

Ændringer til indberetning til Landspatientregisteret

Hvert år kommer der ændringer til indberetning til Landspatientregisteret. Ændringerne findes i indledningen af Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter. Denne liste indeholder ændringer fra år 2000 og frem.

"Fællesindholdet" udgives sidste gang i sin nuværende form til 2019, hvorefter indberetningen i løbet af første kvartal 2019 overgår til det nye landspatientregister "LPR3".

Vedr. Fællesindholdet 2019

Der er ingen ændringer i Fællesindholdet 2019.

Vedr. Fællesindholdet 2018

Der er ændringer i Fællesindholdet 2018 på følgende områder:

- Nyt afsnit 1.6 omhandlende "Raske forsøgspersoner, forskningspatienter og procedurer betalt af forskningsmidler" indsat
 - Undtagelsen vedrørende indberetning af besøgsdato for fysio- og ergoterapeutiske ambulante besøg udgår med virkning fra 1. januar 2018. Ambulante besøg ved disse faggrupper kan nu indberettes på lige fod med andre sundhedspersoner. Der er som følge af denne beslutning rettet i afsnittene 5.2, 8.7.4 og 10.5
 - Operationsart (afs. 10.4.1) er udgået af kravene til indberetningen. Indberetning kan dog fortsat ske. Hvis indberetning foretages, skal reglerne fortsat overholdes
 - Nyt afsnit 10.15 om "Kirurgisk komplikationsregistrering" indsat. Nye krav fra 2018
 - Kap. 11 om komplikationer er udgået af Fællesindholdet som selvstændigt kapitel i konsekvens af de nye krav beskrevet i afs. 10.15. Dele af det tidligere kap. 11 er nu indbygget i et revideret afsnit 9.5.5 om "Komplikationer til undersøgelse og behandling" (inkl. lægemiddelbivirkninger)
 - Tvangsforanstaltninger overfor varigt inhabile somatiske patienter er beskrevet nærmere i kap. 10, nyt afsnit 10.16. Kravet til indberetning træder i kraft pr. 1. juli 2018
-

Vedr. version 2017-2b (28. juni 2017):

Vejledning vedrørende M-specificerede kræftkoder og anmeldelse ved metastaseret kræftsygdom, herunder ved sen kontakt med klinisk recidiv af kendt kræftsygdom justeret efter aftale med Følgegruppen. Flere eksempler indarbejdet.

Vedr. version 2017-2a (9. maj 2017):

Vejledning vedrørende ventestatus 23 justeret til at omfatte, "... når patienten ikke ønsker at benytte et tilbud om udredning eller behandling indenfor gældende rettigheder om udredning eller behandling på et andet hospitalsafsnit.". Justeret i afs. 3.1 og 3.6

"Død ved ankomst" (afs 6.5.2). Tilføjet nyt supplerende tekstafsnit.

Vedr. version 2017-2 (9. marts 2017):

Krav om indberetning af uafsluttede somatiske indlæggelseskontakter er fjernet. Der stilles uændret krav til indberetning af de uafsluttede psykiatriske indlæggelseskontakter. Dette er rette flere steder.

Der er tilføjet et eksempel på diagnose- og procedureregistrering ved screeningskontakt i afs 9.5.7

Vedr. version 2017-1c (1. februar 2017):

Kravet om udvalgte diagnosekoder som aktionsdiagnose på afsluttede psykiatriske patientkontakter er efter beslutning i Koordinationsgruppen udgået med øjeblikkelig og tilbagevirkende effekt. Listen har nu status af *anbefaling* – se nærmere i Kap. 8 i Fællesindholdet.

Version 2017 (2017-1)

Opdatering januar 2017:

Der er ændringer i Fællesindholdet 2017 på følgende områder:

- krav og vejledning til oplysninger ved indgreb over for inhabile patienter i somatikken:
Se nyt afs 4.6 med underafsnit
Se også vejledning på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside
- krav og vejledning til nye registreringer på neonatalområdet:
 - tillægskode for gestationsalder på barnets fødselskontakt (tabel 12.3.7a)
 - tillægskode for gestationsalder på sekundære kontakter i neonatalperioden (nyt afsnit 12.7.1)
 - tillægskode for varighed af visse behandlinger (nyt afsnit 10.14)
- krav til tillægskodning med ATC-/forgiftningskoder er *udgået* til 2017. De berørte afsnit er taget ud af Fællesindholdet (vejledning og Teknisk del)
- indførelse af generelle obligatoriske M-specificerede koder for forenklet registrering af "metastaseret kræftsygdom" ved fjernmetastaser for alle kræftsygdomsområder. Koderne indføres fra 1. januar 2017.

Ændringen omfatter primært afsnittene:

- 13.1.2 Kodning ved metastaser
- Figur 13.2.3 Flow-diagram
- 13.2.5 med eksempler og skema s. 124

Der valideres (fra 1. juli 2017) for anvendelse af M-kode ved TNM=(+)AZCD41* og omvendt.

