

FÆLLESINDHOLD

for basisregistrering af sygehuspatienter

2008

Fællesindhold 2008

Forfatter: Sundhedsstyrelsen

Udgiver: Sundhedsstyrelsen

Ansvarlig institution: Sundhedsstyrelsen

Copyright: Sundhedsstyrelsen

Tryk: Schultz Grafisk

Distribution: Publikationen kan hentes gratis på www.sst.dk eller bestilles hos Schultz Information tlf. 43632300, e-mail: schultz@schultz.dk

Emneord: Patientregistrering, vejledning og definitioner til patientregistrering, indberetning til LPR

Sprog: Dansk

URL: <http://www.sst.dk>

Version: 1

Versionsdato: 20071026

Format: PDF

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-535-4

Den trykte version ISBN: 978-87-7676-534-7

Forord

17. udgave af ”Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2008” er baseret på 16. udgave med visse udvidelser/ændringer. Ændringerne i kravene til indberetning til Landspatientregisteret i forhold til 16. udgave kan læses i indledningen.

Det ændrede Fællesindhold træder i kraft med virkning fra 1. januar 2008.

Sundhedsstyrelsen, oktober 2007

Jesper Fisker

Peder Ottosen
Arne Kverneland

Indhold

1	Indledning	10
1.1	Baggrund for publikationen	10
1.2	Fællesindholdet	10
1.2.1	Formål med indberetningen	10
1.2.2	Bogens opbygning	11
1.2.3	Vejledningsdelen	12
1.2.4	Den tekniske del	12
1.3	Ændringer til indberetning for 2008	12
2	Kontaktmodellen	14
2.1	Værdisæt	16
2.2	Arbejdsgange	16
3	Henvisnings- og venteperiode	17
3.1	Begreber og definitioner	17
3.2	Ventestatus	18
3.2.1	Koder for ventestatus	19
3.3	Vejledning til registrering	20
3.3.1	Henvisningsdato	20
3.3.2	Henvisningsdiagnose	21
3.3.3	Henvisningsmåde	21
3.3.4	Afslutningsmåde	21
3.3.5	Kobling af ventetid	22
3.3.6	Kobling af kontakter til venteforløb	24
3.3.7	Beregning af ventetider	25
3.3.8	Afslutning af ambulans udredningskontakt	26
3.3.9	Afslået behandlingstilbud	26
3.3.10	Ydelser i henvisningsperioden	27
3.3.11	Patienten melder afbud	28
3.3.12	Omvisitering	28
3.3.13	Ændring af stamafsnit efter start af udredning	29
3.3.14	Behandlingsmodning og betænkningstid	29
3.3.15	Kontrolpatienter	30
3.3.16	Gravide og fødende	30
3.3.17	Ventetid på grund af andet afsnit	30
3.3.18	Nødvendig udredning/behandling for en anden tilstand	31
3.3.19	Ventende pga. manglende oplysninger	31
3.3.20	Ikke ventende, under behandling	32
3.4	Oplysninger om henvisningsperioder og venteperioder, der medtages ved indberetning til LPR	32
4	Indlagte patienter	35

Indledning

4.1	Begreber og definitioner	35
4.2	Patientorlov	35
4.3	Assistancer	36
4.4	Raske ledsagere	36
4.5	Indlagt patient på patienthotel	36
4.6	Færdigbehandlet patient	36
4.7	Oplysninger om indlagte patienter, der medtages ved indberetning til LPR	38
4.8	Afslutning af indlæggelseskontakt	40
5	Ambulante patienter	42
5.1	Begreber og definitioner	42
5.1.1	Hotelpatient	43
5.2	Sundhedsfagligt uddannet personale	43
5.3	Afgrænsning af ambulante kontakter	44
5.3.1	Afslutning af ambulante kontakter	44
5.3.2	Kontrolpatient	45
5.3.3	Væsentlig ændring af aktionsdiagnosen	45
5.3.4	Recidiv af sygdom	46
5.3.5	Genoptræning	46
5.4	Oplysninger om ambulante patienter, der medtages ved indberetning til LPR	46
5.5	Afslutning af ambulante kontakter	49
6	Skadestuepatienter	50
6.1	Begreber og definitioner	50
6.2	Oplysninger om skadestuepatienter, der medtages ved indberetning til LPR	50
6.2.1	Udlevering af medicin, receptfornyelse m.m.	53
7	Psykiatri	54
7.1	Diagnoseregistrering	54
7.2	Elektroshockbehandling	56
7.3	Retslige forhold	56
7.4	Selv mord, selvmordsforsøg og volds- hændelse under igangværende psykiatrisk kontakt	56
7.5	Indlagt psykiatrisk patient	57
7.5.1	Vold og selvmordsforsøg som umiddelbar årsag til psykiatrisk indlæggelse	58
7.5.2	Fravær	59
7.6	Ambulant psykiatrisk patient	59
7.7	Ambulante psykiatriske ydelser	60
7.7.1	Tidsforbrug	60

