

Psykiatrisk registreringsvejledning

Indberetning til Landspatientregisteret

version 7.3 / maj 2012

“Psykiatrisk registreringsvejledning” er en aftalt del-leverance fra projektet ‘Udvikling af den psykiatriske patientregistrering i Landspatientregisteret’ (ref.1).

Udarbejdes af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med
Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS) og
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark (BUP-DK).

Psykiatrisk registreringsvejledning, version 7.3 © Sundhedsstyrelsen 2012

Sundhedsstyrelsen vedligeholder klassifikationer efter aftale med andre klassifikationsmyndigheder. Hele eller dele af denne publikation må ikke anvendes i kommercielt øjemed uden aftale med Sundhedsstyrelsen.

Hele eller dele af publikationen må umiddelbart anvendes til alle ikke-kommercielle formål, der omhandler kodning, registrering og indberetning af patientkontakter.

Forord

Denne vejledning er udarbejdet som led i projektet "Udvikling af den psykiatriske patientregistrering i Landspatientregisteret" i en arbejdsgruppe sammensat af repræsentanter fra Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS), Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark (BUP-DK) og Sundhedsstyrelsen (SST).

Medlemmer af arbejdsgruppen er:

Jens Buchhave (BUP-DK)

Søren Bredkjær (DPS)

Kirsten Hørder (BUP-DK)

Uwe Klahn (BUP-DK)

Ole Mors (DPS)

Jørgen Aagaard (DPS)

Hans Jørgen Søgaard (DPS)

Fra Sundhedsstyrelsen har deltaget:

Hanne Reinholdt, projektleder for "Udvikling af den psykiatriske patientregistrering i Landspatientregisteret"

Thomas Tjørnelunde Pedersen

Michael Nielsen

Ole B. Larsen

Kommentarer og forslag til såvel rettelser, som til nye koder og evt. forslag til udbygninger kan rettes til:

"Voksenpsykiatri" (speciale 50): Lægelig direktør Søren Bredkjær:

soeren.bredkjaer@shh.hosp.dk

Børne- og Ungdomspsykiatri (speciale 52): Led. overlæge Jens Buchhave: jbu@buh.aaa.dk

Vedr. vejledningens generelle opbygning samt de generelle afsnit: patientregistrering@sst.dk

Disse kontaktpersoner vil koordinere forslagene i forhold til kommende udgaver af vejledningen, samt i forhold til vedligeholdelse og udbygning af specialets koder og definitioner i samarbejde med Sundhedsstyrelsen.

Særligt vedr. 7.3 udgaven (maj 2012)

I forhold til 7.1 udgaven (juli 2011) er 7.3 udgaven revideret, således at der er overensstemmelse med "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2012". Det drejer sig om rettelser på side 19 tabel 4, hvor der er tilføjet værdi 5, Tvangstilbageholdelse, og tabel 5, hvor der er tilføjet værdi 0, Tvungen ambulant opfølgning, side 20 tabel 6, i 3. linje og side 32 tabel 10, i 8. linje hvor koden **DZ0462 Dom til psykiatrisk anbringelse** er blevet udstyret med en '*' - således at koden ændres til **DZ0462***, og derved omfatter koderne **DZ042A** og **DZ062B Dom til psykiatrisk anbringelse** på hhv. **sikringen** og **anden psykiatrisk afdeling**.

Indholdsfortegnelse

Forord	s. 3
Indholdsfortegnelse	4
Indledning	6
"Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter"	7
"Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser"	7
DRG	7
Kliniske kvalitetsdatabaser	8
Definitioner og termer	9
Kontaktmodellen	10
Løbende indberetning	10
Kontaktafslutning	11
Aktionsdiagnosen	11
Bidiagnoser	11
Udførte procedurer	11
Arbejdsgange	12
Administrative registreringer	12
Kontakter og besøg	12
Henvisnings- og vente-oplysninger	12
- Henvisningsdato	13
- Ventestatus	13
- Henvisningsdiagnose	14
- Henvisningsmåde	15
- Afbud til første fremmøde	15
- Omvisitering	15
- Ændring af stamafsnit efter start af udredning eller behandling	16
Kontaktårsag	17
Startvilkår for psykiatrisk kontakt	18
Retslige forhold	20
Tvangsforanstaltninger og frihedsberøvelse	20
Orlov	21
Fravær	21
Udeblivelse	21
Afslutningsmåde	22
Ydre årsag til skade	23
Ulykker	23
Vold og andre overgreb	24
Selvmord og selvmordsforsøg	25
Selvmutilation (selvtilføjet skade)	26
Patientbeskrivelse	29
GAF	29
Diagnoseregistrering	30
Definitioner	30
Retslige forhold	30
Henvisningsdiagnosen	31

Aktionsdiagnosen	31
- Psykiatrisk aktionsdiagnose-liste	32
Bidiagnoser	33
Grundsygdommen	33
"Obs. pro"	34
Misbrug	34
Forgiftning	34
Bivirkninger til behandling	35
"Anamnese med..."	35
Medicinske og kirurgiske diagnoser	36
Tillægskoder til diagnosekoder	36
Diagnoseliste	37
Forgiftninger	37
Selvtilføjjet skade	38
Vold og andre overgreb	39
"Anamnese med..."	40
Procedureregistrering	41
Definitioner	42
Principper for procedureregistreringen	45
- Afgrænsning af kategorierne	45
- Assistancer	46
- Tidsforbrug	46
- Antal behandlere	48
- Registrering ved anvendelse af tvangsforanstaltninger og frihedsberøvelse	48
- ECT-behandling	48
- Fysio- og ergoterapi	49
- Billeddiagnostiske undersøgelser	49
- Aflyste besøg	49
- Tillægskoder til procedurekoder	49
Procedureregistrering – indlæggelseskontakt	50
- Obligatoriske ydelser givet ved indlæggelseskontakt	50
- Færdigbehandlet i stationært regi	50
Procedureregistrering – ambulante besøg	51
- Dagbehandling	51
- Psykofarmakologisk behandling	51
- Obligatoriske ydelser givet ved ambulante besøg	52
Procedureregistrering – hjemmebesøg og udebesøg	53
- Obligatoriske ydelser givet ved hjemmebesøg og udebesøg	53
Procedureregistrering – ydelser uden besøg	54
- Obligatoriske ydelser uden besøg	54
Procedureregistrering – skadestuebesøg	55
- Obligatoriske ydelser givet ved skadestuebesøg	55
DIPSY-databasen	57
Referencer	58

Indledning

Denne publikation indgår i en serie af speciale-specifikke kode- og registreringsvejledninger, der udarbejdes i samarbejde mellem de lægefaglige specialer og Sundhedsstyrelsen.

Det primære formål med vejledningerne er at sikre en ensartet og brugbar dokumentation af sundhedsvæsenets kerneydelser, dvs. de rigtige registreringer på et relevant og formålsbestemt detaljeringsniveau.

"Psykiatrisk registreringsvejledning" er udarbejdet som en aftalt del-leverance fra projektet "Udvikling af den psykiatriske patientregistrering i Landspatientregisteret" (ref. 1). Dette projekt havde baggrund i, at registreringerne på det psykiatriske område dels ikke var dækkende, dels ikke er af tilstrækkelig høj kvalitet. Denne vejledning indeholder forbedrede definitioner, registreringskrav og vejledning til det kliniske og registreringsansvarlige personale.

Vejledningen skal dække de fælles basale krav til patientregistreringen, som alle voksen- samt børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger skal indberette til LPR. Kvalitetsregistreringer til DIPSY-databasen er fra 2006 integreret i indberetningen til LPR, og pr. 1. januar 2010 skal der ikke indberettes data til DIPSY-databasen.

Vejledningen indeholder, udover generelle og specifikke vejledningsafsnit, diagnose- og procedurelister med udvalgte SKS-koder - foreløbigt kun på det obligatoriske niveau. Det er planen, at krav og tilhørende vejledning gradvist vil blive udbygget efter behov. Der vil desuden kunne blive tale om revideringer på baggrund af erfaringer og resultater af indsatsen.

De registrerede data indberettes til LPR, hvorfra data anvendes til sundhedsstatistisk brug, til forskning og planlægning samt til afregningsformål i DRG/DAGS. Det overvejes at indføre aktivitetsfinansiering for psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri. Tidspunktet er endnu ikke fastsat. Desuden indgår LPR-data i registre og andre udtræk.

I stigende omfang anvendes data også i kliniske databaser - se afsnit "Kliniske kvalitetsdatabaser" - og denne registreringsvejledning skal også henlede opmærksomheden på, at de samme data kan anvendes til alle relevante formål.

Data registreres i dag i de patientadministrative systemer, hvorfra der sker en indberetning til LPR. Det er vigtigt, at de registrerede data, herunder de anvendte klassifikationer, kan anvendes i det daglige kliniske arbejde og understøtte det sammenhængende patientforløb.

Vejledningen indeholder dels generelle afsnit om "kontaktmodellen", administrative registreringer, diagnoseregistrering og procedureregistrering, dels noget om de specielle krav, der stilles i særlige situationer og sammenhænge.

I forlængelse af de generelle afsnit findes kodelister, der indeholder udvalgte koder fra Sundhedsvæsenets Klassifikations-System (SKS). De udvalgte koder dækker flertallet af de psykiatriske patientkontakter. I denne udgave af vejledningen er der kun medtaget de procedurekoder, det er obligatorisk at registrere. De generelle afsnit indeholder en række eksempler på registreringer.

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk/patientregistrering kan man finde en elektronisk udgave af såvel generelt som speciale-specifikt vejledningsmateriale.

Under www.medinfo.dk findes "SKS-Browser", hvor man kan søge i de aktuelle SKS-klassifikationer og hente udtræk.

"Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter"

De grundlæggende krav til indberetningen til LPR er beskrevet i "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" (ref. 2). Fællesindholdet dækker alle specialer og alle områder, hvor der stilles obligatoriske krav til registrering og indberetning.

Denne vejledning samler de dele af Fællesindholdet, der er relevante for registrering og indberetning fra psykiatriske samt børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, suppleret med yderligere specialeorienteret vejledning og eksempler, der ikke findes i Fællesindholdet. Målet har været at skabe et samlet overblik i én publikation.

"Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser"

Specialerne har allerede i bogen "Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser" et godt hjælpemiddel til diagnosticeringen og den efterfølgende diagnoseregistrering. Der henvises derfor til denne publikation, og en samlet diagnoseliste er ikke medtaget her. Enkelte udvalgte kodeafsnit findes under "Diagnoseliste", herunder de DX/DY-koder, der anvendes ved vold og selvtilføjjet skade.

I "Psykiatrisk registreringsvejledning" er medtaget principper og eksempler for diagnoseregistreringen, specielt når aktionsdiagnosen ikke er en psykiatrisk diagnose (DF-kode). Disse principper er generelle, baseret på Fællesindholdets kontaktmodel. Et eksempel er diagnosekodningen ved afkræftet mistanke om (psykisk) sygdom – "Obs. pro". Vejledningen er også tænkt som en generel indføring i disse registreringsprincipper.

DRG

Vedr. DRG og ambulant afregning (DAGS) henvises der til Sundhedsstyrelsens hjemmeside: <http://www.sum.dk/Sundhed/DRG-systemet/Takster.aspx> Der er pt. ikke taget nogen beslutning om indførelse af aktivitetsfinansiering på det psykiatriske område.

Kliniske kvalitetsdatabaser

De kliniske kvalitetsdatabaser indsamler oplysninger om sygdomme og behandlinger indenfor afgrænsede områder med henblik på at opgøre den behandlingsmæssige kvalitet.

Psykiatrien har følgende kvalitetsdatabaser:

BupBase

BupBase er en landsdækkende klinisk database indenfor børne- og ungdomspsykiatri, som anvendes på alle landets børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Data vedrørende alle patienter på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger inddateres.

Der er pt. ikke planlagt indberetning til BupBase via LPR.

Se evt. BupBasens hjemmeside eller www.sundhed.dk

NIP-skizofreni

Det Nationale Indikatorprojekt for skizofreni omhandler udvikling, afprøvning og implementering af indikatorer og standarder for kvaliteten af sundhedsvæsenets kerneydelser for patienter med diagnosen skizofreni. Databasen styres af regionerne.

Alle psykiatriske afdelinger i Danmark indrapporterer til databasen for indlæggelser ved udskrivning eller årligt og ambulante forløb årligt for patienter med diagnosen skizofreni.

Der er pt. ikke planlagt indberetning til NIP-skizofreni via LPR.

Se evt. NIPs hjemmeside.

DIPSY er lukket pr. 1. januar 2010

"Databasen for klinisk kvalitet i ambulant psykiatrisk behandling" med forkortelsen DIPSY stod for den landsdækkende database for den ambulante "voksenpsykiatri" (speciale 50).

Som den eneste psykiatriske kvalitetsdatabase er DIPSY fra den 1. januar 2006 fuldstændigt integreret i LPR og der skal pr. 1. januar 2010 ikke længere indberettes data til DIPSY-databasen, der nu er lukket.

Se evt. Center for Psykiatrisk Forsknings hjemmeside.

