikationer</p>
procedureart (operationsart)	<p>angivelse af den efterfølgende SKS-procedurekodes registreringsmæssige betydning</p>



	<b>Bemærkning:</b> Omfatter ”primære operation” og ”deloperation”. Disse anvendes i registreringen af kirurgisk indgreb. Andre procedurer indberettes med procedurearten ”blank”
proceduredato	dato for udførelse af procedure  <b>Bemærkning:</b> Generelt registreres starttidspunktet
procedurekode	klassificeret betegnelse for en procedure, der er optaget i gældende SKS-procedureklassifikation  <b>Bemærkning:</b> Registreres med SKS-kode og specificeres evt. med tillægskode. Operationskoder indberettes med angivelse af procedureart
procedureminut	angivelse af minut for en procedures udførelse  <b>Bemærkning:</b> Generelt registreres starttidspunktet
proceduretime	angivelse af time for en procedures udførelse  <b>Bemærkning:</b> Generelt registreres starttidspunktet
producent	det afsnit, der har udført en procedure  <b>Bemærkning:</b> Registreres på sygehus- afdelingsklassifikationens 7-karakters afsnitsniveau
profylakse	procedure med forebyggende sigte  <b>Bemærkning:</b> Forebyggende handling foretaget af klinisk personale
rekvirent	det afsnit, der har bestilt en procedure  <b>Bemærkning:</b> Registreres på sygehus- afdelingsklassifikationens 7-karakters afsnitsniveau
reoperation	operation foretaget pga. en postoperativ komplikation inden for en måned efter den første operation  <b>Bemærkning:</b> Omfatter ikke operationer, der udføres, fordi den første operation (indgreb) ikke er lykkedes. Ekskluderer ”sekundær operation”
sekundær operation (sekundært indgreb)	opfølgende operation  <b>Bemærkning:</b> Omfatter indgreb, der indgår i serielle behandlingsprogrammer, inkl. korrektioner efter

	tidligere foretaget indgreb, fx ved behandling af misdannelser eller ved plastikkirurgiske behandlingsserier. Indgreb, hvor der tidligere har været foretaget indgreb, uden at dette kan betegnes som en komplikation til behandling. Der findes på en række områder koder for ”sekundære operationer”, fx udskiftning af en tidligere indsat hoftedelesprotese
telemedicin	digitalt understøttede sundhedsfaglige ydelser over afstand
undersøgelse	intervention hvor sundhedsformål er at belyse en patients helbredstilstand  <b>Bemærkning:</b> Diagnostiske procedurer foretaget af klinisk personale, udført med eller uden anvendelse af instrument/apparatur. Klassificeres efter gældende ”Undersøgelsesklassifikation” (under udarbejdelse). Profylaktiske handlinger bør betegnes ”profylakse” eller ”forebyggelse”
ydelse	procedure, der er udført

## 16.10 Komplikationsregistrering

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
komplikation til procedure (komplikation)	tilstand som er en utilsigtet følge af en procedure  <b>Bemærkning:</b> Omfatter utilsigtet følge af en procedure, uanset om denne har været gennemført korrekt eller mangelfuldt, om der har været svigt af anvendt apparatur, eller om komplikationen må tilskrives patientens tilstand eller andre forhold i øvrigt. Kan angives med relevant SKS-kode, der kan indberettes med arten ‘C’