7.7.2	Ambulante besøg	61
7.7.3	Hjemmebesøg	64
7.7.4	Ambulante ydelser uden besøg	64
7.7.5	Aflyste besøg	66
7.7.6	Børne- og ungdomspsykiatriske ydelser	66
7.8	Indberetning til DIPSY	66
7.9	Psykiatrisk skadestuepatient	67
7.9.1	Udlevering af medicin, receptfornyelse m.m.	67
8	Skaderegistrering	69
8.1	Kontaktårsag og skadeindberetning	69
8.1.1	Skadeindberetning for indlagte patienter	71
8.1.2	Skadesindberetning for skadestuepatienter	72
8.2	Registrering af ydre årsager til skade	72
8.2.1	Definitioner	73
8.2.2	"Hændelse"	74
8.2.3	Skadested	76
8.2.4	Stedfæstelse (indføres som ikke obligatorisk mulighed senest pr. 1. juli 2008)	77
8.2.5	Skademekanisme	77
8.2.6	Aktivitet	78
8.2.7	Transport- og køretøjsulykker	79
8.3	Indberetning af selvmordsforsøg	81
8.3.1	Definition og beskrivelse	82
8.3.2	Registrering af selvmordsforsøg	82
8.4	Forgiftninger	83
8.4.1	Generelle principper	83
8.4.2	Lægemiddelforgiftninger	84
8.4.3	Forgiftninger med psykoaktive stoffer	85
9	Registrering af diagnoser	87
9.1	Begreber og definitioner	87
9.2	Generelle principper	88
9.3	Diagnosearter	88
9.3.1	Aktionsdiagnosen	88
9.3.2	Relevante bidiagnoser	90
9.3.3	De basale principper	90
9.3.4	Slutregistrering	91
9.3.5	Henvisningsdiagnose	91
9.3.6	Midlertidige diagnoser	91
9.3.7	Komplikationer til undersøgelse og behandling	92
9.4	Tillægskodning	92
9.5	Særlige regler vedrørende diagnose- registrering	94
9.6	Særlige kode- og registreringsprincipper	94
9.6.1	"Obs. pro"- diagnoser	94
9.6.2	"Anamnese med..."	96

Indledning

9.6.3	Diagnosekodning ved kontrol	96
9.6.4	Registrering ved misbrug	97
9.6.5	Lægemiddelbivirkninger	97
9.6.6	Screeninger	98
10	Registrering af procedurer	99
10.1	SKS-hovedgrupper	99
10.1.1	Behandlings- og Plejeklassifikation	100
10.1.2	Indberetningsstruktur	100
10.1.3	Assistancer	101
10.2	Begreber og definitioner	101
10.3	Operationsregistrering	102
10.3.1	Anvendelse af operationsart	103
10.3.2	Reoperationer	103
10.3.3	Sekundære operationer	103
10.4	Genoptræning	104
10.4.1	Definitioner/beskrivelser	104
10.4.2	Krav til registrering af genoptræning på sygehus - oversigt	105
10.4.3	Genoptræningsplaner	106
10.4.4	Afgrænsning af perioder med specialiseret og almindelig genoptræning	106
10.4.5	Specialiseret ambulante genoptræning	107
10.4.6	Almindelig ambulante genoptræning	107
10.4.7	Diagnoseregistrering ved genoptræning	108
10.5	Indberetning af fysio- og ergoterapeutiske ydelser	108
10.6	Neonatal hørescreening	109
10.6.1	Diagnoseregistrering	109
10.6.2	Procedureregistrering	110
10.6.3	Resultater	110
10.7	Hjemmebesøg	111
10.8	Udebesøg	112
10.9	Registrering af andre procedurer	112
10.9.1	Behandlinger ved cancersygdomme	112
10.9.2	Radiologiske ydelser	113
10.9.3	Andre ydelser	114
10.10	Ambulante ydelser	115
10.10.1	Registrering af kliniske ydelser	115
10.10.2	Ydelser af administrativ karakter	116
10.11	Telemedicinske ydelser	116
10.12	ICF funktionsvurdering	117
10.13	Tillægskodning	118
10.13.1	Mulig tillægskodning i forbindelse med kirurgisk indgreb	119
10.14	Aflyste operationer	120