Definitioner og termer

Begreb	Definition
ambulant besøg	besøg i forbindelse med ambulant patientkontakt hvor stamafdeling er involveret
ambulant kontakt	patientkontakt på et ambulatorium
ambulant patient	patienttype for patient, der er indskrevet på et ambulatorium
ambulant ydelse	ydelse givet til en ambulant patient <i>Omfatter:</i> <ul style="list-style-type: none"> - ydelser produceret af stamafsnittet - assistancer produceret af andre kliniske afsnit - assistanceydelser produceret af serviceafsnit
endelig behandling	den behandling, der klinisk vurderes til bedst at afhjælpe det aktuelle sygdomsproblem
Henvisning	anmodning fra en henvisningsinstans til sygehusafdeling om at modtage en patient
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
Henvisningsinstans	sundhedsaktør med henvisningsret til sundhedsvæsenet
Hotelpatient	patient, der er indskrevet på et patienthotel
indlagt patient	patienttype for patient, der er indskrevet på et sengeafsnit og optager en normeret sengeplads
Indlæggelseskontakt	patientkontakt på et sengeafsnit <i>Patienten disponerer over en normeret seng</i>
normeret sengeplads	seng i et sengeafsnit til anvendelse for indlagt patient <i>I normeringen indgår personale til overvågning og pleje.</i> <i>Normerede sengepladser inkluderer senge på akut modtageafsnit, senge til intensiv behandling, hotelsenge (til indlagte patienter), kuvøser samt senge på neonatalafsnit.</i> <i>Vugger til nyfødte på fødeafsnit og senge på opvågningsafsnit medregnes ikke til de normerede sengepladser.</i>
Indlæggelsesmåde	angivelse af prioritet for start af indlæggelseskontakt (akut eller planlagt)
Indlæggelsesperiode	periode fra indlæggelsesdato til udskrivningsdato
Patienthotel	afsnit på eller i tilknytning til sygehuset, der alene yder det til opholdet hørende kost og logi
Patientorlov	periode i en indlæggelseskontakt, hvor en patient har tilladelse til at forlade sygehuset i op til 3 døgn
Skadestue	afsnit, der varetager undersøgelse og behandling af skadestuepatienter
Skadestuebesøg	besøg i forbindelse med en skadestuekontakt
Skadestuekontakt	kontakt med et skadestueafsnit som stamafsnit
Skadestuepatient	patienttype for patient, der er indskrevet på et skadestueafsnit
Udredning	afklaring af, hvilken endelig behandling, der skal ske.
Udredningsperiode	periode fra start af udredning til beslutningstidspunkt <i>Beslutningstidspunkt er det tidspunkt, hvor endelig behandling besluttet</i>

Venteforløb	patientens samlede venteperioder indenfor ét sygdomsforløb <i>Inkluderer evt. ventetid til assistancedydelse, hvor videre ambulat udredning og behandling må afvente assistancen</i>
Venteperiode	periode fra henvisningsdato til dato for endelig behandling
Ventestatus	status for om en patient er ventende eller ikke ventende
Visitering	sundhedsfaglig vurdering af en patients behov for sundhedsaktiviteter og prioritering heraf på baggrund af en henvisning eller en patientkontakt

Kontaktmodellen

Det vigtigste basisbegreb i patientregistreringen er patientkontakten. Forståelsen og brugen af dette begreb er en forudsætning for korrekt diagnose- og procedureregistrering.

Et patientforløb består ofte af en række kontakter. Patienten kan fx i en periode være indlagt, herefter ambulat, afbrudt af nye indlæggelser osv. Dette patientforløb splittes ved indberetningen til LPR op i en række uafhængige kontakter.

En patientkontakt er.....

- en indlæggelseskontakt
- en ambulat kontakt med et eller flere besøg og/eller ydelser
... ofte betegnet "ambulat forløb"
- et skadestuebesøg

Krav og generel vejledning til indberetning til LPR findes i "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" (ref. 2). Publikationen kan findes elektronisk (pdf) under Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk.

Løbende indberetning

Indlæggelseskontakter

Der sker en løbende indberetning af de uafsluttede indlæggelseskontakter. Herved indberettes de på indberetningstidspunktet tilstedeværende oplysninger i systemet. Det drejer sig først og fremmest om de registrerede diagnoser, inkl. den aktuelle aktionsdiagnose, og procedurer. Ved hver ny indberetning af den samme indlæggelseskontakt sker der en overskrivning i LPR af de tidligere indberettede oplysninger på kontakten. Uanset varigheden af indlæggelsen vil slutregistreringen, der sker i forbindelse med udskrivningen, således overskrive alle tidligere indberetninger og dermed være den afsluttede LPR-indberetning.

Det anbefales, at der sker en regelmæssig opdatering af indlæggelseskontaktens registreringer, når denne strækker sig over længere tid (mere end 1 måned).

De patientadministrative systemer kan være opbygget forløbsorienteret med datoangivelser (historik) på diagnoserne, hvorved en tidligere registreret aktionsdiagnose kan være afløst af en anden. Dette er vigtigt at være opmærksom på, idet slutregistreringens diagnoser skal være dækkende for den samlede kontakt.

Ambulante kontakter

LPR modtager løbende indberetninger af de enkelte ambulante besøg, dvs. de registreringer, der findes i systemet på datoen for det aktuelle besøg. I de patientadministrative systemer, der anvender datoangivelser (historik) på diagnoserne, kan en diagnose "overleve" flere am-

bulante besøg. Det er vigtigt, at diagnosebilledet hele tiden er korrekt opdateret, således at det enkelte besøg indberettes med de for besøget relevante diagnoser.

Af hensyn til datakvaliteten skal man derfor opfatte indberetningskravene som obligatoriske for det enkelte besøg.

Det anbefales således, at hvert besøg afsluttes med en komplet diktering af besøgets registreringer, dvs. aktionsdiagnose og tilhørende bidiagnoser og procedurer, således at der også eksplicit tages stilling til den aktionsdiagnose, der allerede er registreret på den ambulante kontakt - om denne fortsat er den bedst dækkende, eller om den skal ændres.

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 fx:

'Obs. pro' → diagnosekode 1 → diagnosekode 2

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

Kontaktafslutning

Ved kontaktafslutning skal aktionsdiagnosen og tilhørende bidiagnoser være dækkende for den samlede kontakt – indlæggelseskontakt, skadestuebesøg eller ambulante kontakt. Alle på kontakten registrerede ydelser vil blive indberettet sammen med denne slutindberetning af kontaktens diagnoser.

Skadestuekontakter

Der skal specielt gøres opmærksom på, at det fra 2007 er obligatorisk at indberette afslutningsdato- og tidspunkt for skadestuekontakter.

Aktionsdiagnosen

Aktionsdiagnosen er den 'diagnostiske etiket', der bedst beskriver kontakten/besøget, dvs. udtrykker "hvad man handlede på ved den aktuelle kontakt". Aktionsdiagnosen for den endelige LPR-indberetning skal være dækkende for hele kontakten. Det vil ofte være den vigtigste sygdomsdiagnose (DF-diagnosekode), der har været i fokus på den givne kontakt.

Men der er også kontakter, hvor der ikke er tale om sygdom, eller hvor konklusionen er "ikke sygdom". Disse ikke-sygdom situationer er særskilt omtalt i selvstændige afsnit under "Diagnoseregistrering – principper og eksempler".

Aktionsdiagnosen skal tilhøre listen over tilladte psykiatriske aktionsdiagnoser – se tabel 10.

Bidiagnoser

De "relevante bidiagnoser" supplerer ud fra en klinisk synsvinkel aktionsdiagnosens beskrivelse af indlæggelseskontakten eller det ambulante besøg. Heri indregnes patientens psykiatriske grundsygdom, hvis denne ikke er aktionsdiagnose, og andre relevante sygdomme og symptomer i forhold til den aktuelle kontakt.

Udførte procedurer

De procedurer, der udføres inden for kontaktens/besøgets tidsudstrækning registreres og indberettes på kontakten/besøget. Dette gælder også eventuelle assistancer - dvs. procedurer ydet af en anden afdeling end stamafdelingen, fx medicinske og kirurgiske assistance-ydelser, som er rekvireret af stamafdelingen som led i udredning, behandling og kontrol af patienten i den aktuelle kontakt. Eksempler er neurologisk undersøgelse og endoskopi eller billeddiagnostik udført af anden afdeling.

Det er i denne sammenhæng vigtigt, at der mellem de enkelte afdelinger er aftaler om, hvem der registrerer hvad.

Alle ydelser indberettes med proceduredato for start af ydelsen og producerende afdeling.

Arbejdsgange

Det er stamafdelingen, der har indberetningsansvaret for den enkelte kontakt. Dette betyder blandt andet, at indberetningspligtige procedurer udført som assistance af anden afdeling skal indberettes på kontakten, uanset hvem der i praksis registrerer ydelsen.

Det er afgørende for datakvaliteten, at der er rationelle arbejdsgange imellem klinikerens journalnotat/epikrise efter hvert besøg og ved udskrivning og registreringen af kontaktens data i det patientadministrative system.

Det vil således være meget hensigtsmæssigt, hvis sekretærens slutregistrering hhv. besøgsregistrering er understøttet af dikteringen: "Aktionsdiagnosen er kode/tekst...."; "Bidiagnoserne er kode/tekst...."; "Procedurer er kode/tekst...."; osv.

Der er udarbejdet et registreringssskema, der kan anvendes som et hjælpemiddel til klinisk registrering ved ambulant ydelsesregistrering. Skemaet findes sammen med denne vejledning under hjemmesiden: http://www.sst.dk/patientreg_psykiatri

Administrative registreringer

Kontakter og besøg

Kontaktmodellens begreber og tilhørende indberetninger er omtalt i forrige afsnit "Definitioner og termer".

I forbindelse med indberetningen af de kliniske diagnose- og procedureoplysninger indberettes en række administrative oplysninger om selve kontakten – hvornår og hvor den foregik, opstarts- og afslutningsoplysninger mm. Dette er beskrevet i de følgende afsnit.

Det skal jf. definitionerne bemærkes, at kontakten udgør tidsrammen for diagnoser og de ydelser, der udføres og registreres. Indenfor en ambulant kontakt kan ydelser være givet ved et ambulant besøg, hvor patienten er tilstede på sygehuset, ved et hjemmebesøg, ved et udebesøg eller udenfor disse som "ydelse uden besøg" – se "Procedureregistrering - principper og eksempler".

Der kan desuden være visse ydelser i henvisningsperioden – se nedenfor under "henvisningsdato".

Henvisnings- og venteoplysninger

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 gået via afdelingens planlægningskalender, 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 registreringer – se eksempler under "Ventestatus".

Til LPR skal der udover henvisningsdato indberettes ventestatus med start- og sluttidspunkt, henvisningsdiagnose, henvisningsmåde samt evt. oplysninger om patientens afslag på behandlingstilbud.

Henvisningsdato

Angiver datoen for modtagelsen af henvisningen på den afdeling, der skal være stamafdeling for patienten. Henvisningsperioden strækker sig fra henvisningsdato til datoen for patientens første fremmøde til udredning eller behandling på det kliniske stamafsnit. Henvisningsperioden er også venteperiode for patienten, med mindre der er tale om en planlagt periode efter patientens ønske, eller der er tale om en planlagt kontrol efter et klinisk bestemt tidsrum.

Der kan ud over ventetiden i henvisningsperioden være ventetid til behandling indenfor en igangværende ambulant kontakt – se eksempel B under ventestatus.

Ydelser i henvisningsperioden

Der kan godt være visse ydelser i henvisningsperioden, uden at dette afbryder denne, og uden at ventetiden derved afbrydes. Disse ydelser kan fx være:

- assistancer som laboratorieydelser og billediagnostik
- netværksmøde
- rådgivende samtale/visitationsmøde uden egentlig udredning eller behandling

Ventestatus

Venteperioden er perioden fra henvisningsdato til startdato for endelig behandling. I denne periode er patienten potentielt ventende, hvilket afspejles i den obligatoriske registrering af ventestatus.

Ventestatus angives som perioder, hvor patienten venter og, hvor patienten ikke venter – se følgende eksempler og tabel 1 med værdier for ventestatus. Ventestatus registreres med datoangivelser (start og slut) og kan skifte i venteperioden.

Hvis der i venteperioden er en udredningsperiode før beslutning om endelig behandling, fratrækkes denne i patientens ventetid. I udredningsperioden er patienten (25) 'Ikke ventende, under udredning'. Denne registrering er kun relevant i de tilfælde, hvor der senere følger en ventetid til (endelig) behandling på egen afdeling. Dette er illustreret i følgende eksempel B.

De hyppigste venteforløb er angivet med kode: Ventestatus-perioder:

A) 11: Ventende på udredning afsluttes ved kontaktstart til udredning/behandling

Eksempel A er det ambulante forløb eller indlæggelseskontakt, hvor der er et kontinuert forløb fra udredning direkte over i behandling, uden at der er en særskilt ventetid til behandlingen. Patienten oplever kun ventetid indtil første fremmøde – første ambulante besøg eller indlæggelse - til undersøgelse eller behandling på klinisk stamafsnit. I praksis er eksempel A det hyppigste forløb.

Status (11) 'Ventende på udredning' anvendes ved ventetid til udredning og ved ventetid til udredning og behandling i de tilfælde, hvor "udredning" og "behandling" ikke kan adskilles.

- B) 11: Ventende på udredning > 25: Ikke ventende, under udredning > 12: Ventende på behandling afsluttes ved start af behandlingskontakt

Eksempel B er det ambulante forløb, hvor patienten først venter på første ambulante besøg, hvor der foregår udredning, og efter udredningen venter på behandling på *samme afdeling*. Patienten oplever 2 perioder med ventetid – først til første fremmøde, og siden efter udredning til behandlingen, der pga. kapacitetsproblemer ikke kan opstartes på det klinisk set rigtige tidspunkt.

- C) 12: Ventende på behandling afsluttes ved start af behandlingskontakt

Eksempel C er den selvstændige behandlingskontakt, hvortil der er ventetid fra henvisningsdatoen til behandlingskontakten. Dette kan være til en indlæggelseskontakt på samme afdeling eller til en indlæggelseskontakt eller en ambulante kontakt på en anden afdeling. Ventetiden til behandling starter fra tidspunktet for beslutning om behandling, hvor der oprettes en henvisning (henvisningsdato = oprettelsesdato for denne henvisning) til den planlagte behandlingskontakt.

Tabel 1 Ventestatus	
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, til 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 #)

#) Kode 25 og 26 må kun benyttes for ambulante patienter, og perioden må kun ligge 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 behandlingskontakt, hvor patienten igen er ventende (status 12).

En mere udførlig beskrivelse findes i Fællesindholdet (ref. 2).

Henvisningsdiagnose

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

Henvisningsdiagnosen indberettes med diagnosearten 'H'. Henvisningsdiagnosen er ikke nødvendigvis lig med afdelingens arbejdsdiagnose.

Hvis en arbejdsdiagnose ønskes registreret, gøres dette som aktionsdiagnose med en uspecifik psykiatrisk diagnose - i første omgang på baggrund af henvisningen eller kendskab til patienten - indtil en mere specifik psykiatrisk diagnose kan stilles.

Se også "Henvisningsdiagnosen" og "Obs. pro" under diagnoseregistreringen.

Henvisningsmåde

Henvisningsmåde angiver den henvisende instans. Henvisningsmåde er obligatorisk for alle typer af kontakter.