## 16.11 Psykiatri

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
familieterapi	samtaleterapeutisk behandlingsmetode udført overfor familie af certificeret læge eller psykolog eller læge eller psykolog under uddannelse med henblik på certificering
individuel psykoterapi	samtaleterapeutisk behandlingsmetode udført overfor enkelt person af certificeret læge eller psykolog, eller læge eller psykolog under uddannelse med henblik på certificering
længerevarende patientfravær	periode i en indlæggelseskontakt, hvor en patient har tilladelse til at forlade sygehuset op til 30 døgn  <b>Bemærkning:</b> Gælder kun for psykiatrisk indlagte patienter. Patienten disponerer over en sengeplads efter behov. Må ikke forveksles med orlov som er op til 3 døgn. Længerevarende fravær skal ikke indberettes
parterapi	samtaleterapeutisk behandlingsmetode udført overfor par af certificeret læge eller psykolog eller læge eller psykolog under uddannelse med henblik på certificering
patientfravær uden aftale	periode i en indlæggelseskontakt, hvor en patient forlader sygehuset uden at der foreligger en aftale  <b>Bemærkning:</b> Gælder kun for retspsykiatriske indlæggelseskontakter. Med ordet retspsykiatri menes den form for psykiatri, der udøves på et retsligt grundlag enten ved undersøgelse eller ved behandling. Patienten disponerer over en sengeplads ved genindbringelse. Patientfravær uden aftale skal ikke indberettes
psykiatrisk dagbehandling	ophold på ambulans dagafsnit med deltagelse af personale tilknyttet dagafsnittet.  <b>Bemærkning:</b> 'Dagbehandling' registreres uanset varigheden af opholdet
psykoedukation i gruppe	undervisning af personer med sindslidelse og/eller deres pårørende med det formål at formidle viden om de pågældendes psykiske lidelse, behandling og om andre tiltag, som indgår i behandlingen og støtten til de pågældende, fx sociale tiltag
psykologisk undersøgelse	en psykologisk undersøgelse er en metode til belysning af intellektuelle, abstrakte og praktiske kompetencer, personlighedstræk, karakter og evt. psykopatologi. Den

	afdækker såvel den kognitive som den personligheds-mæssige struktur hos et menneske
startvilkår	angivelse af de juridisk-administrative forhold ved start af en psykiatrisk kontakt
ydelse uden besøg	denne betegnelse anvendes om ambulante ydelser, der ikke indgår i ambulante besøg, i hjemmebesøg og udebesøg. Visse ”ydelser uden besøg” skal obligatorisk indberettes

## 16.12 Graviditet mv.

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
abort	<p>abort af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger (<math>\leq 21+6</math>)</p> <p><b>Bemærkning:</b> Omfatter spontan og provokeret abort <math>&lt; 22</math> uger</p>
dødfødsel	<p>fødsel af barn uden livstegn efter 22 svangerskabsuger (<math>\geq 22+0</math>)</p> <p><b>Bemærkning:</b> Dette gælder uanset, om baggrunden er et indgreb efter abortloven. Dødfødsler indberettes til LPR via moderens fødselsoplysninger og desuden via særlig papirblanket. Der skal i disse tilfælde ikke indberettes en kontakt på barnet, men der skal foretages ligsyn og udstedes dødsattest.</p>
flernummer	angivelse af barnets nummer indenfor aktuelle graviditet
fødsel	<p>(mor) se fødselstidspunkt</p> <p><b>Bemærkning:</b> Fødslen som periode fra aktiv fødsel til barnet er helt ude (fødselstidspunkt) indgår ikke i registreringens definitioner. En graviditet kan omfatte flere fødsler, idet graviditeten kan fortsætte efter fx planlagt kejsersnit af et foster</p>
fødselstidspunkt	<p>tidspunkt, hvor barnet er helt ude af moderen</p> <p><b>Bemærkning:</b> Fødselstidspunktet bestemmer fødested, dvs. typen af fødsel (sygehus/hjemme/”på vej”) ud fra en registreringsmæssig betragtning</p>
”fødsel på vej”	fødsel, hvor barnet fødes udenfor hjem og sygehus