11	Komplikationer til undersøgelse og behandling	121
11.1	Komplikationer	121
11.2	Klassificeringsprincipper (WHO)	121
11.3	Særlige krav til registrering og indberetning ved infektioner som komplikation til undersøgelse og behandling	122
11.3.1	Udvalgte definitioner	123
11.3.2	Registrering	124
12	Svangerskab, fødsler, aborter og misdannelser	126
12.1	Begreber og definitioner	126
12.1.1	"Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv." – og konsekvenser heraf	128
12.2	Svangerskab	128
12.2.1	Svangrekontroller	128
12.2.2	Ultralydsskanning og misdannelser	128
12.3	Indberetning af fødselsoplysninger	128
12.3.1	Fødselsanmeldelser	129
12.3.2	Fødsler, der indberettes fra sygehus	129
12.3.3	Fødsel på vej til sygehus	130
12.3.4	Hjemmefødsel	130
12.3.5	Fødselsforløb over to sygehuskontakter	131
12.3.6	Flerfoldsfødsel på flere sygehuskontakter	131
12.3.7	Obligatoriske fødselsoplysninger	132
12.4	Aborter	135
12.4.1	Spontan abort	136
12.4.2	Provokeret abort	137
12.5	Særlige situationer	138
12.5.1	Abortprocedure, der resulterer i barn med livstegn	138
12.5.2	Abortprocedure udført efter fulde 22 svangerskabsuger	140
12.5.3	Tidlig spontan fødsel	141
12.6	Misdannelser	141
12.7	Angivelse af svangerskabslængde	143
13	Lovpligtig anmeldelse af sygdomme til Cancerregisteret	144
13.1	Begreber og Definitioner	144
13.2	Klassificeringsprincipper (WHO)	144
13.2.1	Diagnosekodning ved metastaser	146
13.3	Anmeldelsespligtig sygdom	146
13.3.1	Anmeldelsespligtige diagnoser	147
13.3.2	Registrering og indberetning af anmeldelsespligtig sygdom	150
13.3.3	Kodning under udredning for anmeldelsespligtig sygdom	151
13.3.4	Udvikling i en anmeldelsespligtig sygdom	152
13.3.5	Kontakter, der ikke omfatter diagnostik, behandling eller kontrol	155

Indledning

13.3.6	Kontrol	156
13.4	Indberetning af anmeldelsesstatus ved anmeldelsespligtige sygdomme	157
13.4.1	Beskrivelse af de enkelte anmeldelsesstatus	158
13.4.2	Validering af statuskode for afsluttede patienter	161
13.4.3	Særligt vedrørende ikke afsluttede ambulante kontakter	161
13.4.4	Komplikationer eller hændelser, der relaterer sig til en anmeldelsespligtig sygdom	162
13.5	Yderligere registreringer ved anmeldelse af ny patient - status AZCA1	163
13.5.1	Stadium	164
13.5.2	Diagnosegrundlag	168
13.5.3	Sideangivelse	169
13.5.4	Anatomisk lokalisation	169
13.6	Eksempler på fuld anmeldelse	170
13.7	Revision af tidligere anmeldt diagnose	171
13.8	Procedureregistrering ved anmeldelsespligtig sygdom	171
14	Data til brug for kvalitetsmåling	173
14.1	Brud på lårbenshals	173
14.2	Hofteledsalloplastik	173
14.3	Luksation af hofteledsprotese	174
15	Definitioner til patientregistreringen	175
15.1	Organisatoriske begreber	175
15.2	Administrative begreber	177
15.3	Henvisning og venteperiode	183
15.4	Indlæggelseskontakter	186
15.5	Ambulante kontakter	187
15.6	Skadestuekontakter	188
15.7	Kliniske termer	188
15.8	Diagnoseregistrering	189
15.9	Procedureregistrering	190
15.10	Komplikationsregistrering	194
15.11	Psykiatri	194
15.12	Graviditet, abort, fødsel og barsel	195
15.13	Cancer	197
15.14	Skaderegistrering	198
15.15	Genoptræning	199
16	Oversigt over data, der indgår i registreringen	201
17	Databeskrivelser	204