Se nærmere i Teknisk del

- nye koder (DZ768E*) vedrørende kønsidentitetsforhold tilføjet den psykiatriske aktionsdiagnoseliste (Tabel 8.1)

Der er ændret i de obligatoriske administrative koder til brug for monitorering af Udredningsretten. Der henvises til den reviderede vejledning på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside.

Ændringer til indberetning for 2016

Opdatering juli 2016 (version 2016-2):

Fejlrettelse af tabellerne i Kap 12 afs 12.3.5 og 12.3.7(b), hvor lukkede koder (pr. 31.12.2015) ikke var fjernet.

Opdatering januar 2016 (version 2016-1):

Fra januar 2016 skal uafsluttede indlæggelseskontakter obligatorisk indberettes løbende – se nedenfor. Ellers er der i forhold til version 2015-2 ikke væsentlige ændringer.

I denne version er der sket en omskrivning af dele af Kap 13 om cancerregistrering og anmeldelse til Cancerregisteret. Sundhedsdatastyrelsen har for at fokusere på korrekt registrering og anmeldelse af den til grundliggende kræftsygdom og på ønske fra flere kliniske specialer og regionsrepræsentanter besluttet at reducere de obligatoriske krav til specificering af metastaselokalisationer ved metastatisk kræftsygdom. Omskrivningen af Kap 13 omfatter primært afsnittene 13.1.2, 13.2.3 (inkl. Fig 13.2.3) samt ikke mindst afs 13.2.5.1-2 (inkl. nyt skema i afs 13.2.5.1).

Der er foretaget sproglige korrektioner og enkelte forenklinger af forklaringer og formuleringer som led i det fortløbende vedligeholdelsesarbejde.

Ændringer til indberetning for 2015

Opdatering juli 2015 (version 2015-2):

I denne version er der i forhold til version 2015-1 foretaget ændringer i Kap. 12 vedrørende kravene til registrering for børn, der fødes efter udgangen af 22. svangerskabsuge. Pga. manglende lovhjemmel for den tidligere anbefalede praksis er det pointeret, at der skal foretages udfyldelse af fødselsattest og dødsattest for alle børn, der først fødes efter 22 svangerskabsuger.

Vedr. fødselskontakter

Det tidligere (Tabel 12.3.6) krav om registrering af ”koblende bidiagnose” ved komplikationer til fødsel, der klassificeres i andre diagnosekapitler er bortfaldet til fordel for, at der er oprettet en række relevante specificerede underkoder i SKS, der dækker de hyppigste komplicerende tilstande til fødsel.

Der er desuden foretaget en forenkling af Kapitel 12’s afsnit vedrørende aborter og dødsfødsler.

Alle steder, hvor der står noget om indberetning af besøgsdato i forbindelse med hjemmebesøg og udebesøg, er formuleringerne ændret, idet det ikke længere er et krav at indberette besøgsdato ved hjemmebesøg og udebesøg. Besøgsdato kan dog fortsat - fakultativt - indberettes.

I afs 10.7 vedr registrering ved neonatal hørescreening er det præciseret, at registreringen af procedure og tilhørende resultat dækker undersøgelse af begge ører ved den givne metode. Der skal således ikke registreres for hvert øre for sig.

Uafsluttede indlæggelser

Fra 1. juli 2015 åbnes LPR for løbende indberetninger af uafsluttede indlæggelseskontakter. Uafsluttede indlæggelseskontakter skal indberettes umiddelbart efter oprettelse og derefter ved enhver tilføjelse og ændring i registreringerne på kontakten.

Der er krav om, at uafsluttede indlæggelseskontakter skal have en aktionsdiagnose senest 1 måned efter kontaktstart. Der er ikke yderligere krav til eller validering af indholdet i afsluttede stationære patientkontakter. Kravene er ens for somatiske og psykiatriske uafsluttede indlæggelseskontakter.

Indberetning af uafsluttede indlæggelseskontakter er obligatorisk fra januar 2016.

Se yderligere i den tekniske del

Indberetning af registreringer på henvisninger

Alle røntgenydelser og forløbsmarkører for pakkeforløb skal indberettes til LPR. Hvis der er en eller flere af disse registreringer på henvisninger, skal der i alle tilfælde være en efterfølgende patientkontakt, der sikrer indberetningen af disse registreringer. Se er nærmere beskrevet i **afs 3.4**

Opdatering januar 2015 (version 2015-1):

I forhold til v. 2014-2 er der følgende væsentlige justeringer og ændringer:

- **Kap 1 Indledning**
Nyt afsnit 1.4 om indberetning til kliniske kvalitetsdatabaser via LPR indsat
- **Registrering af hjernedøde – afs 4.5**
Nyt afsnit 4.5 indsat under kapitlet for indlagte patienter. Teksten flyttet fra Kap 9 og justeret lidt
- **Multiple årsager til akut patientkontakt – afs 6.2.1**
Tekstafsnittet (uændret) flyttet fra afs 7.1.2
- **Kap 8 Psykiatri**
De særlige krav (afs 8.7) til indberetning af administrativ kode (AAF22) og tidsforbrug ved ambulante besøg samt personale-involvering ved ambulante besøg i børne- og ungdomspsykiatrien udgår fra 1. januar 2015. Dette omfatter også krav beskrevet i forbindelse med "ambulante ydelser uden besøg"
- **Afs 10.6 Genoptræning**
Afsnittet er helt nyskrevet efter de nye kategorier for genoptræning og rehabilitering
- **Afs 10.7 Neonatal hørescreening**
 - der er sket justeringer i kravene til resultat-indberetning ved neonatal hørescreening, idet der var krav til resultat ved visse procedurer, hvor det ikke giver klinisk mening
 - proceduretabelen (afs 10.7.2) angiver nu kun det obligatoriske minimums indberetningsniveau
- **Afs 10.12 Telemedicinske ydelser**
Tydeliggørelse af, at der kun må indberettes ambulante besøgsdato på dagen, hvis patienten også møder på sygehuset til ambulante besøg, eller der er et hjemmebesøg på samme dato
- **Kap 12 Graviditet**
 - kapitlet om svangerskab, fødsler, aborter og misdannelser omdøbt til det kortere "Graviditet", og kapitlet er enkelte steder i afsnittene justeret strukturelt og sprogligt
 - nyt afsnit 12.4 om registreringer for mor og barn i barselsperioden indsat
- **Kap 13 Anmeldelse til Cancerregisteret**
 - nyt underafsnit 13.2.1 indsat vedr undtagelser til anmeldelsespligt for onkologiske og radiologiske afdelinger jf nyeste bekendtgørelse
 - ny diagnosekoder for (DC800) "Primær kræftsygdom uden kendt lokalisation" samt (DC799) "Sekundær kræftsygdom uden kendt lokalisation" medtaget i oversigten i afs 13.1.1

Ændringer til indberetning for 2014

Opdatering april 2014 (version 2014-2):

I forhold til v. 2014-1 er der følgende væsentlige justeringer og ændringer:

- Nyt kort afsnit (afs 3.5) om udredningsretten indsat. Henviser til Fællesindholdets hjemmeside
- Nyt afsnit (afs 4.4) om Hjemmebesøg og udebesøg indsat under kapitlet om indlagte patienter
- Nyt afsnit (afs 5.4) om Hjemmebesøg og udebesøg indsat under kapitlet om ambulante patienter
- Kontaktårsag 3 omdøbt fra "Vold" til "Voldshandling"
- Kap 6: Indledning til kapitlet omstruktureret
- Kap 7: Skaderegistrering: Teksten er gennemgået, flyttet lidt rundt og justeret.
 - beskrivelsen af kontaktårsag (afs 7.1) udvidet
 - underafsnit (7.1.2) om "Multiple årsager til akut patientkontakt" er tilføjet
 - indberetning ved voldshandling har fået eget afsnit (7.3)
- Kap 9: De basale principper (afs 9.1.1) er sprogligt let justeret og udbygget
 - der er tilføjet et underafsnit (9.1.1.1) om diagnoseregistreringen ved "Multiple sygdomme"



- nyt afsnit (9.5.6) om "Klassificering af skader" tilføjet inkl underafsnit (9.5.6.1) om diagnoseregistrering ved "Multiple skader"

Fra 1. marts 2014 skal der ske en udvidet indberetning via Landspatientregisteret af forskellige supplerende oplysninger i forbindelse med patientkontakter som led i screening for kolorektal-kræft (CRC). Der henvises til regionernes registreringsvejledning vedr dette.

Opdatering januar 2014 (version 2014-1):

I forhold til 2013-udgaven af "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" er de væsentligste ændringer:

- Kap 4 om indlagte patienter og Kap 5 om ambulante patienter er revideret i forhold til ændringerne vedr akutte ambulante patienter (Kap 6), kontaktårsager og obligatorisk skaderegistrering (Kap 7)
- Kap 6: Akutte ambulante patientkontakter som erstatning for skadekontakter
- Rækkefølgen af kapitlerne om psykiatri (nu Kap 8) og skaderegistrering (nu Kap 7) er ændret
- Kap 7: Skaderegistrering
 - forenkling og reducere krav til registrering af ydre årsag ved skader som følge af ulykke, vold og selvmordsforsøg, herunder klassifikationsændringer i bla skademekanisme
 - kontaktårsag og skaderegistrering er kun obligatorisk for akutte somatiske patientkontakter
 - kontaktårsagerne 5 "Senfølge" og 9 "Ukendt/uoplyst" er udgået
- Kap 8: Psykiatri
 - afsnit (afs 8.5.3) om obligatorisk registrering af absentering indsat
 - det er tydeliggjort, at der skal være to indlæggelser ved indlæggelse af tvangsindlagt psykiatrisk patient på somatisk afdeling
- Kap 9: Diagnoser
 - diagnosearten "M" er fjernet for somatiske patienter
 - diagnosearten "C" er fjernet for alle patienter