	<b>Bemærkning:</b> Registreres på sygehuset som ”fødsel på vej”
hjemmefødsel	fødsel, hvor barnet fødes i hjemmet  <b>Bemærkning:</b> Hjemmefødsler indberettes på blanket. Fødsel, der er startet i hjemmet, men hvor barnet ikke er født i hjemmet, betragtes ikke som hjemmefødsel
inkomplet hjemmefødsel	fødsel, hvor fødslen er startet i hjemmet eller på vej til sygehuset, hvor fødslen afsluttes på sygehus  <b>Bemærkning:</b> Fødslen er først komplet, når moderkagen (placenta) er kvitteret. Medregnes til sygehusfødsler
komplet hjemmefødsel	fødsel, hvor såvel barnet som moderkagen er født i hjemmet <b>Bemærkning:</b> Medregnes ikke til sygehusfødsler
levendefødt barn	barn, der efter fødsel/fremhjælpning viser livstegn  <b>Bemærkning:</b> Dette gælder uanset svangerskabslængde, og uanset, om baggrunden er et indgreb efter abortloven
paritet	antallet af gennemførte graviditeter inkl. dødfødsler  <b>Bemærkning:</b> Ved flere fødsler indenfor samme graviditet er pariteten for alle fødsler den samme - pariteten ved afslutning af den aktuelle graviditet
placentavægt	ved flerfoldfødsel registreres hver placenta for sig. Ved sammenhængende placenta registreres den totale vægt på hvert barn
provokeret abort	provokeret abort af et foster uden livstegn før udgangen af 22. svangerskabsuge
spontan abort	spontan abort af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger  <b>Bemærkning:</b> Efter 22 uger anvendes betegnelsen ”spontan fødsel af dødt barn”
sygehusfødsel	fødsel, hvor barnet fødes på sygehus

### 16.13 Cancer

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
anatomisk lokalisation	angivelse af tumors anatomiske lokalisation
anmeldelsespligtig sygdom (til Cancer registeret)	sygdom, hvor der gælder særlige krav om indberetning til Cancerregisteret
anmeldelsesstatus	angivelse af en anmeldelsespligtig sygdoms status i forhold til anmeldelse til Cancerregisteret  <b>Bemærkning:</b> Registreres som tillægskode til den anmeldelsespligtige diagnose
diagnosegrundlag	angivelse af undersøgelser der ligger til grund for diagnosen
recidiv (sygdomsrecidiv)	tilbagefald af sygdom efter periode med komplet eller partiel remission  <b>Bemærkning:</b> Den generelle betydning dækker enhver klinisk genkomst af en sygdom efter en periode uden klinisk erkendelig sygdomsaktivitet. For neoplastiske sygdomme inkluderer dette lokalt recidiv og fund af metastase efter sygdomsfri periode
stadium	den anmeldelsespligtige sygdoms udbredelse  <b>Bemærkning:</b> Registreres ved kontaktens start eller snarest derefter, dog senest 4 måneder efter kontaktens start

### 16.14 Skaderegistrering

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
aktivitet	aktivitet, som den skaderamte var i gang med på hændelsestidspunktet
branche	skadesramtes arbejdsgivers brancheområde  <b>Bemærkning:</b> Anvendes ved arbejdsulykker
hændelse	begivenhed, der forudgår skademekanismen og er en

	forudsætning for opståen af skade
produkt ved hændelse	involveret produkt i hændelse
produkt ved skademekanisme	involveret produkt i skademekanisme
Selvordshandling (selvskadehandling)	hændelse i form af tilsigtet handling, der med fortsæt fører til skade på egen person  <b>Bemærkning:</b> Se dog afgrænsning af selvmordsforsøg i kapitel 8
skademekanisme	direkte skadevoldende effekt på den skaderamte
skadested	sted, hvor skaderamte befandt sig på tidspunkt for skadens opståen
sportsaktivitet	<b>Bemærkning:</b> kan anvendes til yderligere specificering af skaderamtes sportsaktivitet på ulykkestidspunktet eller tidspunktet for voldshandling
trafikanontrolle for tilskadekomne	skaderamtes trafikanontrolle på ulykkestidspunktet  <b>Bemærkning:</b> Fx fodgænger, buspassager
transportform for modpart	modpartens transportform på ulykkestidspunktet
transportform for tilskadekomne	skaderamtes transportform på ulykkestidspunktet
transportmiddel	transportmiddel involveret i ulykkehændelse
uheldssituation	<b>Bemærkning:</b> specificerer omstændighederne ved en køretøjsulykke fx eneuheld, modpart i modsat færdselsretning
voldshandling	hændelse i form af tilsigtet handling, der med fortsæt fører til skade på anden person