18	Fejlsøgning	227
18.1	Valideringer for de enkelte felter	227
18.1.1	Strukturen INDUD	227
18.1.2	Strukturen SKSKO	232
18.1.3	Strukturen DIAGN	233
18.1.4	Strukturen OPERA	233
18.1.5	Strukturen OKOMB	233
18.1.6	Strukturen BESØG	233
18.1.7	Strukturen PASSV	234
18.1.8	Strukturen VEN TE	235
18.1.9	Strukturen ULYKK	236
18.1.10	Strukturen BOBST	236
18.1.11	Strukturen MOBST	236
18.1.12	Strukturen PSYKI	237
18.2	Valideringer pr. område	238
18.2.1	Skaderegistrering	238
18.2.2	Diagnoser	240
18.2.3	Procedurer	241
18.2.4	Funktionsevne	243
18.2.5	Neonatal hørescreening	244
18.2.6	Komplikationer til undersøgelse og behandling	244
18.2.7	Tillægskoder	244
18.2.8	Fødsler og aborter	245
18.2.9	Psykatri Generelt	248
18.2.10	Forgiftninger	249
18.2.11	Cancer	251
18.2.12	Lokal validering af anvendelsen af anmeldelsesstatus: AZCA1 og AZCA4	254
18.2.13	Kvalitetsindikatorer	257
19	Detaljeret teknisk beskrivelse	258
19.1	Indberetning til LPR	258
19.2	Strukturoversigt	261
19.3	Eksempler på indberetningsrecords	263
19.3.1	Eksempel på indberetning af operationskoder som SKS-koder	263
19.3.2	Eksempel på indberetning af en operationskontakt med skaderegistrering startet efter 31.12.2007	264
19.3.3	Eksempel på indberetning af cancerdiagnose, aflyst operation, henvisende sygehusafsnit samt venteoplysninger	265
19.3.4	Eksempel på indberetning af en uafsluttet ambulant kontakt med startdato efter 31.12.2004	266
19.3.5	Sletning af kontakt	267
19.3.6	Eksempler på indberetning af en sletterecord	268
19.4	Detaljeret indhold af struktur	269
20	Stikordsregister	275

1 Indledning

1.1 Baggrund for publikationen

”Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2008” (Fællesindholdet) udgives af Sundhedsstyrelsen. Fællesindholdet indeholder vejledning og regler for indberetning af data til Landspatientregisteret. Fællesindholdet er delt i to dele - en vejledningsdel rettet mod de registrerende slutbrugere ude på sygehusene, og en mere teknisk del rettet imod softwareleverandører og andre, der udvikler de patientadministrative systemer.

Kravene til indberetningen til Landspatientregisteret vedtages af ”Koordinationsgruppen for individbaseret patientregistrering”. Gruppens medlemmer er udpeget af de enkelte regioner, som hver har 3 repræsentanter. Desuden har Center for Psykiatrisk Forskning i Århus, Danske Regioner, KL, Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen repræsentanter i gruppen.

1.2 Fællesindholdet

Ved fastlæggelse af Fællesindholdet for registrering af indlagte, ambulante og skadestuepatienter er der taget hensyn til de erfaringer, der er høstet under arbejdet med registreringerne på lokalt plan og i Landspatientregisteret (LPR) siden registerets start i 1977, samt i Det Psykiatriske Centralregister siden 1969.

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

1.2.1 Formål med indberetningen

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

LPR har betydet, at de fleste tidligere anvendte skemaindberetninger til Sundhedsstyrelsen er blevet overflødige. Dette har ikke alene givet en ar-

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

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

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

Ved epidemiologiske undersøgelser er det en væsentlig fordel, at opgørelserne kan baseres på det samlede antal registrerede sygdomstilfælde for et givet geografisk område eller for hele landet, hvorved antallet af sygdomstilfælde kan sættes i relation til en veldefineret befolkning. Det bør dog tilføjes, at den individbaserede patientregistrering kun giver oplysninger om patienter, der har været i kontakt med et sygehus i form af indlæggelse eller besøg på ambulatorium eller skadestue.