Ændringer til indberetning for 2013

Opdatering juli 2013 (version 2013-2):

I forhold til v. 2013-1 er der følgende væsentlige justeringer og ændringer:

- Kap 14: beskrivelse af kræftpakkerne er taget ud. Kapitlet beskriver nu kun, at der findes registreringsvejledninger på nettet for obligatoriske pakkeforløbsmarkører. Fra 1. juli 2013 indføres der også **pakkeforløb på hjerteområdet**. Der henvises til disse vejledninger på Seruminstuttets hjemmeside under 'Monitorering' samt til 'Pakkeforløbsbeskrivelser' på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – links er tilføjet oversigten i afs 1.4.3
- efter ønske fra Cancerregisteret er vejledningen i Kap 13 vedrørende ikke kendt primærtumor forenklet med fokus på, at det ved fund af metastaser uden kendt primærtumor (kræft-grundsygdom) er metastasen, der skal anmeldes. Konsekvensrettet i figur 13.2.2
- afs 9.2.1: de særlige diagnosekoder (DX-DY) for (ydre årsager ved) selvmordsforsøg og vold må ikke anvendes som aktionsdiagnoser på somatiske patientkontakter
- afs. 10.4.4 (mulig tillægskodning i forbindelse med kirurgisk indgreb) og 10.7 (ICF funktionsevnevurdering) taget ud, da de beskrev ikke obligatoriske registreringer
- der er foretaget konsekvensrettelser af brug af ordene "afdeling" og "afsnit" i relation til assistancebebet



I forhold til 2012-udgaven af "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" er de væsentligste ændringer:

- Kap 12: Indførelse af mulighed for indberetning af fødsler som ambulante patienter. Hjemmefødsler skal indberettes som ambulante patienter med særlige diagnosekoder, der angiver, at fødslen er sket i hjemmet

Ændringer til indberetning for 2012

Opdatering oktober 2012 (version 2012-4):

- Kap 11 med underafsnit rettet, idet kravene om tillægsoplysninger er udgået
- Kap 14 er omskrevet i forhold til de nye administrative pakkeforløbskoder pr. 1. oktober 2012
 - pr. 25. oktober tilføjet 2 nye koder (AFBxxC2B og AFBxxC2C) til frivillig specificering af obligatorisk AFBxxC2
- ~~Kap 15 "Data til brug for kvalitetsmåling" er udgået (kapitlet står tomt indtil FI-2013)~~
Denne ændring er trukket tilbage og genindført i Fællesindholdet 2013 (2013-1)

Opdatering juli 2012 (version 2012-3):

- Nyt afs 6.3 "Indbragte døde" tilføjet
- Nyt underafs 9.5.1.1 Afkræftet obs. pro tilføjet
- Nyt underafs 10.11.1 Telefonkonsultation tilføjet
- Kap. 12 indledning: Tekstafsnit tilføjet:
"Fødselskontakten kan inkludere ophold på barselsgang/i barselsseng efter fødslen. Kontakten skal overholde kravene til fødselskontakter."
- Afs 12.6 om krav til tillægskodning af svangerskabslængde. Afsnittet revideret pga reducerede krav til hvilke aktionsdiagnoser, der kræver obligatorisk tillægskodning. Eksempler justeret.
- Afs 13.3 og underafs 13.3.2 er revideret pga indførelsen af AZCA9 - anmeldelsesstatus til brug for onkologiske afdelinger

Opdatering januar-juli 2012 (version 2012-2):

- Fejlrettelser og tekstjusteringer i det nye elektroniske fællesindhold
- Nye koder tilføjet på følgende lister:
 - Tabel 7.1 "Psykiatriske aktionsdiagnoser"
 - DZ0462* Kontakt mhp psykiatrisk undersøgelse ifm dom til anbringelse
 - Afs 13.4.1 Koder der kræver tillægskodning for stadium ved nyanmeldelse
 - DC884* Ekstranodalt marginalzone B-celle lymfom
 - DC903 Solitært ossøst plasmacytom
 - Afs 13.4.1.2 Koder der kræver tillægskodning for stadium efter Ann Arbor lymfom-klassifikation ved nyanmeldelse
 - DC884* Ekstranodalt marginalzone B-celle lymfom
 - DC903 Solitært ossøst plasmacytom
 - Afs 13.4.4 Koder der kræver tillægskodning for anatomisk lokalisation ved nyanmeldelse
 - DC884* Ekstranodalt marginalzone B-celle lymfom
 - DC903 Solitært ossøst plasmacytom