Tabel 2 Henvisningsmåde	
0	Ingen henvisning
1	Alment praktiserende læge
2	Praktiserende speciallæge
A	Andet *)
E	Udlandet (Kun patienter, der direkte henvises fra udlandet)
F	Henvist fra sygehusafsnit #)
G	Henvist fra sygehusafsnit, venteforløb #)

*) Fx psykolog eller sagsbehandler

#) Inkluderer henvist fra eget afsnit

Ikke planlagte (akutte) kontakter har henvisningsmåde (0) 'Ingen henvisning'.

Henvisningsmåderne 'F' og 'G' anvendes ved henvisning fra sygehusafsnit. Til brug for sammenkobling af venteforløb anvendes 'G', når patienten efter udredning (forudgået af ventetid) på ét afsnit nu skal vente på ny kontakt – på eget eller andet sygehusafsnit. Henvisningsmåde 'F' og 'G' skal suppleres af angivelse af det afsnit, som patienten er henvist fra. Henvisningsdatoen på den nye kontakt sættes til datoen for modtagelse af henvisningen fra henvisende afdeling.

Afbud til første fremmøde

Hvis patienten melder afbud pga. sygdom, ferie eller anden årsag, skal afdelingen altid finde den første ledige efterfølgende tid til patienten. Ventestatus (23) 'Ikke ventende, efter patientens ønske' indberettes for perioden fra den først tilbudte tid til patienten møder til den nye tid.

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 datoen for modtagelse af henvisningen på det nye sygehus/afsnit indberettes med ventestatus (13) 'Ventende, omvisiteret fra andet afsnit'. Herefter skiftes ventestatus til relevant status, fx (11) 'Ventende på udredning'.

Den oprindelige henvisning afsluttes. Denne indberettes ikke til LPR.

Eksempel

❶ 13:Ventende, omvisiteret fra andet afsnit ❷ 11:Ventende på udredning afsluttes ved første besøg[⊘]

❶ dato for oprindelig henvisning på den første afdeling

❷ dato for modtagelse af henvisning på den anden afdeling

⊘) med mindre at der senere i forløbet er ventetid til behandling – se afs. "Ventestatus".

Ændring af stamafsnit efter start af udredning eller behandling

Hvis patienten derimod har haft mindst et besøg på det første afsnit, 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 henvisningsmåde (G) 'Henvist fra sygehusafsnit, venteforløb'.

*) *Vedr. afslutningsmåde – se dette.*

Kontaktårsag

Det er obligatorisk at indberette kontaktårsag for psykiatriske skadestuekontakter.

Indberetning af kontaktårsag for indlagte psykiatriske patienter er fakultativ fra 1. juli 2009. Kontaktårsagen angiver overordnet baggrunden for kontaktstart. Kontaktårsagerne er vist i følgende tabel 3.

Tabel 3 Kontaktårsager		
værdi	Kontaktårsag	Beskrivelse
1	Sygdom	<p>Sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion</p> <p>Inkl.</p> <ul style="list-style-type: none"> - indlæggelser begrundet i sygdom - indlæggelser begrundet i retsligt forhold - tvangsindlæggelser (rød og gul) - tvangstilbageholdelse - tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion - langvarig legemsbeskadigelse, hvor der ikke er tale om egentlig ulykke – fx nedslidning - forgiftning som følge af længerevarende påvirkning (48 timer eller derover), eller hvor påvirkningen ikke er betinget af ulykkesomstændigheder - selvmutilation <i>dvs. selvtilføjet skade, der ikke er selvmordsforsøg</i> - bivirkninger og andre komplikationer til medicinsk og kirurgisk behandling <i>ved normal terapeutisk dosering og hensigtsmæssigt udførte procedurer og handlinger</i> - medicinske, kirurgiske, psykiatriske og andre lignende tilstande uden udefra påført læsion - eller hvor påførte læsioner er sekundære i forhold til den tilstand, der ledte til kontakt med sundhedsvæsenet - følger efter tidligere behandling for sygdom
		<p>Ekskl.</p> <ul style="list-style-type: none"> - indlæggelser til mentalundersøgelse uden kendt sygdom – se (8)
2	Ulykke	<p>En ufrivillig hændelse karakteriseret ved en hurtigt-virkende kraft eller påvirkning, som kan ytre sig i form af skade på kroppen.</p> <p>Inkl.</p> <ul style="list-style-type: none"> - forgiftning som følge af kortvarig påvirkning (mindre end 48 timer) betinget af ulykkesomstændigheder - ulykker ved medicinsk/kirurgisk behandling - komplikationer til undersøgelse og behandling, der er opstået sfa. utilsigtet og uhensigtsmæssigt udført procedure eller handling <i>herunder ved fejldosering af lægemidler</i>
3	Voldshandling	Intenderet vold

		Inkl. - slagsmål, håndgemæng og mishandling - seksuelle overgreb
4	Selvmondsforsøg	Bevidst selvtilføjet skade, der falder ind under definitionen for selvmordsforsøg <i>Definition – se relevante afsnit</i>
		Ekskl. - selvmutilation - se (1) sygdom
5	Senfølge	Følge efter tidligere behandlet skade som følge af ulykke, voldshandling eller selvmordsforsøg
8	Andet	Anvendes i de tilfælde, hvor hovedårsagen til kontakten ikke er en af ovenstående Inkl. - indlæggelse til mentalundersøgelse - barn indlagt i henhold til Lov om Social Service
9	Ukendt/uoplyst	<i>Anvendes kun undtagelsesvis, når en af ovenstående ikke kan angives</i>

Det anbefales, at kontaktårsagsregistreringen ved indhentning af relevant information gøres så korrekt som muligt. Hvis oplysninger fremkommet senere på kontakten ændrer den allerede registrerede antagelse, skal dette rettes i kontaktårsagen.

'Sygdom' er således, på trods af at det selvfølgelig er den hyppigste, en udelukkelseskontaktårsag – baseret på viden om, at der *ikke* er tale om en af de andre kontaktårsager

Det er vigtigt at være opmærksom på, at selvom meget eventuelt kan tilbageføres til patientens grundsygdom og den dermed tilhørende adfærd, så er det den umiddelbare baggrund for den enkelte kontakt, som kontaktårsagen beskriver.

Afhængig af kontaktårsagen er der forskellige krav til den videre registrering og indberetning – se afsnittene "Ulykker", "Vold og andre overgreb" og "Selvmord og selvmordsforsøg".

Startvilkår for psykiatrisk kontakt

Startvilkår angiver de juridisk-administrative forhold som baggrund for start af psykiatrisk kontakt.

Det er obligatorisk at registrere startvilkår ved start af alle psykiatriske indlæggelses-kontakter og ambulante kontakter. Der er forskellige mulige værdier for startvilkår for indlagte hhv. ambulante patienter – se tabel 4 og 5.

Startvilkår for indlagte patienter

Det er obligatorisk at registrere startvilkår for alle indlæggelseskontakter. Startvilkår for indlagte patienter indeholder det, der tidligere blev betegnet som "indlæggelsesvilkår".

Tabel 4 Startvilkår for indlagte patienter	
værdi	angivelse af de juridisk-administrative forhold ved start af en psykiatrisk indlæggelseskontakt
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-observand
B	Indlagt som varetægtssurrogatfængslet
C	Overført varetægtsarrestant
D	Indlagt i henhold til farlighedsdekret
E	Indlagt i henhold til andet retsligt forhold
G	Retslig patient indlagt frivilligt

Indlagt i henhold til andet retsligt forhold Fx udvist patient, hvor foranstaltningen er ophævet jf. Udlændingelovens § 71.

Retslig patient indlagt frivilligt Fx patient med dom til behandling, som er mødt op i skadestuen og ønsker at blive indlagt frivilligt.

Ambulante startvilkår

Det er obligatorisk at registrere startvilkår for alle ambulante kontakter.

Tabel 5 Startvilkår for ambulante patienter	
værdi	angivelse af de juridisk-administrative forhold ved start af en psykiatrisk ambulat kontakt
K	Almindelig frivillig ambulant
L	Ambulant behandling i henhold til vilkår
M	Ambulant behandling i henhold til dom
N	Ambulant mentalundersøgelse
O	Tvungen ambulant opfølgning
P	Barn til ambulant undersøgelse i henhold til Lov om Social Service
R	Andet ambulant retsligt forhold

Andet ambulant retsligt forhold Det kan fx være en patient til ambulant mentalundersøgelse. Undersøgelser som i Østdanmark bliver foretaget på Justitsministeriets Retspsykiatriske Klinik og i Vestdanmark på de psykiatriske afdelinger. Det kan også være en social- eller civilretslig undersøgelse der foregår ambulant

Retslige forhold

Retslige forhold afspejles dels i det registrerede startvilkår, dels i diagnoseregistreringen (DZ046*-kode).

Tvangsforanstaltninger og anden frihedsberøvelse samt startvilkår med hjemmel i Lov om Social Service medregnes ikke til "retslige forhold" – se følgende afsnit.

Et retsligt forhold kan ved kontaktstart være eneste eller medvirkende årsag til kontakten eller kan opstå i løbet af en kontakt, der er startet med et andet retsligt forhold, eller som ikke er startet med et retsligt forhold. I de sidste 2 tilfælde vil startvilkåret ikke afspejle det nye retslige forhold, her vil oplysningen alene fremgå af DZ046-koden.

Et retsligt forhold skal under alle omstændigheder fremgå af kontaktens diagnoser:

- hvis kontakten er startet med det retslige forhold som eneste eller væsentligste begrundelse, skal relevant DZ046-kode registreres som aktionsdiagnose
- i alle andre tilfælde skal DZ046-kode(r) registreres som bidiagnose(r)

Tabel 6 DZ046-koder til angivelse af "retsligt forhold"	
DZ0460	Retspsykiatrisk undersøgelse
DZ0461	Dom til psykiatrisk behandling
DZ0462*	Dom til psykiatrisk anbringelse
DZ0463	Civilretslig psykiatrisk undersøgelse
DZ0464	Socialretslig psykiatrisk undersøgelse
DZ0468	Anden retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning
DZ0469	Retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning uden specifikation

Ændring af retsligt forhold

Hvis der i løbet af en kontakt sker væsentlige ændringer i det retslige forhold, skal kontakten lukkes og der registreres relevant diagnosekoder i ny kontakt.

Når et retsligt forhold afsluttes eller påbegyndes, skal den igangværende kontakt samtidig afsluttes, og en ny kontakt oprettes umiddelbart herefter med den nye diagnosekode.

Tvangsforanstaltninger og frihedsberøvelse

Tvangsforanstaltninger foretaget på psykiatriske afdelinger er indberetningspligtige ifølge Psykiatriloven. Indberetning til Registeret over anvendelse af tvang i psykiatrien foretages elektronisk til Sundhedsstyrelsen via Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem (SEI).

Se på adressen: www.indberetning.sst.dk

ECT-behandling givet under tvang skal indberettes til LPR – se Procedureliste/"ECT-behandling".

Tvangsindlæggelser

Tvangsindlæggelser på røde og gule papirer registreres i startvilkår. Der er ingen yderligere obligatoriske indberetninger til LPR.

Der skal ikke ske en udskrivning, hvis tvangsforanstaltningen bortfalder, men patienten forbliver indlagt.

Overflytning af tvangsindlagt/tvangstilbageholdt patient til somatisk afdeling

Hvis en tvangsindlagt/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.

Andre foranstaltninger

Der er ingen obligatoriske registreringer.

Orlov

Patienten kan have orlov i normalt op til 3 døgn. I forbindelse med helligdage kan orlovsperioden dog forlænges tilsvarende. Indenfor dette tidsrum disponerer patienten fortsat over sin sengeplads og skal derfor ikke udskrives.

Orlov har følgende definition og beskrivelse:

patientorlov (orlov)	periode i en indlæggelseskontakt, hvor patienten har tilladelse til at forlade sygehuset i op til 3 døgn
----------------------	--

Patienten disponerer over en sengeplads efter behov.

Orlovsperioder indberettes ikke.

Fravær

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

længerevarende patientfravær	periode i en indlæggelseskontakt, hvor en patient har tilladelse til at forlade sygehuset op til 30 døgn
patientfravær uden aftale	periode i en indlæggelseskontakt, hvor en 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. Patienter disponerer fortsat over sin sengeplads.

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

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

Udeblivelse

Hvis patienten udebliver fra planlagt ambulant besøg, og der ikke efterfølgende aftales en ny tid, lukkes kontakten administrativt med afslutningsmåde (7) 'Udeblevet' – se oversigt over afslutningsmåder nedenfor.

Hvis det er første fremmøde, som patienten udebliver fra, afsluttes henvisningen, og der sker ikke en kontakt-indberetning til LPR. Ydelser registreret i henvisningsperioden vil i disse tilfælde ikke blive indberettet.

Afslutningsmåde

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

Tabel 7 Afslutningsmåde	
1	Alment praktiserende læge
2	Praktiserende speciallæge
4	Ingen lægelig opfølgning
7	Udeblevet (kun for ambulante patienter)
8	Død
A	Andet
E	Behandling i udlandet (hvor sygehus 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 (4) 'Ingen lægelig opfølgning' 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.

Afslutningsmåde F-L anvendes, når patienten skal fortsætte behandling på et andet sygehusafsnit. Hvis der er tale om et forløb med flere venteperioder med forventet ventetid på det afsnit, som patienten henvises til, anvendes afslutningsmåderne G eller L. Disse anvendes efterfølgende til kobling af patientens samlede ventetid i forløbet.

Ydre årsager til skade

Registreringerne ved ulykke, vold og selvtilføjet skade omfatter kontakter, hvor en ydre årsag udgør eneste, overvejende eller medvirkende baggrund for kontakten, og situationer, hvor der indenfor en igangværende kontakt sker tilsvarende hændelser.

De følgende registreringsprincipper er fælles for hændelserne ulykke, vold og selvtilføjet skade, inkl. selvmord og selvmordsforsøg.