## 16.15 Genoptræning

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
genoptræning	er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en patient, eventuelt pårørende og personale med formålet, at patienten opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne – bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt,

Definitioner/beskrivelser

	emotionelt og socialt
almindelig ambulantly genoptræning	almindelig ambulantly genoptræning anvendes som betegnelse for den ambulante genoptræning på sygehus, der ikke er specialiseret ambulantly genoptræning
specialiseret ambulantly genoptræning	specialiseret ambulantly genoptræning anvendes som betegnelse for en samlet genoptræningsindsats, der kræver et samtidigt eller tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau med henblik på en tæt koordinering af genoptræning, udredning og behandling
genoptræningsplan	for at regionerne kan opkræve betaling fra kommunen, skal der til grund for den ambulante genoptræning, ligge en genoptræningsplan. Udarbejdelsen og registreringen af genoptræningsplanen sker i sygehusregi, inden patienten udskrives. Denne registrering indberettes til LPR



## Teknisk del

### 17 Oversigt over data, der indgår i registreringen

Nedenstående tabel er en oversigt over hvilke data, der indgår i registrering af henholdsvis indlagte, ambulante patienter og skadestuepatienter.

Datanavn	Indgår i registreringen for		
	Indlagte patienter	Ambulante patienter	Skadestuepatienter
Sygehusnummer	X	X	X
Afdelings/afsnitsnummer	X	X	X
Personnummer	X	X	X
Kommunennummer	X	X	X
Startdato	X	X	X
Patienttype	X	X	X
Indlæggelsestidspunkt/starttidspunkt for ambulans kontakt/tidspunkt for ankomst til skadestue	X	X	X
Indlæggelsesminut/Startminut for ambulans kontakt/Minut for ankomst til skadestue	X	X	X
Henvisningsdato	X	X	
Henvisningsmåde	X	X	
Indlæggelsesmåde	X		
Startvilkår (kun for psykiatriske afd.)	X	X	
Slutdato	X	X	X <sup>1)</sup>
Udskrivningstidspunkt	X		X <sup>1)</sup>
Afsluttet til sygehusafsnit	X	X	X
Kontaktårsagskode	X <sup>2)</sup>		X
Afslutningsmåde	X	X	X
Kode for fritvalgsordning (kun private sygehuse)	X	X	
Henvisende sygehusafsnit	X	X	
Diagnoseart (indberettes sammen med SKS-diagnosekode)	X	X	X

Datanavn	Indgår i registreringen for		
	Indlagte patienter	Ambulante patienter	Skadestuepatienter
Diagnosekodennummer	X	X	X
Procedureart (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	X	X	X
Procedurekodennummer (SKS-kode)	X	X	X
Proceduredato (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	X	X	X
Proceduretime (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	X	X	X
Procedureminut (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	X	X	X
Kodennummer for producerende afsnit (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	X	X	X
Dato for besøg		X	
Ventestatus	X	X	
Startdato for ventestatus	X	X	
Slutdato for ventestatus	X	X	
Dato for afslået tilbud om behandling i andet sygehusafsnit	(X)	(X)	
Sygehusafsnitskode for det afsnit det afslåede behandlingstilbud er givet til	(X)	(X)	
Præcision for stedfæstelsen	(X)	(X)	(X)
UTM-zone for stedfæstelsen	(X)	(X)	(X)
X-koordinat	(X)	(X)	(X)
Y-koordinat	(X)	(X)	(X)

<b>Kun for fødsler</b>			
Paritet	X		
Barnets vægt	X		
Barnets længde	X		
Besøg hos jordemoder	(X)		
Besøg hos egen læge	(X)		
Besøg hos sygehusaf- snit/speciallæge	(X)		
Nummer ved flerfoldfødsel	X		

- 1) Fakultativ for somatiske skadestuepatienter
- 2) Fakultativ for indlagte psykiatriske patienter
- 3) (X) = fakultativ