Opdatering januar 2012 (version 2012-1):

I forhold til 2011-udgaven af "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" er de væsentligste ændringer:

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

Ændringer til indberetning for 2011

I forhold til 2010-udgaven af "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" er de væsentligste ændringer:

- Ny kontaktårsag 7 'Komplet skaderegistrering foretaget på tidligere kontakt', kapitel 8
- Indberetning af "besøgsfelter" ved fødselsoplysninger på moder er fakultativ, afs. 12.3.7.1
- Obligatorisk registrering bortfalder i forbindelse med kræftpakkerne (ZZ5650 Aktuel mistanke om sygdom afkræftet), afs. 14.1
- Tidligere krav om tilbageretning af afsluttet kontakt ved anmeldelsespligtigt patologi-svar fremkommet efter kontaktafslutning bortfaldet; vejledningen tilrettet i kap. 13 og afs. 9.3.3 samt 9.6.1.
- Anmeldelse til Cancerregisteret bortfaldet for (DD076(T)) carcinoma in situ i testis; tilrettet på diverse lister og valideringer

Ændringer til indberetning for 2010

I forhold til 2009-udgaven af "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" er de væsentligste ændringer:

- "Afslået behandlingstilbud" er fakultativ, afsnit 3.3.9
- "Færdigbehandlede patienter" vejledningen ændret, afsnit 4.6
- "Psykiatri", der er flere ændringer til kapitel 7
 - Kontaktårsag er fakultativ for indlagte psykiatriske patienter fra 1. juli 2009
 - For indlagte psykiatriske patienter er Fys/ergo-terapeutiske ydelser frivillig fra 1. juli 2009
 - Der skal indberettes retspsykiatrisk diagnose for startvilkår G fra 1. juli 2009
 - Der skal ikke indberettes til "DIPSY" ved udgangen af 2009, derfor er afsnittet fjernet
- "Udebesøg" må nu indberettes med besøgsdato, afsnit 10.8
- "Medikamentel behandling", nyt afsnit 10.9.4
- "Aflyste operationer", indberettes ikke via LPR, afsnit 10.14 er fjernet
- Jordemoderbesøg som led i den almindelige svangrekontrol registreres med APFA13 "Jordemoder" som primærkode, afsnit 12.2.1
- "Indberetning af kræftsygdomme" (Kap. 13) flere afsnit er omskrevet
- Godartede (benigne) nyretumorer skal ikke længere anmeldes til Cancerregisteret, afsnit 13.3.1

- Cancerregistreringen er udbygget med flere vejledningsafsnit, bl.a. beskrivelse af TNM-specificering af udbredelse
-

Ændringer til indberetning for 2009

I forhold til 2008-udgaven af "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" er de væsentligste ændringer:

- der er tilføjet et nyt kapitel – kapitel 14 "Pakkeforløb for kræft".
 - der er tilføjet et nyt afsnit 9.6.7 "Registrering af hjernedød".
-

Ændringer til indberetning for 2008

I forhold til 2007-udgaven af "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" er de væsentligste ændringer:

- kapitel 3 Henvisning og venteperiode er omskrevet.
 - intern ventetid og erfarede ventetider er beskrevet (afs. 3.3.7).
 - afsnit om afslutning af ambulante kontakter ved indlæggelse for samme sygdom, er tilføjet i kap. 3, 5 og 13.
 - de psykiatriske startvilkår som var gældende i 2006 er genindført. Startvilkår G "retslig patient indlagt frivilligt", som blev indført i 2007, bevares. (kap. 7).
 - DIPSY vejledningen er fjernet, der er henvisning til Center for Psykiatrisk Forskning (kap. 7).
 - kapitel 8 Skaderegistrering er revideret.
 - afsnit om fejlagtige oplysninger, som skal rettes og genindberettes er beskrevet i kap. 9, afs. 9.3.4 og kap. 13, afs. 13.7.
 - hvis en opsporingskontakt i forbindelse med screening af personer, resulterer i at der skal ske en videre udredning eller behandling, oprettes en ny kontakt (afs. 9.6.6).
 - det er nu muligt at registrere udebesøg (afs. 10.8).
 - grænsen for abort er ændret til 22 svangerskabsuger efter gældende bekendtgørelse/vejledninger. Definitioner er ændret i konsekvens af dette (afs. 12.4). Misdannelser er også tilpasset, og der er indført en ny DUM-kode (DUM03 "Mistanke om misdannelser"). Abortvalideringen lempes, således at DO088J og DO088K accepteres som aktionsdiagnose til en abortprocedure (afs. 12.4.2).
 - TNM klassifikationen er udvidet med ny kode: AZCD302 (kap. 13).
 - anmeldelsesstatus AZCA5 "ændring af tidligere anmeldt sygdom til ikke anmeldelsespligtig sygdom" er udgået (kap. 13).
 - koden DE340 Karcinoidt syndrom er udgået fra listen over anmeldelsespligtige diagnoser (tabel 13.1, kap. 13).
 - kapitel 13 Cancer er omskrevet. Krav om tillægskodning af "operationens karakter" bortfaldet.
 - i kapitel 14 er en hel del af kvalitetsindikatorerne udgået. Registreringskravene vedr. "brud på lårbenshals", "hofteledsalloplastik" og "luxation af hofteledsprotese" er de eneste tilbage.
-