- Hvis en anden afdeling først har undersøgt eller behandlet patienten – typisk somatisk skadestue – skal registreringen på psykiatrisk afdeling tage udgangspunkt i (kontaktårsagen) 'sygdom', og der registreres efter principperne "**før-før aktuelle kontakt**" vist i Tabel 9A
- Hvis psykiatrisk afdeling er den første afdeling, som patienten er i kontakt med efter ulykke, voldshændelse eller selvtilføjet skade, skal der registreres efter principperne "**før aktuelle kontakt**" vist i Tabel 9B
- For hændelser, der optræder under en igangværende kontakt, skal der registreres efter principperne "**under igangværende kontakt**" vist i Tabel 9C

Kontaktårsagerne (2) 'Ulykke', (3) 'Voldshandling' og (4) 'Selvmordsforsøg' kommer kun i anvendelse på den første kontakt efter hændelsen. I disse tilfælde er der yderligere registreringskrav til dels diagnoser, dels til registrering efter "Nordisk Klassifikation af Ydre Årsager til Skade" (Tabel 9B).

I alle andre tilfælde begrænser kravene sig til diagnoseregistreringen (Tabel 9A/9C).

Ulykker

Se definition og uddybende beskrivelse under kontaktårsag (2).

Ulykker medførende skade eller mistanke om skade afgrænses fra selvtilføjet skade og vold ved at være en ufrivillig hændelse. Når en kontakt starter som (overvejende) følge af ulykke, registreres dette med kontaktårsagen (2) 'Ulykke'.

Afgrænsningen mellem "frivillige" og ufrivillige omstændigheder kan i nogle tilfælde være svær, hvilket kan være medvirkende til, at der er en betydelig underrapportering af de ikke-ufrivillige hændelser – dvs. kontaktårsagerne 3 og især 4.

Tabel 8	Kontaktårsager
1	Sygdom (inkl. anden selvtilføjet skade)
2	Ulykke
3	Voldshandling
4	Selvmordsforsøg
5	Senfølge
8	Andet (inkl. mentalundersøgelse og Barn indlagt i henhold til Lov om Social Service)
9	Ukendt/uoplyst

Selvtilføjet skade, der ikke er selvmord eller selvmordsforsøg, betegnes her "anden selvtilføjet skade" og henregnes til kontaktårsagen 'sygdom' - se dog den brede definition på selvmordsforsøg.

Ulykke før aktuelle kontakt registreres dels med kontaktårsagen (2) 'Ulykke', dels med ulykkeskoder, der nærmere beskriver ulykkesomstændighederne (ydre årsag til skade).

Princippet er skematisk vist i Tabel 9B.

Ulykkeskoderne findes i "Nordisk Klassifikation af Ydre Årsager til Skade" (NCECI 4. udgave), der klassificerer forskellige aspekter af den ydre årsag til skade, dvs. omstændigheder vedr. den hændelse, der har medført skaden.

Der kodes i forbindelse med ulykkehændelser (EUH*), voldshandlinger (EUV*) og selvska-
dehandlinger (EUW*) for skadested (EUG*), skademekanisme (EUS*), aktivitet (EUA*),
Transportmiddel (involveret) (EUK*). Ved køretøjsulykker (EUK0) skal der registreres tillægs-
kode for transportform for tilskadekomne (EUP*) hhv. modpart (EUM*).

Princippet for disse kodninger er de samme for kontaktårsagerne (2) 'Ulykke', (3) 'Volds-
handling' og (4) 'Selvmordsforsøg'.

Der henvises til Fællesindholdet for en nærmere beskrivelse (ref. 2).

Den psykiske eller evt. somatiske skade registreres med relevant(e) diagnosekode(r). Akti-
onsdiagnosen er den vigtigste skade (eller mistanke om skade). Ved forgiftning med psykisk
manifestation anvendes kode fra DF10-19, der yderligere specificeres med ATC-tillægskode
ved forgiftning med lægemiddel eller med DT40-/DT43-tillægskode ved forgiftning med nar-
kotisk stof – se nærmere under "Forgiftning". Eventuelle øvrige skader registreres som bi-
diagnoser.

Patientens psykiatriske grundsygdom(me) registreres ligeledes som bidiagnose(r).

Ved ulykke under igangværende kontakt registreres der efter princippet vist i Tabel 9C.

I disse tilfælde afspejles dette kun i diagnoseregistreringen (bidiagnose).

Vold og andre overgreb

Se også de generelle kommentarer ovenfor under "Ulykker", herunder kodning af ydre årsag efter "Nor-
disk Klassifikation af Ydre Årsager til Skade".

Vold og andre overgreb omfatter bevidste handlinger udført af anden person med skade eller
andre følger for patienten

Inkluderer seksuelle overgreb

Voldshandling før aktuelle patientkontakt registreres dels med kontaktårsagen (3) 'Volds-
handling', dels med koder fra "Nordisk Klassifikation af Ydre Årsager til Skade", der nærmere
beskriver omstændighederne ved voldshændelsen.

Som aktionsdiagnose registreres relevant kode fra kodeafsnittene DX85-99 eller DY00-09.

Eventuelle psykiske eller somatiske skader registreres som bidiagnoser med relevant(e) di-
agnosekode(r).

Patientens eventuelle psykiatriske grundsygdom(me) registreres ligeledes som bidiagnose(r).

Ved voldshændelse *indenfor* igangværende patientkontakt registreres relevant kode fra
DX85-99 eller DY00-09 som bidiagnose, evt. suppleret af bidiagnose(r) for skade(r).

Ved voldshændelse under igangværende kontakt registreres der efter princippet vist i Tabel 9C.

I disse tilfælde afspejles dette kun i diagnoseregistreringen (bidiagnose).

Selv mord og selvmordsforsøg

Se også de generelle kommentarer under "Ulykker", herunder kodning af ydre årsag efter "Nordisk Klassifikation af Ydre Årsager til Skade".

Et selvmord er en handling med dødelig udgang, som afdøde med viden eller forventning om et dødeligt udfald selv havde foranstaltet og gennemført med det formål at fremkalde de af den døde ønskede forandringer (ref. 1)

Det bemærkes, at den afdøde selv var klar over, at handlingen var forventeligt dødelig, og at personen selv havde foranstaltet og gennemført handlingen, uanset om andre har været involveret eller ej.

Selv mord før sygehuskontakt indberettes ikke til LPR.

Et selvmordsforsøg er en 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 (ref. 1)

Denne nutidige definition (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 meget bredere end den almensproglige opfattelse af termen.

Dette kan være en vigtig årsag til, at der er en betydelig underrapportering af selvmordsforsøg. En anden grund kan være det sundhedsfaglige personales personlige holdninger til patientens integritet. Endelig kan ufuldstændig indhentning af oplysninger om den aktuelle situation være et element.

Det er vigtigt at forholde sig til den brede definition af selvmordsforsøg, også i forhold til registreringen, således at registreringen kan indgå i den epidemiologiske kortlægning og som baggrund for forebyggelsesindsatsen overfor selvmord og selvmordsforsøg. Det er afdelingernes opgave at sikre rutiner for en korrekt registrering af selvmordsforsøg.

Selv mordsforsøg før aktuel kontakt

Denne beskrivelse gælder kun for de tilfælde, hvor psykiatrisk afdeling har den første kontakt efter selvmordsforsøget. Registreringsprincipperne er vist i Tabel 9B.

Selv mordsforsøg før aktuel patientkontakt registreres dels med kontaktårsag (4) 'Selvmordsforsøg', dels med koder fra "Klassifikation af Ydre Årsager til Skade", der nærmere beskriver omstændighederne ved hændelsen.

Der henvises til Fællesindholdet for yderligere beskrivelse (ref. 2).

Som aktionsdiagnose registreres relevant kode fra kodeafsnittet DX60-84 'Tilsligtet selvbeskadigelse'.

Hvis selvmordsforsøget har medført psykisk eller somatisk skade, registreres dette som bi-diagnose(r) med relevant(e) diagnosekode(r).

Patientens eventuelle psykiatriske grundsygdom(me) registreres som bidiagnose(r).

Selv mord og selvmordsforsøg under igangværende kontakt

Selv mord og selvmordsforsøg under igangværende kontakt afspejles ikke i kontaktårsagen. I disse situationer registreres relevant kode fra kodeafsnittet DX60-84 'Tilsligtet selvbeskadigelse' som bidiagnose.

Registreringsprincipperne er vist i Tabel 9C.

Aktionsdiagnosen er den for kontakten vigtigste sygdoms- eller symptomdiagnose.

Hvis selvmordsforsøget har medført psykisk eller somatisk skade, registreres dette som bidiagnose(r) med relevant(e) diagnosekode(r).

Selv mutilation (anden selvtilføjet skade)

Anden selvtilføjet skade, der ikke falder ind under begreberne selvmord eller selvmordsforsøg registreres med kontaktårsag '1' (sygdom).

Den psykiatriske diagnose registreres som aktionsdiagnose.

Som bidiagnose registreres desuden relevant kode for ydre årsag fra kodeafsnittet DX60-84 'Tilsligtet selvbeskadigelse'. I disse koder specificeres, om handlingen er sket før eller under kontakten.

Betydende somatisk(e) skade(r) registreres ligeledes som bidiagnose(r).

Tabel 9

Oversigt over sammenhæng mellem hændelse, kontaktårsag, diagnoseregistrering og kodning af ydre årsag efter "Nordisk Klassifikation af Ydre Årsager til Skade" (NCECI)

Forklaringer

(A): aktionsdiagnose (B): bidiagnose

(A) Skade: Vigtigste skade (el. mistanke om skade) registreret som aktionsdiagnose

(B) Skade: Psykisk/somatisk skade registreret som bidiagnose

(A) Psyk-diagnose: Psykiatrisk diagnose registreret som aktionsdiagnose

(B) Psyk-diagnose: Psykiatrisk diagnose registreret som bidiagnose

#) se Fællesindholdet (ref. 2)

Kommentarer

- Læg mærke til, at aktionsdiagnosen er i overensstemmelse med kontaktårsagen
- Ved forgiftning med psykoaktivt stof anvendes DF10-19 til kodning af 'Skade'
- Hvis der er flere skader (psykiske/somatiske), registreres disse som bidiagnoser
- Som bidiagnoser registreres desuden betydende symptomer

Tabel 9A

Hændelsen ligger før *tidligere* kontakt, der typisk er en somatisk skadestue

Psykiatrisk afdeling er anden afdeling efter hændelsen, og kontakten har en klinisk sammenhæng til hændelsen

Før-før aktuelle kontakt			
Hændelse før tidligere kontakt	Kontakt-årsag - værdi <u>aktuel</u> kontakt	Diagnoser	Ydre årsag (Nordisk Klassifikation af Ydre Årsager til Skade) #)
Ulykke	1 'sygdom'	(A) Psyk-diagnose (B) Skade	nej
Vold	1 'sygdom'	(A) Psyk-diagnose (B) DX85-99;DY00-09 (B) Skade	nej
Selvmonds-forsøg	1 'sygdom'	(A) Psyk-diagnose (B) DX60-84 (B) Skade	nej
Anden selvtilføjet skade	1 'sygdom'	(A) Psyk-diagnose (B) DX60-84 (B) Skade	nej

Tabel 9B

Hændelsen er den umiddelbare baggrund for kontakten
 Psykiatrisk afdeling er første afdeling

Før <u>aktuelle</u> kontakt			
Hændelse før denne kontakt	Kontakt-årsag - værdi	Diagnoser	Ydre årsag (Nordisk Klassifikation af Ydre Årsager til Skade) #)
Sygdom	1	(A) Psyk-diagnose	nej
Ulykke	2	(A) Skade (B) Psyk-diagnose	ja
Vold	3	(A) DX85-99;DY00-09 (B) Skade (B) Psyk-diagnose	ja
Selvmondsforsøg	4	(A) DX60-84 (B) Skade (B) Psyk-diagnose	ja
Anden selvtilføjet skade	1 'sygdom'	(A) Psyk-diagnose (B) DX60-84 (B) Skade	nej

Det er kun, hvis egen afdeling er den første afdeling, som patienten er i kontakt med efter ulykke, voldshændelse eller selvtilføjet skade, at der skal ske registrering efter principperne "før aktuelle kontakt".

Tabel 9C

Hændelsen sker indenfor igangværende kontakt

Under <u>igangværende</u> kontakt			
Hændelse	Kontakt-årsag	Diagnoser	Ydre årsag (Nordisk Klassifikation af Ydre Årsager til Skade) #)
Ulykke	-	(A) Psyk-diagnose (B) Skade	nej
Vold	-	(A) Psyk-diagnose (B) DX85-99;DY00-09 (B) Skade	nej
Selv mord/ selvmondsforsøg	-	(A) Psyk-diagnose (B) DX60-84 (B) Skade	nej
Anden selvtilføjet skade	-	(A) Psyk-diagnose (B) DX60-84 (B) Skade	nej

Patientbeskrivelse

Sygdomsdiagnoserne beskriver kvalitativt patientens tilstand ud fra WHO's diagnosebegreber. Der ligger heri en vis implicit global beskrivelse, men ofte vil diagnoserne ikke tegne et komplet billede af patientens samlede tilstand, når der ses på aspekter som funktionsevne og social deltagelse. Samtidig dækker den enkelte diagnosekategori over flere sværhedsgrader.

Der findes derfor forskellige andre systemer til global patientbeskrivelse. Disse er oftest strukturerede, baseret på udspørgen af patienten og objektiv observation i forskellige situationer.

GAF

Foreløbigt er GAF-scoring udvalgt som en fælles standard. GAF-score indgår i de data, der indberettes til NIP-skizofreni.

"Global Assessment of Function" anvendes som skala for psykosocialt funktionsniveau.

En beskrivelse af GAF kan findes under NIP-projektets hjemmeside.

Diagnoseregistrering

Diagnosebegræberne er defineret og beskrevet under kapitlet "Kontaktmodellen". Særligt aktionsdiagnose-begrebets tætte relation til kontakten/besøget er vigtig og derfor udførligt beskrevet. I dette kapitel findes også afsnit, der beskriver de generelle krav og anbefalinger til løbende registrering og indberetning samt beskrivelse af hensigtsmæssige arbejdsgange.