I de senere år har LPR fået en rolle i arbejdet med kvalitetsudviklingen af sygehusvæsenet. I nogle specialer i højere grad end andre. Det er en realistisk vision, at LPR i de kommende år vil blive mere udbredt og få direkte anvendelse i kvalitetsarbejdet.

1.2.2 Bogens opbygning

Bogen er opbygget så alle relevante oplysninger vedrørende enkeltemner er forsøgt samlet ét sted under en fælles overskrift. fx ”Svangerskab, fødsler, aborter og misdannelser” eller ”Registrering af diagnoser”. Desuden er der i det enkelte afsnit indarbejdet eksempler på registreringspraksis.

Bilag med kodelister kan ses under: www.sst.dk/patientregistrering

1.2.3 Vejledningsdelen

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

I vejledningsdelen findes også et kapitel med definitioner på de begreber, der er anvendt i bogen, se kap. 15.

1.2.4 Den tekniske del

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

1.3 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

Symbolforklaring

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

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

Eksempel - skademekanisme:

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

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

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

Vejledningsdel

2 Kontaktmodellen

- 2.1 Værdisæt
- 2.2 Arbejdsgange

Indberetning af individbaserede patientdata til LPR sker i form af patient-kontakter. Ved en kontakt forstås:

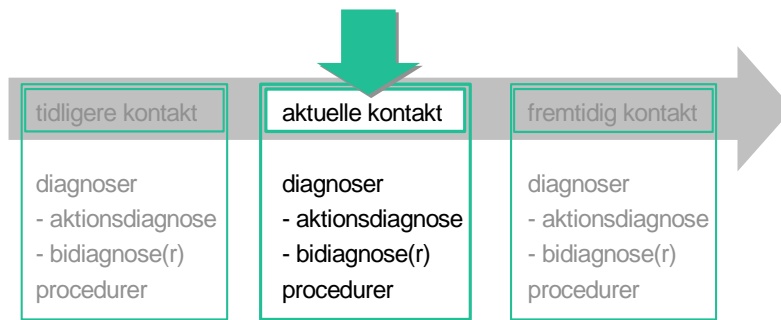
- en indlæggelse
- en ambulante kontakt (besøg og ydelser)
- et skadestuebesøg

Indberetningen sker på baggrund af registreringerne ved kontaktens afslutning. Åbne ambulante kontakter og uafsluttede indlagte psykiatriske kontakter indberettes dog mindst én gang om måneden. Alle kontakter har en række basisoplysninger, der er nærmere beskrevet i kapitlerne om (4) indlagt patient, (5) ambulante patient og (6) skadestuepatient.

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

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

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



Registrering af aktionsdiagnose (afs. 9.3.1), relevante bidiagnoser, (afs. 9.3.2) operationer (afs. 10.3) og eventuelt andre procedurer skal ses i denne afgrænsede sammenhæng. Det er stamafsnittet, der har **registreringsansvaret** for den enkelte kontakt.

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

I LPR ses kun de sidst indberettede diagnoser. Dette har betydning for, hvornår der skal oprettes en ny ambulant kontakt, fx ved overgang fra sygdom til kontrol uden sygdom – se afs. 5.3.

Aktionsdiagnosen (afs. 9.3.1) er den ”diagnostiske etiket”, der bedst beskriver kontakten, dvs. udtrykker ”hvad man handlede på ved *den aktuelle* kontakt”.

De ”**relevante bidiagnoser**” (afs. 9.3.2) supplerer ud fra en *klinisk synsvinkel* aktionsdiagnosens beskrivelse af kontakten - ikke forløbet, kun den aktuelle kontakt. Det kan fx dreje sig om en tilgrundliggende (kronisk) sygdom, hvis denne har en klinisk eller ressourcemæssig betydning for kontakten.

De **operationer** og **andre procedurer** (kap. 10), der udføres i forhold til og inden for kontaktens tidsudstrækning skal indberettes på kontakten. Det gælder også eventuelle assistancer.

I kap. 10 er kravene til obligatorisk procedureregistrering udførligt beskrevet.

2.1 Værdisæt

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

Til nogle felter er der korte veldefinerede lister af værdier, der for eksempel anvendes til at angive administrative oplysninger, fx indlæggelsesmåde. Disse lister findes i databeskrivelserne (se afs. 17). Andre steder anvendes SKS-koder, som er koder fra Sundhedsvæsenets Klassifikations System. Koderne kan ses i SKS-browseren på <http://medinfo.dk/sks/brows.php>

SKS-koder er officielle koder, inddelt i hovedgrupper. Disse oprettes og vedligeholdes af Sundhedsstyrelsen.