Ændringer til indberetning for 2007

I forhold til 2006-udgaven af "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" er de væsentligste ændringer:

- der er foretaget nogle konsekvensændringer i rækkefølge og opdeling af afsnit og underafsnit.
-

- færdigbehandlede patienter – regler indført pr. 1. januar 2006, men nåede ikke med i den trykte udgave af Fællesindhold 2006 (afs. 4.6).
- anbefalinger vedr. opdeling af ambulante forløb, hvor slutdiagnosen ikke dækker hele forløbet (afs. 5.3).
- psykiatri (kap. 7)
Der er medtaget en del af vejledningsteksterne fra "Psykiatrisk registreringsvejledning"
- fra 1. januar 2007 skal kontaktens sluttidspunkt indberettes for psykiatriske skadestuekontakter (afs.)
- registrering af retslige forhold er uændret i forhold til 2006, da der ved redaktionens afslutning ikke er endelig afklaring af, om der skal indføres procedureregistrering (afs. 7.3). Der henvises til yderligere information under: www.sst.dk/patientregistrering
- DIPSY
ny vejledning til indberetning indsat.
- genoptræning
Nyt afsnit (10.4) indsat. Nye krav for administrative markører for almindelig hhv. specialiseret genoptræning.
- indberetning vedr. hørescreening skulle være ophørt i 2006. Der er dog endnu ikke afklaring på, om indberetningen skal fortsætte (afs. 10.6). Der henvises til yderligere information under: www.sst.dk/patientregistrering.
- obligatorisk ydelsesregistrering (afs. 10.8)
Der er indsat tabeller for obligatoriske ydelser til statistisk brug.
- aflyste operationer skal ikke indberettes til LPR, men direkte til Sundhedsstyrelsen (afs. 10.13).
- udvidelse af indberetningen af "infektioner som komplikation til undersøgelse og behandling" (afs. 11.3) til at omfatte undersøgelse og behandling.
- Aborter
 - grænsen for abort er ændret til 22 svangerskabsuger efter gældende bekendtgørelse/vejledninger. Definitioner er ændret i konsekvens af dette (afs. 12.4).
Abortvalideringen lempes, således at DO088J og DO088K accepteres som aktionsdiagnose til en abortprocedure (afs. 12.4.2).
- cancerindberetning (kap. 13)
Krav om tillægskodning af "operationens karakter" bortfaldet.

Ændringer til indberetning for 2006

I forhold til 2005-udgaven af "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" er de væsentligste ændringer:

- ændringer af registreringsprincipper for det psykiatriske område.
- obligatorisk indberetning af postoperative sårinfektioner.
- revidering af regelsættet for anvendelse af TNM-klassifikationen i forhold til diagnosegruppen "DC77*".
- revidering af cancerregistreringen "skønnet radikalitet". Koderne ZKC0, ZKC1 og ZKC2 udgår og erstattes med ZKC4 og ZKC5.
- revidering af cancerregistreringen "diagnosegrundlag". Tillægskodningen udvides med 2 nye koder AZCKX og AZCLX.
- abortregistrering skærpes, således at det ikke er muligt at registrere abortprocedurer uden samtidigt at registrere abortdiagnose.
- værdisættet for "Afslutningsmåde" udvides, således at der skelnes mellem om patienten ved "afsluttes til andet sygehusafsnit" overføres direkte til andet sygehusafsnit eller ej.
- fejlsøgning for hørescreening er lempet, så der alene fejlsøges for børn yngre end 90 dage.
- det er muligt at indberette 6 nye kommunekoder til LPR.