Definitioner

Diagnoser registreres og indberettes med obligatorisk angivelse af diagnoseart (aktionsdiagnose 'A' osv.). De generelle krav til indberetning er specificeret i Fællesindholdet (ref. 2), som også kan findes på www.sst.dk/patientregistrering

Diagnose	Helbredsrelateret tilstand, der er klassificeret i gældende "Klassifikation af sygdomme"
Diagnoseart	Angivelse af den efterfølgende SKS-diagnosekodes registreringsmæssige betydning
Aktionsdiagnose - diagnoseart: (A)	Den diagnose, der ved afslutning af en <u>patientkontakt</u> bedst angiver den vigtigste tilstand, som kontakten drejede sig om
Bidiagnose - diagnoseart: (B)	Diagnose, der supplerer beskrivelsen af <u>patientkontakten</u>
Henvisningsdiagnose - diagnoseart: (H)	Diagnose, der angives af henvisende instans som årsag til henvisning

Aktionsdiagnose, bidiagnoser og henvisningsdiagnose udgør diagnose-indberetningens primærkoder.

Tillægskode - kodeart: (+)	SKS-kode, der yderligere specificerer primærkodens betydning <i>Primærkode: diagnose- eller procedurekode</i>
-------------------------------	--

I eksemplerne er kodeart for overskuelighedens skyld vist i parenteser. Det skal bemærkes, at "tillægskode" ikke er det samme som bidiagnose. Se eksempler i de generelle afsnit.

Retslige forhold

For yderligere beskrivelse se afsnittet "Retslige forhold" under administrative registreringer.

Retslige forhold registreres i diagnoseregistreringen vha. DZ046-koder – disse er vist i aktionsdiagnoselisten.

Hvis kontakten er startet med og udelukkende eller overvejende begrundet i et retsligt forhold, registreres relevant DZ046-kode som aktionsdiagnose.

I alle andre tilfælde registreres retslige forhold som bidiagnose. Dette gælder også, når et retsligt forhold opstår indenfor en igangværende kontakt. At et retsligt forhold er registreret, siger ikke noget om forholdets tidspunkt og varighed, blot at det har været til stede på et eller andet tidspunkt indenfor kontaktens tidsramme.

Henvisningsdiagnosen

Henvisningsdiagnosen er omtalt under "Henvisnings- og venteoplysninger".

Henvisningsdiagnose er obligatorisk for alle planlagte kontakter.

Aktionsdiagnosen

Aktionsdiagnose-begrebet er grundigt beskrevet under "Kontaktmodellen".

Vedr. retsligt forhold som eneste eller væsentligste årsag til patientkontakt – se ovenfor.

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

Der kan desuden indberettes bidiagnoser samt komplikationer til behandling - se "Forgiftninger" og "Bivirkninger til behandling".

Kun de diagnoser, der er relevante for den aktuelle kontakt, skal registreres

Aktionsdiagnosen vil ofte være den vigtigste sygdomsdiagnose (DF-diagnosekode), der har været i fokus på den givne kontakt, men det er vigtigt at være opmærksom på, at aktionsdiagnosen er den diagnose, der i største grad begrunder den aktuelle kontakt, hvad der ikke nødvendigvis er det samme som patientens grundsygdom.

Eksempel	Patient til afrusning med medicinsk behandling af abstinensstilstanden
(A)DF1041	Delirøs abstinensstilstand alkoholbetinget, med kramper
(B)DF2004	Paranoid skizofreni, inkomplet remission

Særlige situationer

Se også Tabel 9A-C

- Ved selvmordsforsøg før aktuel patientkontakt registreres relevant kode fra kodeafsnittet DX60-84 som aktionsdiagnose
- Ved voldshandling før aktuel patientkontakt registreres relevant kode fra kodeafsnittene DX85-99 eller DY00-09 som aktionsdiagnose
- Ved ulykke før aktuel kontakt registreres vigtigste skade (psykiatrisk eller somatisk) som aktionsdiagnose

Det er kun, hvis egen afdeling er den første afdeling, som patienten er i kontakt med efter ulykke, voldshændelse eller selvtilføjjet skade, at der skal ske registrering efter principperne "før aktuel kontakt" (se Tabel 9B).

Der er desuden en række situationer, hvor sygdom ikke er til stede, eller hvor sygdommen træder i baggrunden.

Disse "ikke-sygdom"-situationer mv. er særskilt omtalt i nogle af de følgende afsnit. Se "Obs. pro", "Tvangsforanstaltninger og frihedsberøvelse" samt "Retlige forhold".

Psykiatrisk aktionsdiagnose-liste

For psykiatri (speciale 50) og børne- og ungdomspsykiatri (speciale 52) gælder det, at aktionsdiagnosen skal tilhøre "Tilladte aktionsdiagnoser for psykiatriske kontakter".

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

Tabel 10	Tilladte aktionsdiagnoser for psykiatriske kontakter	#)
DF00-DF99*	Psykiatriske diagnoser (kapitel V i "Klassifikation af Sygdomme")	
DZ004	Psykiatrisk undersøgelse, ikke klassificeret andetsteds	
DZ032	Obs. pga. mistanke om psykisk lidelse eller adfærdsmæssig forstyrrelse, ej befundet	
DZ038	Obs. pga. mistanke om anden sygdom eller tilstand	
DZ039	Obs. pga. mistanke om ikke specificeret sygdom eller tilstand	
DZ0460	Retspsykiatrisk undersøgelse	
DZ0461	Dom til psykiatrisk behandling	
DZ0462*	Dom til psykiatrisk anbringelse	
DZ0463	Civilretslig psykiatrisk undersøgelse	
DZ0464	Socialretslig psykiatrisk undersøgelse	
DZ0468	Anden retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning	
DZ0469	Retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning uden specifikation	
DZ70*	Seksualrådgivning	
DZ710	Person i konsultation på anden persons vegne	
DZ711	Bekymring for sygdom hos rask person	
DZ714	Behov for rådgivning og kontrol ved alkoholmisbrug	
DZ715	Behov for rådgivning og kontrol ved medicinmisbrug	
DZ716	Behov for rådgivning og kontrol ved tobaksmisbrug	
DZ718	Behov for anden specificeret rådgivning	
DZ719	Behov for rådgivning uden specifikation	
DZ749	Problem i forbindelse med afhængighed af pleje uden specifikation	
DZ763	Rask ledsager (inkl. rask barn); <i>indberettes ikke til LPR</i>	
DZ765	Simulant (bevidst simulant)	
DZ81*	Familieanamnese med mental eller adfærdsmæssig sygdom	
DZ843	Familieanamnese med indgifte	
DZ864	Anamnese med misbrug af psykoaktive stoffer	
DZ865	Anamnese med mentale adfærdsmæssige sygdomme	
DZ914	Psykisk traume, ikke klassificeret andetsteds	
DX60*-84*	Selvtilføjet skade (selvmord, selvmordsforsøg, anden selvtilføjet skade)	
DX85*-99*, DY00*-09*	Vold, overgreb, mishandling og omsorgssvigt	α)

- * angiver kodeinterval
- #) Alle specificerede koder kan ses i diagnosebogen "Psykiiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser" eller <http://www.medinfo.dk/sks/brows.php>
- α) Disse koder er udspecificerede i "Diagnoseliste"

Bidiagnoser

Se også beskrivelse under "Kontaktmodellen".

De "relevante bidiagnoser" supplerer ud fra en klinisk synsvinkel aktionsdiagnosens beskrivelse af den aktuelle kontakt/besøget. Heri indregnes patientens psykiatriske grundsygdom og andre relevante psykiske eller somatiske sygdomme og symptomer i forhold til den aktuelle kontakt. Diagnoser, der ikke har en klinisk betydning for den aktuelle kontakt, skal ikke registreres.

Særlige situationer

Se også oversigt i Tabel 9A-C

- Ved selvmordsforsøg samt ved anden selvtilføjet skade før *tidligere* kontakt (før-før aktuelle kontakt), men hvor der er en klinisk sammenhæng til den aktuelle kontakt, registreres relevant kode fra DX60-84 som bidiagnose (se Tabel 9A)
- Ved voldshandling før *tidligere* kontakt, men hvor der er en klinisk sammenhæng til den aktuelle kontakt, registreres relevant kode fra DX85-DY09 som bidiagnose (se Tabel 9A)
- Ved selvmord/selvordsforsøg under igangværende kontakt samt ved anden selvtilføjet skade registreres relevant kode fra DX60-84 som bidiagnose (se Tabel 9C)
- Ved voldshandling under igangværende kontakt registreres kode fra DX85-99 eller DY00-09 som bidiagnose (se Tabel 9C)
- Psykiske og somatiske skader (evt. mistanke om skade) ved voldshandling og selvtilføjet skade samt ved ulykke under igangværende kontakt registreres som bidiagnoser

Vedr. registrering af retsligt forhold – se ovenfor.

Vedr. registrering ved misbrug – se "Misbrug".

Grundsygdommen

Den psykiatriske grundsygdom vil ofte være aktionsdiagnose, fordi denne er den primære fokus på kontakten, som undersøgelse og behandling rettes imod.

Men hvis der er et mere snævert fokus på kontakten, vil grundsygdommen i andre tilfælde skulle registreres som bidiagnose.

"Obs. pro"

En DZ03-kode anvendes kun, hvis der ikke kan stilles en DF-diagnose. Ofte vil kriterierne for en uspecifik DF-diagnose være opfyldt, også ved kontakter, der afbrydes i utide. I denne situation skal der registreres en DF-diagnose – ikke en DZ03-kode.

Der er følgende muligheder:

DZ032	Observation pga. mistanke om psykisk lidelse eller adfærdsmæssig forstyrrelse, ej befundet
DZ038	Observation pga. mistanke om anden sygdom eller tilstand
DZ039	Observation pga. mistanke om ikke specificeret sygdom eller tilstand

DZ032 anvendes i psykiatrien principielt kun i betydningen 'ej befundet' til angivelse af, at der er sket en klinisk udredning, og at denne har afkræftet DF-klassificeret sygdom.

DZ038 og DZ039 kan anvendes i betydningen 'ikke afkræftet' som aktionsdiagnose på kontakter, hvor der ved afslutning er mistanke om ikke-psykiatrisk lidelse, hvorfor patienten henvises til anden instans. DZ038 bør specificeres med tillægskode for den sygdom, der er mistanke om.

Eksempel	Mistanke om panikangst
DZ038 (+)DF410	Obs. pga. mistanke om anden sygdom eller tilstand Panikangst

Eksempel	Mistanke om somatisk sygdom (psykiatrisk sygdom ikke til stede)
DZ038 (+)DD432	Obs. pga. mistanke om anden sygdom eller tilstand Neoplasma cerebri uden specifikation

Misbrug

Misbrug klassificeres efter kodeafsnittet DF10-19 "Psykkiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer".

En misbrugsdiagnose vil være aktionsdiagnose på kontakter, hvor misbruget er hovedfokus for den sundhedsfaglige indsats, herunder ved forgiftning.

Misbrugsdiagnose som bidiagnose angiver et bestående misbrug, hvad enten dette behandles på den aktuelle kontakt eller ej. Det anbefales, at alle verificerede misbrug registreres.

Misbrugsdiagnoserne skal specificeres med DT-tillægskode for stof – se følgende afsnit "Forgiftning".

Forgiftning

Forgiftning er en dosisafhængig skadevirkning af et fremmedstof. "Stof" kan være et lægemiddelstof, et narkotikum eller et andet organisk eller uorganisk stof. Virkningen kan ytre sig psykisk og/eller somatisk. Overdosering af lægemidler – utilsigtet eller tilsigtet – medregnes til forgiftning.

Bivirkninger af lægemidler anvendt i normale terapeutiske doser betragtes ikke som "forgiftninger" – se "Bivirkninger til behandling".

Forgiftning med psykoaktivt stof med psykiske symptomer

Ved forgiftning med psykoaktivt stof med psykiske symptomer registreres kode fra DF10-19 "Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer" - ved akut kontakt med hovedfokus på dette som aktionsdiagnose, i andre tilfælde som bidiagnose.

Som tillægskode til DF-koden registreres DT40- eller DT43-kode for det narkotiske stof – de specificerede koder kan ses i diagnoselisten, DT510 for alkohol, anden relevant DT-kode for andet kemisk stof eller ATC-kode, hvis der er tale om et lægemiddel.

Eksempel	Kendt kronisk patient behandlet for akut forgiftning
(A)DF1106	Opioidintoksikation, akut med kramper
(+)DT401	forgiftning med heroin
(B)DF2004	Paranoid skizofreni, inkomplet remission

DT40 og 43-koderne kan findes i diagnoselisten under "Forgiftninger"

Tillægskodningen er obligatorisk for DF11, DF15 og DF16. Det anbefales desuden så vidt muligt også at specificere DF19.

Forgiftning med psykoaktivt stof uden psykiske symptomer

Ved kontakt med forgiftning uden psykiske symptomer kan tilstedeværende forgiftning registreres med DT-forgiftningskode som bidiagnose, hvis der er behandling af forgiftningstilstanden på kontakten. Disse koder kan ikke anvendes som aktionsdiagnose i psykiatrien.

Bivirkninger til behandling

Bivirkning til behandling er en skadelig og utilsigtet virkning af en normalt udført behandling. Aktuell betydende bivirkning til bestående eller tidligere behandling registreres som bidiagnose med relevant diagnose eller symptomkode.

Eksempel	
(A)DF2320	Psykose, akut skizofreniform, non-reaktiv
(B)DG210	Malignt neuroleptisk syndrom

Overdosering af lægemiddel eller narkotikum – bevidst eller ubevidst - medregnes ikke som "bivirkning". Se "Forgiftning".

"Anamnese med ..."

Det kan være ønskeligt at registrere anamnesticke oplysninger om psykiatrisk eller evt. somatisk sygdom hos patienten eller i familien som baggrund for den aktuelle kontakt. Dette kan ske som bidiagnose med koder fra kodeintervallet DZ80-87.

Eksempler er:

DZ864	Anamnese med misbrug af psykoaktive stoffer
DZ865	Anamnese med mental eller adfærdsmæssig sygdom
DZ811	Familieanamnese med alkoholmisbrug
DZ813	Familieanamnese med misbrug af anden psykoaktiv substans

Et større udvalg findes i diagnoselisten.

Diagnosekoderne kan evt. yderligere specificeres med tillægskode.

Medicinske og kirurgiske diagnoser

Betydende medicinske eller kirurgiske diagnoser, der har haft en signifikant klinisk eller ressourcemæssig betydning for den aktuelle kontakt, registreres som bidiagnoser.