Ændringer til indberetning for 2005

I forhold til 2004-udgaven af "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" er de væsentligste ændringer:

- der skal indberettes startklokkeslæt, på ambulante kontakter, så det er muligt at indberette flere ambulante kontakter pr. dag, pr. afdeling.
- startminut på indlæggelseskontakter skal indberettes.
- det er muligt at indberette positiv talværdi i forbindelse med indberetning af Base-excess.
- der er ikke krav om registrering af producent og proceduretidspunkt for moders højde og vægt før graviditet og proceduredato må ligge før kontaktens startdato.
- for uafsluttede ambulante patienter må slutdato for den sidste ventestatus være blank.
- funktionsevne kan indberettes efter ICF-klassifikationen (Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand). Registrering sker i procedurefeltet, se afsnit 10.
- der kan indberettes op til 50 tillægskoder pr. SKS-kode.
- pr. 1. juli 2004 kom der ændring til cancerindberetning. Der er tilføjet koder i forbindelse med stadium, TNM og lokalisation. Der er tilføjet koder i listerne over diagnoser med obligatorisk angivelse af lateralitet og obligatorisk angivelse af stadium.
- procedurearten "V" (Vigtigste operation) udgår fra 1.januar 2005.
- fra 1. januar 2005 er det obligatorisk at indberette data om hørescreening af nyfødte.

Ændrede krav til indberetning for 2004

I forhold til 2003-udgaven af "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" er de væsentligste ændringer:

- nye regler for ventetidsregistrering.
Det er et problem, at der traditionelt har været sat lighedstegn mellem henvisningsperiode og ventetid. Med den nye ventetidsregistrering bliver det muligt at indberette patientens korrekte ventetid.
- passiv ventetid udgår.
Som konsekvens af de nye regler for ventetidsregistrering, afskaffes indberetningerne af passiv ventetid samt datoerne for forundersøgelse og endelig behandling.
- henvisningsmåde og afslutningsmåde er ændret.
Som et element i den ændrede ventetidsregistrering, indgår registrering af henvisende sygehusafdeling, og dette har medført reduktion i værdisættet for variabelen Henvisningsmåde og da værdisættet også anvendes i forbindelse med Afslutningsmåde, ændres disse tilsvarende.
- ukendt/uoplyst fjernet fra henvisnings-/indlæggelses-/afslutnings-måde.
- mulighed for at kunne anvende ukendt og uoplyst fjernes fra henvisnings-/indlæggelses-/afslutningsmåde.
- registrering af afslået behandlingstilbud.
- ved registrering af afslået behandlingstilbud er det er ikke mere obligatorisk at indberette sygehusafsnit. Det er tilstrækkeligt med en dato.
- udvidet cancerindberetning.
- fra 1. januar 2004 vil al blanketanmeldelse til Cancerregisteret udgå og indhentning af cancerdata vil foregå elektronisk. For stadig at kunne indhente oplysninger i samme omfang som ved den nuværende anmeldelsesmåde, bliver det nødvendigt at supplere de allerede eksisterende oplysninger i LPR med flere tillægskoder.
- indberetning af Fysioterapi/Ergoterapi-ydelser.
Det er obligatorisk at indberette udførte ydelser fra fysioterapeuterne og ergoterapeuterne.
- diagnosearten "G" grundmorbus udgår.
Diagnosearten "G" grundmorbus for psykiatiske diagnoser udgår.
- udvidet fødselsindberetning.
- de obligatoriske obstetriske fødselsoplysninger er blevet udvidet med procedureindberetning. Modrens højde og vægt indberettes som procedurer med resultatet som tillægskode. For barnet indberettes pH og base-excess fra navlesnorsblod på samme måde, hvis de måles.
- procedure art "V" udgår.



- fra 1. januar 2004 valideres der ikke for kodearten "V" ved indberetningen af operationer til LPR, og fra 1. januar 2005 udgår procedurearten "V".

Ændrede krav til indberetning for 2003

I forhold til 2002-udgaven af "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" er de væsentligste ændringer:

- registreringer af ambulante besøg.
Fra 1. januar 2003 skal alle ambulante besøg indberettes til LPR, dvs. at det nu er muligt at indberette flere besøg pr. patient pr. dag pr. afdeling.
- anmeldelsespligtige kræftsygdomme.
Kravet om registrering af anmeldelsesstatus for recidiv er bortfaldet.
- registrering af passiv ventetid.
Det er kun muligt at registrere 2 årsager til passiv ventetid – enten 'Ønsket af patienten' eller 'Afventer udredning/behandling på anden afdeling'. Denne ændring trådte i kraft pr. 1. juli 2002
- registrering af afslået behandlingstilbud.
Hvis der gives et tilbud om behandling på et andet sygehusafsnit, som patienten afslår, skal der registreres dato for afslået tilbud og hvilket sygehusafsnit tilbuddet var til. Denne ændring trådte i kraft pr. 1. juli 2002.
- registrering af elektrochok.
Fra 1. januar 2003 er det obligatorisk at indberette udførte elektrochok behandlinger.
- reviderede definitioner til patientregistrering.
En revidering af de anvendte definitioner er med i denne udgave af "Fællesindholdet", se kapitel 15.
- assistancer i henvisningsperioden.
Fra 1. januar 2003 er det muligt at indberette assistancer, fx røntgenydelser, i henvisningsperioden.
- registrering af hjemmebesøg.
Fra 1. januar 2003 skal hjemmebesøg indberettes som et besøg med en obligatorisk procedurekode: AAF6 "Hjemmebesøg", hvilket gør det muligt at adskille ambulante besøg fra hjemmebesøg. Udførte kliniske procedurer, fx iltbehandling, kan indberettes med separate procedurekoder – udover AAF6.
- udvidet indberetning i forbindelse med kunstig befrugtning (IVF).
Fra 1. april 2004 dannes IVF-registeret på baggrund af elektronisk indberettede data. En nærmere beskrivelse vil i marts måned 2004 kunne findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, www.sst.dk under IVF-registeret.
- vi gør opmærksom på, at der er udviklet nye tillægsklassifikationer som kan anvendes i forbindelse med anatomi og morfologi.