Det er ikke meningen, at alle patientens diagnoser skal registreres – kun de reelt klinisk betydende, herunder komplicerende.

På side 195 i diagnosebogen ”Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser” (11. udg.) findes et udvalg af andre diagnoser og tilstande, der er relevante for psykiatrien.

Tillægskoder til diagnosekoder

SKS indeholder mange muligheder for yderligere specificering af diagnoser. De generelle er samlet under kodeafsnittet ZD*. Eksempler er sygdomsaktivitet og henvisning/plan for behandling. Disse registreringer er ikke obligatoriske, men de kan anvendes til lokale formål.

Diagnoseliste

Der henvises generelt til diagnosebogen ”Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser”

Diagnoselisten indeholder tabeller over udvalgte koder, der understøtter de forskellige registreringsprincipper, som er beskrevet i ovenstående afsnit.

Forgiftninger

Ved forgiftning/misbrug med psykiske symptomer anvendes DT-koder som tillægskoder til specifikation af forgiftnings-/misbrugsdiagnoserne (DF10-19).

DT-koderne kan desuden anvendes som bidiagnoser til registrering af tilstedeværende forgiftning uden psykiske symptomer. De kan ikke anvendes som aktionsdiagnoser i psykiatrien.

Der bør altid registreres på højest mulige detaljeringsniveau.

DT409* og DT436* skal altid registreres med 6 karakterer.

DT40 Forgiftninger med opioider, kokain og hallucinogener

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
DT406	Forgiftning med andre og uspecificerede opioider
DT406W	Forgiftning med opioid uden specifikation
DT407	Forgiftning med cannabis
DT408	Forgiftning med LSD (lysergsyrediethylamid)
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 uden specifikation

DT43 Forgiftninger med andre psykotrope midler

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 uden specifikation

Selvtilføjet skade

DX- /DY-kodernes anvendelse – se tabel 9 og tilhørende tekstafsnit

DX60 Forsætlig selvbeskadigelse med ikke-opioide analgetika og lign.

DX6001	Selvmord med ikke-opioide analgetika og lign. under indlæggelse
DX6010	Selvmordsforsøg med ikke-opioide analgetika og lign. før indlæggelse
DX6011	Selvmordsforsøg med ikke-opioide analgetika og lign. under indlæggelse
DX6020	Selvbeskadigelse med ikke-opioide analgetika og lign. før indlæggelse
DX6021	Selvbeskadigelse med ikke-opioide analgetika og lign. under indlæggelse

På tilsvarende vis specificeres DX61-84 med 5-6. karakterer:

01	Selvmord under indlæggelse
10	Selvmordsforsøg før indlæggelse
11	Selvmordsforsøg under indlæggelse
20	Selvbeskadigelse før indlæggelse
21	Selvbeskadigelse under indlæggelse

DX61	Forsætlig selvbeskadigelse med psykofarmakum, antiepileptikum eller antiparkinsonmiddel
DX62	Forsætlig selvbeskadigelse med narkotikum eller psykodyseptikum
DX63	Forsætlig selvbeskadigelse med middel virkende på autonome nervesystem
DX64	Forsætlig selvbeskadigelse med uspecificeret lægemiddel eller biologisk stof
DX65	Forsætlig selvbeskadigelse med alkohol
DX66	Forsætlig selvbeskadigelse med organisk opløsningsmiddel eller halogen-kulbrinter
DX67	Forsætlig selvbeskadigelse med andre gasarter og dampe
DX68	Forsætlig selvbeskadigelse med pesticider
DX69	Forsætlig selvbeskadigelse med andet kemikalie eller toksisk stof
DX70	Forsætlig selvbeskadigelse ved hængning, strangulation og kvælning
DX71	Forsætlig selvbeskadigelse ved drukning
DX72	Forsætlig selvbeskadigelse ved skud fra håndvåben
DX73	Forsætlig selvbeskadigelse ved gevær eller større skydevåben
DX74	Forsætlig selvbeskadigelse ved skud fra andet eller uspecificeret skydevåben
DX75	Forsætlig selvbeskadigelse ved eksplosivt materiale
DX76	Forsætlig selvbeskadigelse ved røg, ild eller flammer
DX77	Forsætlig selvbeskadigelse ved varme dampe eller varme genstande
DX78	Forsætlig selvbeskadigelse med skarp genstand
DX79	Forsætlig selvbeskadigelse med stump genstand
DX80	Forsætlig selvbeskadigelse ved spring fra højde
DX81	Forsætlig selvbeskadigelse under køretøj eller genstand i bevægelse
DX82	Forsætlig selvbeskadigelse ved kollision med motorkøretøj
DX83	Forsætlig selvbeskadigelse med anden specificeret metode
DX84	Forsætlig selvbeskadigelse med uspecificeret metode

Vold og andre overgreb

DX859	Voldelig skade ved brug af lægemidler og biologiske stoffer
DX869	Voldelig skade ved brug af ætsende stoffer
DX879	Voldelig skade ved brug af pesticider
DX889	Voldelig skade ved brug af gasarter og dampe
DX899	Voldelig skade ved brug af specificerede kemiske og giftige stoffer
DX909	Voldelig skade ved brug af uspecificerede kemiske og giftige stoffer
DX919	Voldelig skade ved hængning, strangulation og kvælning
DX929	Voldelig skade ved drukning
DX939	Voldelig skade ved skud fra håndskydevåben
DX949	Voldelig skade ved skud fra gevær og større skydevåben
DX959	Voldelig skade ved skud fra andet og uspecificeret skydevåben
DX969	Voldelig skade ved brug af eksplosivt materiale
DX979	Voldelig skade ved brug af røg, ild og flammer
DX989	Voldelig skade ved brug af varme dampe og varme genstande
DX999	Voldelig skade ved brug af skarp genstand
DY009	Voldelig skade ved brug af stump genstand
DY019	Voldelig skade ved skub fra højde
DY029	Voldelig skade ved skub foran genstand i bevægelse
DY039	Voldelig skade ved kollision med motorkøretøj
DY049	Skade ved korporlig vold
DY059	Seksuel korporlig vold
DY060	Omsorgssvigt fra ægtefælle/partner
DY061	Omsorgssvigt fra forældre
DY062	Omsorgssvigt fra bekendt eller ven
DY068	Omsorgssvigt fra anden specificeret person
DY069	Omsorgssvigt fra uspecificeret person
DY070	Mishandling fra ægtefælle eller partner
DY071	Mishandling fra forældre
DY072	Mishandling fra bekendt eller ven
DY073	Mishandling fra myndigheder
DY078	Mishandling fra anden specificeret person
DY079	Mishandling fra uspecificeret person
DY089	Voldelig skade ved anden specificeret metode
DY099	Voldelig skade ved uspecificeret metode

"Anamnese med ..."

(eksempler)

DZ864	Anamnese med misbrug af psykoaktive stoffer
DZ865	Anamnese med mental eller adfærdsmæssig sygdom
DZ810	Familieanamnese med mental retardering
DZ811	Familieanamnese med alkoholmisbrug
DZ811F	Familieanamnese med faders alkoholmisbrug
DZ811M	Familieanamnese med moders alkoholmisbrug
DZ812	Familieanamnese med tobaksmisbrug
DZ813	Familieanamnese med misbrug af anden psykoaktiv substans
DZ813F	Familieanamnese med faders misbrug af anden psykoaktiv substans
DZ813M	Familieanamnese med moders misbrug af anden psykoaktiv substans
DZ814	Familieanamnese med misbrug af andet stof
DZ818	Familieanamnese med anden mental eller adfærdsmæssig sygdom

Procedureregistrering

SKS indeholder mange muligheder for dokumentation af den sundhedsfaglige aktivitet på et overordnet niveau og i detaljer. Men der er få krav til registrering af ydelser.

De indberettede procedurer vil altid have fundet sted indenfor rammerne af en kontakt, dvs. under en indlæggelseskontakt, under en ambulant kontakt eller ved et skadestuebesøg. Der kan desuden være ydelser i henvisningsperioden.

I den ambulante kontakt kan der være ydelser:

- i henvisningsperioden
- ved et ambulant besøg – patienten er til stede
- ved et hjemmebesøg – i patientens hjem (uafhængigt af patientens tilstedeværelse)
- som "ydelse uden besøg" – ingen af de 2 ovennævnte situationer

Se også "Ydelser i henvisningsperioden".

"Ydelse uden besøg" er en ambulant ydelse, der finder sted uden for ambulant besøg og hjemmebesøg, dvs. situationer, hvor patienten **ikke** er til stede på sygehuset, og hvor personalet **ikke** er i patientens hjem

Eksempler på "ydelse uden besøg" er

- samtale med forældre, hvor barnet ikke er til stede
- samtale med pårørende til en gerontopsykiatrisk patient, der ikke deltager i samtalen
- institutionsbesøg på en institution, hvor patienten ikke bor, fx skole – *uafhængigt af om patienten er til stede eller ej*

Ved skadestuebesøg er det kun obligatorisk at indberette billeddiagnostiske undersøgelser. Oplysningerne indberettes på stamafdelingens patientkontakt, men det vil dog typisk blive *registreret* af billeddiagnostisk afdeling.

Alle ydelser registreres med starttidspunkt og producerende afdeling. Registreringen siger som udgangspunkt ikke noget om varigheden af den enkelte ydelse.

Der er i forbindelse med en række ydelser krav om registrering af tidsforbrug ved tillægskodning - se "Tidsforbrug".

For ydelser udført af børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger (speciale 52) er der udover tidsforbrug yderligere krav om registrering af antal samtidige behandlere ved tillægskodning – se "Antal behandlere".

Procedureregistreringens principper og (obligatoriske) indhold er yderligere beskrevet i de følgende afsnit.

Se desuden de generelle definitioner under "Definitioner og termer".

Definitioner

Ydelser registreres og indberettes med obligatorisk angivelse af procedureart (se dette), proceduredato og -klokkeslæt, samt producerende afdeling (producent). Kravene til indberetning er yderligere omtalt i Fællesindholdet (ref. 2).

Procedureregistreringens definitioner er vist nedenfor.

Procedure (ydelse)	Handling, der kan udføres på eller gives til en person med kontakt til sygehusvæsenet
Primærkode	SKS-kode, der beskriver det centrale klassificerede indhold af en given registrering <i>Primærkode: procedure- eller diagnosekode</i>
Tillægskode - kodeart: (+)	SKS-kode, der yderligere specificerer primærkodens betydning
Rekvirent	Det sygehusafsnit, der har bestilt en procedure
Producent	Det sygehusafsnit, der har udført en procedure
Assistance	Procedure, hvor producenten er forskellig [#] fra rekvirenten [#] <i>Der skelnes på 6-karakters afdelingsniveau</i>
Ambulant besøg	Besøg i forbindelse med ambulant patientkontakt, hvor stamafdelingen er involveret <i>Hermed menes ethvert fremmøde på sygehuset, hvor der er deltagelse af sundhedsfagligt uddannet personale fra stamafsnittet, uanset hvor besøget fysisk finder sted.</i> <i>Registrering af ambulant besøg kræver, at patienten er til stede.</i> <i>Ambulant besøg omfatter ikke fremmøde på serviceafsnit uden besøg på klinisk stamafsnit (assistance) eller fremmøde på andet klinisk afsnit til assistanceydelse.</i> <i><u>Assistancer registreres som ambulant ydelse uden besøg</u></i> <i>Ambulant besøg indberettes obligatorisk med procedurekode AAF22</i> <i><u>Hvis fysioterapeut eller ergoterapeut er eneste faggrupper ved denne besøg, må denne ikke indberettes som ambulant besøg. Ydelserne skal registreres som "ydelse uden besøg"</u></i>
Hjemmebesøg	En klinisk persons besøg i patientens hjem <i>Inkluderer det sted, hvor patienten bor eller fremtidigt skal bo. Indberetningen er afgrænset til sygehusansat sundhedsfagligt uddannet personale.</i> <i><u>Ambulante patienter indberettes som besøg (besøgsdato) med obligatorisk procedurekode AAF6 for hjemmebesøg</u></i> <i>Hjemmebesøg indberettes obligatorisk med procedurekode AAF6</i>
Ambulant ydelse	Ydelse givet til en ambulant patient <i>Omfatter ydelser produceret af stamafsnittet, assistancer produceret af andre kliniske afsnit og assistanceydelser produceret af serviceafsnit.</i> <i>Ydelser givet i en indlæggelsesperiode for samme sygdom registreres på indlæggelseskontakten</i>
Ydelse uden besøg	<i>Denne betegnelse anvendes om ambulante ydelser, der ikke indgår i ambulant besøg og i hjemmebesøg.</i> <i>Visse "ydelser uden besøg" skal obligatorisk indberettes</i>
Individuel psykoterapi	Samtaleterapeutisk behandlingsmetode udført overfor enkelt person af certificeret læge eller psykolog, eller læge eller psykolog under uddannelse med henblik på certificering