Ændrede krav til indberetning for 2002

I forhold til 2001-udgaven af "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" er de væsentligste ændringer:

- indberetning af deldøgnspatienter udgår fra 2002. Patienterne skal enten indberettes som ambulante eller indlagte patienter, jf. definitioner af disse typer.
- fra 1. januar 2002 skal alle radiologiske procedurer indberettes til LPR. Det betyder, at både procedurer, givet til en patient, der har kontakt til en afdeling på sygehuset, og procedurer, givet til patienter oprettet med en selvstændig ambulant kontakt i røntgenafdelingen, skal indberettes.
- der er ændringer i hvilke procedurer, udover operationer og radiologiske procedurer, der obligatorisk skal indberettes til LPR, jf. bilag 2.
- der er forenklet indberetning af "skønnet radikalitet" for cancerpatienter, som har fået foretaget kirurgisk indgreb.
- der er indført en ny kodeart "C" til brug ved registrering af eventuel komplikation.



Ændrede krav til indberetning for 2001

I forhold til 2000-udgaven af "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" er de væsentligste ændringer:

- der foretaget en reduktion i den specielle registrering på psykiatriske afdelinger, så den nu næsten er sammenfaldende med registreringen på somatiske afdelinger. Det gælder distriktkode, indlagt fra, udskrevet til, personalekategori, psykiatrisk ydelse og ydelsessted.
- til anvendelse i forbindelse med DRG er der indført obligatorisk registrering af forskellige undersøgelser og behandlinger jf. bilag 2. Det drejer sig bl.a. om radiologiske procedurer, kardiologiske undersøgelser, kemoterapi og strålebehandlinger.
- kapitlet om indberetning af anmeldelsespligtige kræftsygdomme (kapitel 10) er helt omskrevet. Registringsmæssigt er den tidligere registrering af behandlingsmodaliteten erstattet af en egentlig registrering af undersøgelser og behandling fx strålebehandling, kemoterapi samt radiologiske procedurer. Kravene er her i væsentlig omfang sammenfaldende med kravene til registrering/indberetning til Landspatientregisteret i forbindelse med DRG.
- da Landspatientregisteret siden 1. juli 2000 på visse områder også skal anvendes til brug for opgørelse af kvalitetsmål er der udarbejdet et helt nyt kapitel 11, hvor de obligatoriske krav i forbindelse med data til dette brug er beskrevet. Kravene her er også i nogen grad sammenfaldende med kravene til registrering/indberetning i forbindelse med DRG.
- der foretaget mindre ændringer vedrørende registrering af svangre og aborter.

Ændrede krav til indberetning for 2000

I forhold til 1999-udgaven af "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" er de væsentligste ændringer:

- der er indføjet et nyt afsnit vedrørende anvendelse af SKS-koder ved indberetning til LPR (side 17), hvor der er redegjort for, hvilke hovedgrupper, der – ud over de obligatoriske – kan indberettes.
- afsnittet om aflyste procedurer er redigeret om, og der er tilføjet et nyt bilag 4, der bl.a. indeholder en mere detaljeret klassifikation over koder, der eventuelt kan anvendes til lokalt brug. Til LPR skal som minimum indberettes de på side 32 nævnte koder.
- der er foretaget enkelte mindre ændringer vedrørende registrering af svangre, fødsler og aborter. Det gælder regler ved registrering af moderen i forbindelse med fødsler.
- der er sket ændringer af behandlingskoden for medicinsk induceret abort, der er udskifter til en kode fra behandlingsklassifikationen (BKHD40).
- afsnit 10 Cancer er omredigeret og udvidet bl.a. ved at gennemgå eksempler på forskellige registreringer. Der er ikke sket tekniske ændringer ud over, at antallet af anmeldelsesstatus for "Anmeldelsespligtige diagnoser" er reduceret fra 7 til 6. Anmeldelsesstatus 6 er udgået, og anmeldelsesstatus 5 må fremover kun anvendes i forbindelse med afkræftelse af en tidligere registreret "anmeldelsespligtig diagnose" til en "ikke anmeldelsespligtig diagnose".