Parterapi	Samtaleterapeutisk behandlingsmetode udført overfor par af certificeret læge eller psykolog eller læge eller psykolog under uddannelse med henblik på certificering
Familieterapi	Samtaleterapeutisk behandlingsmetode udført overfor familie af certificeret læge eller psykolog eller læge eller psykolog under uddannelse med henblik på certificering
Flerfamilieterapi	Samtaleterapeutisk behandlingsmetode udført overfor flere familier af certificeret læge eller psykolog eller læge eller psykolog under uddannelse med henblik på certificering
Psykoterapi i gruppe	Samtaleterapeutisk behandlingsmetode udført overfor gruppe af personer af certificeret læge eller psykolog eller læge eller psykolog under uddannelse med henblik på certificering
Psykiatrisk dagbehandling	<i>Ophold på ambulans dagafsnit med deltagelse af personale tilknyttet dagafsnittet. "Dagbehandling" registreres uanset varigheden af opholdet</i>
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 personlighedsmæssige struktur hos et menneske
Semistruktureret diagnostisk interview	Interview som foretages med det formål at tilvejebringe information til brug for diagnostik under anvendelse af internationalt anerkendt og pålideligt interviewsystem rettet mod psykiske lidelser og/eller adfærdsmæssige forstyrrelser
Førstegangsbesøg	Det første (psykiatriske) ambulante besøg i et udrednings- og behandlingsforløb
Samtale med behandlingssigte	En aftalt og planlagt dialog mellem patient og behandler med et behandlingsmæssigt formål/sigte <i>Inkl. støttende og opfølgende samtale</i>
Somatisk udredning	Udspørgen om og fysisk undersøgelse af patientens legemlige tilstand
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
Træning af kombinerede psykosociale færdigheder (psykosocial færdighedstræning)	Psykosocial færdighedstræning sigter på at udvikle de færdigheder, der sætter individet i stand til at klare sig i en given social sammenhæng, dvs. at løse praktiske problemer, engagere andre mennesker i en relation, mobilisere et støttende netværk, bo selvstændigt og klare et arbejde. Metoderne omfatter strukturering af træningen i mindre moduler, indøvelse af adfærd, rollespil, positiv feedback og belønning, hjemmeopgaver og træning in vivo
Netværksmøde	Fremmøde af én eller flere medarbejdere fra den psykiatriske afdeling til møde – på eller udenfor afdelingen – med relevante samarbejdspartnere i kommunen (socialforvaltning, PPR, skolevæsen og lign.), anden sygehusafdeling eller institution
Supervision til institution	Faglig rådgivning til personalet i en institution vedr. beboere og/eller samspillet mellem beboerne og personalet
Telefonkonsultation/e-mail/SMS/video-konsultation	klinisk virtuel kommunikation med patient som led i behandling eller kontrol af sygdom, som resulterer i et klinisk journalnotat <i>Inkl. stedfortrædere for patienten, fx pårørende, værge</i> <i>Telefonkonsultation erstatter ambulante besøg eller hjemmebesøg.</i>
Udfærdigelse af erklæring	Der er tale om en lægeerklæring, når der foreligger et skriftligt udsagn om en persons sundhedstilstand eller årsagen til en persons død, som efter sit indhold er bestemt til at finde anvendelse i et offentligretligt eller privatretligt retsforhold, hvor der er behov for helbredsmæssige oplysninger om en person <i>I børne- og ungdomspsykiatrien skrives der ofte erklæringer som erstatning for eller supplement til et udskrivningsbrev mhp. overfor en relevant myndighed at gøre rede for den pågældende patients ressourcer og behov for støtteforanstaltninger</i>

	<i>mm.</i>
Kontakt med anden myndighed	Kontakt med institution eller myndighed i forbindelse med aktuel patientbehandling <i>Ekskl.: Institutionsbesøg</i> <i>Bem.: Andre myndigheder omfatter offentlige myndigheder, skoler samt behandlingsinstitutioner og andre institutioner, hvor patienten er tilknyttet</i>
Institutionsbesøg	Fremmøde af én eller flere medarbejdere fra den psykiatriske afdeling i en institution, hvor patienten er tilknyttet eller skal tilknyttes <i>Ekskl.: Patientens hjem</i>
Samtale med forældre	Samtale med patientens forældre vedrørende det aktuelle sygdomsforløb
Samtale med værge	Samtale med patientens værge i det aktuelle sygdomsforløb
Samtale med pårørende	Samtale med patientens pårørende vedrørende det aktuelle sygdomsforløb
Plejepersonale	Se 'Sundhedsfagligt uddannet personale' i "Fællesindhold for basisregistrering"
Færdigbehandlet i stationært regi	Patienten kan ud fra en lægelig vurdering udskrives <i>Dvs. behandlingen er afsluttet, eller fortsat indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling</i>
Ikke færdigbehandlet i stationært regi	<i>Ophæver tidligere markering af 'Færdigbehandlet i stationært regi'</i>

Principper for procedureregistreringen

Ydelsesregistreringens enheder kan skematisk opdeles i 5 kategorier:

- ydelser givet ved indlæggelseskontakt
- ydelser givet ved et ambulært besøg
- ydelser givet ved et hjemmebesøg
- (ambulante) ydelser uden besøg
- ydelser givet ved et skadestuebesøg

Opdelingen i procedurelister i de følgende afsnit svarer til disse kategorier.

Indlæggelseskontakt, ambulært besøg, hjemmebesøg og skadestuebesøg udgør hver især en "pakke", der kan indeholde eksplicit registrerede ydelser. De obligatoriske administrative koder for ambulært besøg (AAF22) og hjemmebesøg (AAF6) definerer overordnet set 2 af disse "pakker".

Der er således mulighed for (basis)afregning af ambulært besøg og hjemmebesøg, også når der ikke er registreret specifikke ydelser, dvs. i de situationer, hvor der er ydelser, der ikke kræves eksplicit registreret.

I forbindelse med indlæggelseskontakt, ambulært besøg, hjemmebesøg, skadestuebesøg og "ydelser uden besøg" er der krav om obligatorisk registrering af udvalgte ydelser. Disse er vist i de følgende afsnit.

Der kan desuden frivilligt registreres andre ydelser, men dette er ikke nødvendigt for afregningen.

Afgrænsning af kategorierne

I indberetning til LPR indgår patientens tilstedeværelse, personale og ydelsessted i afgrænsningen af definitioner og registreringsprincipper.

Der skelnes således imellem

- ambulært besøg, hvor patienten er til stede på sygehuset, og hvor der er deltagelse af sundhedsfagligt uddannet personale fra stamafsnittet
- hjemmebesøg, hvor sundhedsfagligt uddannet personale fra stamafsnittet er til stede i patientens hjem – uafhængigt af om patienten selv er til stede
- ydelse uden besøg, hvor ydelsen finder sted uden for ambulært besøg og hjemmebesøg

Sundhedsfagligt personale er afgrænset ved en liste i Fællesindholdet. Der gælder den særlige undtagelse, at hvis fysio- eller ergoterapeuterne er de eneste faggrupper ved en given kontakt, må der ikke indberettes "ambulært besøg". I disse tilfælde indberettes ydelser som "ydelse uden besøg".

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

Eksempel	Samtale med forældre og udfærdigelse af erklæring – patienten til stede , dvs. ambulante besøg
AAF22	Ambulant besøg
(+)ZPVA4A	2-4 timer
(+)BZFD7	1 behandler [BUP]
BVAA97	Samtale med forældre [⊘]
ZZ0182	Udfærdigelse af erklæring [⊘]

⊘) Der er ikke krav om, at disse ydelser registreres, når de indgår i et ambulante besøg (eller hjemmebesøg). Derimod indgår tidsforbruget i det samlede tidsforbrug for det ambulante besøg

Eksempel	Samtale med forældre til 1½ år gammel pige og udfærdigelse af erklæring – patienten ikke til stede , dvs. "ydelse uden besøg"
BVAA97	Samtale med forældre
(+)ZPVA2C	1-2 timer
(+)BZFD7	1 behandler [BUP]
ZZ0182	Udfærdigelse af erklæring
(+)ZPVA1B	0-1 time
(+)BZFD7	1 behandler [BUP]

Visse af de ydelser, der er oplyst under "ydelser uden besøg", kan også indgå i ambulante besøg hhv. hjemmebesøg – se det første eksempel.

I disse tilfælde kan ydelserne frivilligt registreres, dog uden selvstændig tidsregistrering, idet tidsforbruget indregnes i besøgets samlede registrerede tidsforbrug.

Assistancer

Ydelser udført som **assistance**, skal knyttes til indberetningen af kontakten på stamafdelingen. Det vil normalt være den producerende afdeling, der registrerer ydelserne, fx en CT-skanning.

Billeddiagnostik skal obligatorisk indberettes. Dette gælder alle patienttyper. Klassificeres efter "Klassifikation af radiologiske procedurer" – SKS' UX-koder.

Psykiatriske ydelser givet ved tilsyn af patient på anden stamafdeling registreres på stamafdelingens kontakt. I forbindelse med udført tilsyn, anbefales det at registrere den kliniske ydelse, der gives ved tilsynet, fx ZZ0149 'Klinisk undersøgelse' og ZZ0149B 'Børnepsykiatrisk undersøgelse'.

Tilsyn givet af anden afdeling til patient med psykiatrisk kontakt kan registreres som klinisk "ydelse uden besøg" fx ZZ0149 'Klinisk undersøgelse' med den pågældende afdeling som producent.

Tidsforbrug

Ydelser givet til en ambulante psykiatrisk patient kan være ambulante besøg (med eller uden yderligere registrerede ydelser), hjemmebesøg (med el. uden ydelser) eller ydelser uden (samtidigt) besøg.

Alle tre kategorier af ydelser skal have tidsforbruget tilknyttet. Tidsforbruget angiver det samlede personales timeforbrug (dvs. samlet for alle involverede medarbejdere) *inkl.* transporttid samt forberedelse og opfølgning mht. journaldiktering og lign.

For ambulante besøg og hjemmebesøg indberettes det samlede tidsforbrug for besøget. Tillægskode for tidsforbrug knyttes til den overordnede (administrative) kode for ambulante besøg AAF22 hhv. hjemmebesøg AAF6.

For hjemmebesøg inden for indlæggelseskontakt er der ikke krav om registrering af tidsforbrug.

For ambulante ydelser uden besøg registreres tillægskode for tidsforbrug til den enkelte registrerede ydelse.

Tidsforbruget registreres som tillægskode til relevant procedurekode efter følgende klassifikation:

ZPVA1B	0-1 time
ZPVA2C	1-2 timer
ZPVA4A	2-4 timer
ZPVA6A	4-6 timer
ZPVA8A	6-8 timer
ZPVA9A	8-10 timer
ZPVA9B	10-12 timer
ZPVA9C	12-14 timer
ZPVA9D	>14 timer

Eksempel	Hjemmebesøg af 1 times varighed og ½ times transporttid for 2 personaler. Forberedelse og efterarbejde samlet 1 time
AAF6	Hjemmebesøg
(+)ZPVA4A	2-4 timer

Særlige regler for registrering af tidsforbrug

- der er ikke krav om obligatorisk registrering af tidsforbrug på ydelser (inkl. hjemmebesøg) givet til indlagte patienter
- ved dagbehandling registreres tidsforbrug som varigheden af selve dagbehandlingen tillagt samlet tidsforbrug for registrerede ydelser ud over dagbehandlingen.
Se eksempel under "Dagbehandling"
- for ambulante gruppeterapi (BRSP5 psykoterapi i gruppe) registreres som tidsforbrug varigheden af gruppeterapien på hver enkelt patient

Eksempel	Gruppeterapi for 7 patienter af 3 timers varighed med 2 behandlere
AAF22	Ambulant besøg
(+)ZPVA4A	2-4 timer
BRSP5	Psykoterapi i gruppe

Antal behandlere

Hvis et ambulant besøg, et hjemmebesøg eller en "ydelse uden besøg" er udført under børne- og ungdomspsykiatrien (speciale 52), skal det obligatorisk registreres, hvor mange behandlere, der samtidig har deltaget i udførelsen af ydelsen.

Denne registrering er frivillig i andre sammenhænge, men kan være illustrativ, hvor der er tale om et meget stort timeforbrug på samme dag, fx gerontopsykiatri.

Der anvendes en af følgende tillægskoder:

BZFD7	1 behandler
BZFD8	flere behandlere

Disse registreres som tillægskode til procedurekoden, svarende til krav om registrering af tidsforbrug.

Hvis der blot på et tidspunkt i løbet af ydelsen har været flere samtidige behandlere, registreres "flere behandlere" for hele ydelsen.

Eksempel	6 timers psykologisk undersøgelse af 12-årigt barn. Der har deltaget 2 samtidige behandlere i 3½ time og 1 behandler i den resterende tid. Desuden i alt 3 timers for- og efterarbejde
AAF22	Ambulant besøg
(+)ZPVA9C	12-14 timer
(+)BZFD8	flere behandlere
ZZ4991	Psykologisk undersøgelse

Registrering ved anvendelse af tvangsforanstaltninger og frihedsberøvelse

ECT-behandling givet under tvang skal obligatorisk indberettes til LPR.

Se *Procedureliste*/"ECT-behandling".

I startvilkår registreres tvangsindlæggelse på røde og gule papirer.

Tvangstilbageholdelse registreres ikke til LPR.

ECT-behandling

Det er obligatorisk at indberette elektroshockbehandling (ECT) for alle psykiatriske patienter (uanset patienttype), der får foretaget denne behandling.

Elektroshock registreres med 1 procedurekode for hver enkelt behandlingsseance.

Den samlede behandling (behandlingsserie) vil vise sig som et antal registrerede procedurekoder - en for hver behandlingsdag.

Der findes følgende SKS-koder for elektroshockbehandling:

BRTB1	Tvangsbehandling med elektrokonvulsiv terapi ECT
BRTB10	Tvangsbehandling med ECT unilateralt
BRTB10A	Tvangsbehandling med ECT unilateralt pga. helbred
BRTB10B	Tvangsbehandling med ECT unilateralt pga. farlighed
BRTB11	Tvangsbehandling med ECT bilateralt
BRTB11A	Tvangsbehandling med ECT bilateralt pga. helbred

BRTB11B	Tvangsbehandling med ECT bilateralt pga. farlighed
BRXA1	Behandling med elektrokonvulsiv terapi ECT
BRXA10	Behandling med ECT unilateralt
BRXA11	Behandling med ECT bilateralt

Det obligatoriske niveau (markeret med fed) er overskriftsniveauet, dvs. koder på 5 karakterer. Koderne kan valgfrit specificeres yderligere.

Fysio- og ergoterapi

Skal registreres obligatorisk efter gældende retningslinjer, dog er det for indlagte psykiatriske patienter ikke obligatorisk at indberette fysio- og ergoterapeutiske ydelser – se Fællesindholdet.

Billeddiagnostiske undersøgelser

Billeddiagnostiske undersøgelser skal obligatorisk indberettes (uden tidsforbrug)

UX*	Billeddiagnostiske undersøgelser (assistancer)
-----	--

Kravet gælder alle kontakttyper inkl. skadestuebesøg. Indberetningen sker på patientens psykiatriske patientkontakt, men registreringen vil typisk blive varetaget af billeddiagnostisk afdeling.

Aflyste besøg

Aflyste ambulante besøg og hjemmebesøg må ikke registreres som besøg, uanset at personalet evt. har været forberedt, klar og til stede.

Tillægskoder til procedurekoder

Procedurekoder kan ligesom diagnosekoder specificeres yderligere med tillægskode(r).

De obligatoriske krav om tillægskodning af tidsforbrug og antal behandlere (kun speciale 52) er omtalt i andre afsnit ovenfor.

Procedureregistrering - indlæggelseskontakt

Ved en indlæggelseskontakt forstås en patientkontakt, hvor patienten optager en normeret seng, uanset hvornår kontakten starter, og hvor længe den varer.

Der er pt. meget få krav til obligatorisk procedureregistrering ved indlæggelseskontakter. Der skal ikke registreres tidsforbrug til ydelser givet under indlæggelseskontakt.

Vedr. obligatorisk registrering af ydelser udført i forbindelse med indlæggelseskontakt – se Tabel 11 "Procedureliste – indlagt patient".

Hjemmebesøg under indlæggelseskontakt skal obligatorisk registreres med procedurekoden AAF6 *uden* angivelse af tidsforbrug.

Der kan ud over de obligatoriske krav frivilligt registreres andre klinisk relevante ydelser.

Obligatoriske ydelser givet ved indlæggelseskontakt

Indlæggelseskontakt
Ydelser givet i indlæggelsesperioden registreres som selvstændige ydelser uden tidsforbrug Inkl. assistancydelser <i>Obligatoriske ydelser – se procedurelisten Tabel 11</i>

Tabel 11 Procedureliste – indlagt patient	
BRTB1	Tvangsbehandling med elektrokonvulsiv terapi ECT (%)
BRXA1	Behandling med elektrokonvulsiv terapi ECT (%)
AAF6	Hjemmebesøg
AAF7	Udebesøg
AWA1	Færdigbehandlet i stationært regi
AWX1	Ikke færdigbehandlet i stationært regi
UX*	Billeddiagnostiske undersøgelser (assistancer)

%) Angiver obligatorisk niveau. Kan specificeres yderligere – se "ECT-behandling" ovenfor.

Færdigbehandlet i stationært regi

Det er obligatorisk at registrere 'Færdigbehandlet i stationært regi' på det tidspunkt, hvor der ikke er klinisk indikation (ved lægelig vurdering) for fortsat indlæggelse, men hvor indlæggelsen alligevel fortsætter af anden grund.

Registreringen sker med procedurekoden AWA1 'Færdigbehandlet i stationært regi'.

Hvis situationen ændrer sig til, at der igen er indikation for fortsat behandling under indlæggelse, registreres dette tidspunkt tilsvarende med markeringen AWX1 'Ikke færdigbehandlet i stationært regi'.

Procedureregistrering - ambulant besøg

Et ambulant besøg er ethvert fremmøde på sygehuset, hvor der er deltagelse af sundhedsfagligt uddannet 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.

Vedr. obligatorisk registrering af ydelser udført i forbindelse med ambulant besøg – se Tabel 12 "Procedureliste - ambulant besøg".

Der kan ud over de obligatoriske krav frivilligt registreres andre klinisk relevante ydelser.

Dagbehandling

"Dagbehandling" er definitions-mæssigt et ambulant besøg, idet patienten er til stede, men disponerer ikke over en normeret seng.

Dagbehandling registreres som ambulant 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.

Eksempel	8 timers dagbehandling
AAF22	Ambulant besøg
(+)ZPVA8A	6-8 timer
BRXA9A	Psykiatrisk dagbehandling

Ved dagbehandling registreres tidsforbrug som varigheden af selve dagbehandlingen tillagt samlet tidsforbrug for registrerede ydelser ud over dagbehandlingen.

Eksempel	6 timers dagbehandling og 2 timers psykologisk undersøgelse, der ikke indgår i dagbehandlingen
AAF22	Ambulant besøg
(+)ZPVA8A	6-8 timer
BRXA9A	Psykiatrisk dagbehandling
ZZ4991	Psykologisk undersøgelse

Psykofarmakologisk behandling

Registrering og indberetning af psykofarmakologisk behandling er kun obligatorisk for ambulant "voksenpsykiatri".

Psykofarmakologisk behandling kan frivilligt registreres løbende.

Obligatoriske ydelser givet ved ambulant besøg

Ambulant besøg registreres med den overordnede procedurekode AAF22. Der skal hertil registreres tillægskode for tidsforbrug og [kun BUP] antal samtidige behandlere.

Der kan ud over de obligatoriske krav frivilligt registreres andre klinisk relevante ydelser.

<p>Ambulant besøg besøgsdato AAF22 registreres som selvstændig ydelse (+)personalets samlede tidsforbrug for det ambulante besøg (+)antal behandlere [kun BUP]</p>
<p>Ydelser givet ved ambulant besøg registreres som selvstændige ydelser uden tidsforbrug og antal behandlere <i>Obligatoriske ydelser – se procedurelisten Tabel 12</i></p>

Tabel 12 Procedureliste - ambulant besøg	
AAF22 (+)tidsforbrug (+)antal behandlere [BUP]	Ambulant 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
se BR*	Fysio- og ergoterapeutiske ydelser ^{α)}
se Tabel 14	Visse af "Ydelser uden besøg" kan også indgå i ambulant besøg

^{α)} Der må iflg. Fællesindholdet ikke indberettes ambulant besøg, hvis der udelukkende er udført fysio- eller ergoterapeutiske ydelser. Disse skal indberettes som "ydelse uden besøg". Obligatorisk niveau for ambulante kontakter fremgår af kodekatalogerne for fysio- og ergoterapeutiske ydelser: <http://www.fysio.dk> hhv. <http://www.etf.dk>. Registrering for indlagte er fakultativ.

Eksempel	1 times familieterapi på sygehuset med 3 samtidige behandlere
AAF22	Ambulant besøg
(+)ZPVA4A	2-4 timer
(+)BZFD8	flere behandlere [BUP]
BRSP3	Familieterapi

Eksempel	Ambulant besøg med 1½ times konfrontationstid (ekskl. forarbejde og efterbearbejdning)
AAF22	Ambulant besøg
(+)ZPVA4A	2-4 timer
(+)BZFD7	1 behandler [BUP]

I det sidste eksempel omfatter tidsregistreringen ud over konfrontationstiden implicit journalgennemgang, kontakt til anden myndighed og udfærdigelse af erklæring. Det er frivilligt at registrere disse ydelser eksplicit, når de indgår i ambulant besøg.

Procedureregistrering – hjemmebesøg og udebesøg

Hjemmebesøg foregår i patientens hjem eller på 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 en patient og sundhedsfagligt uddannet personale på fx dagcentre, væresteder, kriminalforsorgen, rådgivningscentre, café m.m.

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

SKS-kode	Overordnet kode for hjemmebesøg og udebesøg
AAF6	Hjemmebesøg
AAF7	Udebesøg

Hjemmebesøg og udebesøg kan ske såvel som led i ambulant kontakt som under indlæggelse. Ved hjemmebesøg/udebesøg indenfor en indlæggelseskontakt, skal der ikke oprettes en ambulant kontakt.

Hjemmebesøg/udebesøg indenfor en indlæggelseskontakt registreres kun som overordnede (administrative) procedurekode AAF6/AAF7. Der er i disse tilfælde *ikke* krav om kodning af tidsforbrug hhv. antal behandlere.

Vedr. obligatorisk registrering af ydelser udført i forbindelse med hjemmebesøg og udebesøg – se Tabel 13 "Procedureliste – hjemmebesøg og udebesøg". Disse ydelser skal obligatorisk indberettes både, når hjemmebesøget/udebesøget sker som led i en ambulant kontakt og under en indlæggelseskontakt.

Obligatoriske ydelser givet ved hjemmebesøg og udebesøg

Hjemmebesøg og udebesøg registreres med den overordnede procedurekode AAF6 eller AAF7. Ved ambulante kontakter skal hertil registreres tillægskode for samlet tidsforbrug og [kun BUP] antal behandlere.

Der kan ud over de obligatoriske krav frivilligt registreres andre klinisk relevante ydelser.

Eksempel

<p>Hjemmebesøg AAF6 registreres som selvstændig ydelse (+)personalets samlede tidsforbrug for hjemmebesøget α) (+)antal behandlere [kun BUP] α)</p>
<p>Ydelser givet ved hjemmebesøg registreres som selvstændige ydelser uden tidsforbrug og antal behandlere <i>Obligatoriske ydelser – se procedurelisten Tabel 13</i></p>

Bemærk: Hjemmebesøg/udebesøg kan ske indenfor ambulans kontakt og indlæggelseskontakt.

α) Det er kun obligatorisk at registrere tidsforbrug og for Børne- og Ungdomspsykiatrien antal samtidige behandlere for ambulante hjemmebesøg/udebesøg

<p>Tabel 13 Procedureliste – hjemmebesøg og udebesøg Gælder hjemmebesøg/udebesøg såvel i forbindelse med ambulans kontakt som under indlæggelseskontakt</p>	
<p>AAF6/AAF7 (+)tidsforbrug *) (+)antal behandlere *) [BUP]</p>	<p>Hjemmebesøg/udebesøg</p>
ZZ4991	Psykologisk undersøgelse
ZZ4992	Semistruktureret diagnostisk interview
BVAA34A	Samtale med behandlingssigte
BRBP	Træning af kombinerede psykosociale færdigheder
se BR*	Fysio- og ergoterapeutiske ydelser α)
se Tabel 14	Visse af "Ydelser uden besøg" kan også indgå i hjemmebesøg/udebesøg

α) Obligatorisk niveau for ambulante kontakter fremgår af kodekatalogerne for fysio- og ergoterapeutiske ydelser: <http://www.fysio.dk> hhv. <http://www.etf.dk>. Registrering for indlagte er fakultativ.

*) Der skal ikke angives tidsforbrug og antal behandlere for hjemmebesøg/udebesøg under indlæggelseskontakt

Procedureregistrering - ydelser uden besøg

"Ydelse uden besøg" er en ambulans ydelse uden samtidigt ambulans besøg eller hjemmebesøg, dvs. situationer, hvor patienten ikke er til stede på sygehuset, eller hvor det sundhedsfaglige personale ikke er i patientens hjem.

Obligatoriske ydelser uden besøg

<p>"Ydelse uden besøg" Registreres som selvstændige ydelser inkl. assistancydelser De obligatoriske ydelser tillægskodes med personalets tidsforbrug og antal behandlere [kun BUP] for den enkelte ydelse <i>Obligatoriske ydelser – se procedurelisten Tabel 14</i></p>
--

Visse "ydelser uden besøg" kan indgå i henvisningsperioden.

Se også "Ydelser i henvisningsperioden".

Visse af disse ydelser kan også indgå i ambulante besøg hhv. hjemmebesøg. Her er registreringen dog ikke obligatorisk med mindre ydelsen findes på listen over obligatoriske procedurer i forbindelse med besøgstypen.

De i Tabel 14 viste ydelser uden besøg skal obligatorisk registreres med obligatorisk angivelse af tidsforbrug for den enkelte ydelse samt [kun BUP] antal samtidige behandlere.

Hvis ydelsen indgår i et ambulante besøg eller i et hjemmebesøg skal der ikke særskilt registreres tidsforbrug hhv. antal behandlere, men i stedet registreres tidsforbrug og antal behandlere på besøgs-koden.

Tabel 14 Procedureliste - "ydelser uden besøg"		(+)
BVAW2	Netværksmøde	
ZZ0231A	Supervision til institution	
BVAA33A	Telefonkonsultation	
ZZ0182	Udfærdigelse af erklæring	
BVAW1	Kontakt med anden myndighed	
AAF83	Institutionsbesøg	
BVAA97 #[BUP]	Samtale med forældre	
BVAA99 #[BUP]	Samtale med værge	
BVAA5	Samtale med pårørende	
se BR*	<i>Fysio- og ergoterapeutiske ydelser</i> ^{α)}	

(+) For de ambulante ydelser uden besøg, der findes i Tabel 14, skal tidsforbruget indberettes for hver enkelt udført procedure

#[BUP] Kun obligatorisk for speciale 52 (børne- og ungdomspsykiatri)

^{α)} Fysio- og ergoterapeutiske ydelser indberettes iflg. Fællesindholdet som ydelser uden besøg. Obligatorisk niveau for ambulante kontakter fremgår af kodekatalogerne for fysio- og ergoterapeutiske ydelser: <http://www.fysio.dk> hhv. <http://www.etf.dk>. Registrering for indlagte er fakultativ.

Procedureregistrering – skadestuebesøg

Der er ud over røntgenydelser ingen obligatoriske krav til ydelsesregistrering ved skadestuebesøg.

Obligatoriske ydelser givet ved skadestuebesøg

Skadestuebesøg
Ydelser givet ved skadestuebesøg kan registreres som selvstændige ydelser uden tidsforbrug Inkl. assistancydelser

Kun billeddiagnostik skal obligatorisk indberettes.

Der kan ud over de obligatoriske krav frivilligt registreres andre ydelser.

Ikke akutte opgaver som fx medicinudlevering, receptfornyelse og lign. skal ikke betragtes som skadestuebesøg, men derimod som assistancer til igangværende kontakt.

Fra 2007 skal skadestuekontakter indberettes med både start- og sluttidspunkt.

DIPSY-database registreringer er ophørt pr. 1. januar 2010

For ambulante psykiatriske patienter under speciale 50 ("voksenpsykiatrien") er det pr. 1. januar 2010 ikke længere obligatorisk at indberette oplysninger til "Databasen for klinisk kvalitet i ambulant psykiatrisk behandling", DIPSY.

Yderligere oplysninger kan findes på Center for Psykiatrisk Forsknings hjemmeside.

Referencer

- (1) Projektbeskrivelse for projektet "Udvikling af den psykiatriske patientregistrering i Landspatientregisteret", Sundhedsstyrelsen 2005
 - (2) Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter, Sundhedsstyrelsen:
www.sst.dk/patientregistrering
i vejledningen betegnet Fællesindholdet
 - (3) Vurdering og visitation af selvmordstruede. Vejledning til sundhedspersonale. Sundhedsstyrelsen 2004:
http://www.sst.dk/publ/Publ2004/Vurdering_visitation_selvmordstruede.pdf
 - (4) Selvmord i Danmark. Markant fald i selvmord, men stigende antal selvmordsforsøg. Hvorfor? Udviklingen belyst ud fra registerdata og selvrapporeret selvmordsadfærd og med fokus på kvaliteten af registerdata, Statens Institut for Folkesundhed (red. Karin Helweg-Larsen) 2005
-