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

2.2 Arbejdsgange

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

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

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

Se også afs. 5.3 om afgrænsning af ambulant kontakt.

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

Vedr. opdatering af kontaktens diagnoser ved afslutning - se også afs. 9.3.4.

3 Henvisnings- og venteperiode

- 3.1 Begreber og definitioner
- 3.2 Ventestatus
- 3.3 Vejledning til registrering
- 3.4 Oplysninger om henvisningsperioder og venteperioder, der medtages ved indberetning til LPR

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

Planlagte kontakter har en henvisning. Henvisnings- og venteoplysninger indberettes sammen med den efterfølgende kontakt.

”Ventetid” skal ses ud fra patientens synsvinkel. Det er patientens oplevede ventetid, der skal afspejles i registreringen – se eksempler under afs. 3.3 Ventestatus.

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

3.1 Begreber og definitioner

Begreb	Definition
henvisning	anmodning fra en henvisningsinstans til en sundhedsproducent om udførelse af eller medvirken til en sundhedsaktivitet
henvisningsdato	dato for modtagelse af en henvisning på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten
henvisningsperiode	periode fra henvisningsdatoen til dato for første fremmøde på sygehuset <i>Periode indtil udredning eller behandling på det kliniske stamafsnit. Fremmøde alene på billeddiagnostisk afdeling, laboratorium eller anden paraklinisk funktion afbryder ikke henvisningsperioden</i>

Begreb	Definition
henvisningsinstans	sundhedsaktør med henvisningsret til sundhedsvæsenet
visitation	sundhedsfaglig vurdering af en patients behov, for sundhedsaktiviteter og prioritering heraf på baggrund af en henvisning eller en patientkontakt
venteperiode	periode i forhold til den enkelte kontakt, hvor der registreres ventetidsoplysninger <i>fx ventetiden før en udredning eller ventetid før en behandling</i>
ventestatus	status for om en patient er ventende eller ikke ventende <i>Den til enhver tid gældende ventestatus skal angives</i>
venteforløb	periode fra henvisningsdato til dato for endelig behandling <i>Patientens samlede venteperioder indenfor ét sygdomsforløb. Inkluderer evt. ventetid til assistanceydelse, hvor videre ambulant udredning og behandling må afvente assistancen</i>
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>
endelig behandling	den behandling, der klinisk vurderes til bedst at afhjælpe det aktuelle sygdomsproblem

Se flere definitioner afs. 15. 3 Henvisning og venteperiode

3.2 Ventestatus

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

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

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

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

3.2.1 Koder for ventestatus

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

Kode	Kodetekst	Bemærkninger
		enter til svangerskabskontrol
23	ikke ventende efter patientens ønske	anvendes når patienten melder afbud til undersøgelse/behandling pga. sygdom, ferie eller af anden årsag
24	ikke ventende pga. udredning/behandling på andet afsnit	anvendes når patienten pga. en anden komplicerende tilstand skal behandles eller reguleres for denne, inden behandling af den aktuelle lidelse kan foretages på afsnittet
25	ikke ventende under udredning	anvendes i perioden under udredningen. Kun på ambulante kontakter – se afsnittet ”Ventestatus”
26	ikke ventende under behandling	kan anvendes i perioden under behandlingen. Kun på ambulante kontakter. Anvendes kun i de systemer, som kræver en ventestatus på hele kontakten

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

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

Vedr. registrering af afslutnings- og henvisningsmåde mhp. kobling af kontakter til dannelse af venteforløb – se afs. 3.3.5. Kobling af ventetid.

Hvis der i venteperioden er en udredningsperiode før beslutning om endelig behandling, fratrækkes denne i patientens ventetid. I udredningsperioden har patienten ventestatus 25 ‘ikke ventende, under udredning’. Denne registrering er kun relevant i de tilfælde, hvor der senere følger en ventetid til (endelig) behandling på samme ambulatorium.

3.3 Vejledning til registrering

3.3.1 Henvisningsdato

Henvisningsdatoen angiver datoen for modtagelsen af henvisningen på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten. Henvisningsperioden strækker sig fra henvisningsdato til datoen for patientens første fremmøde til udred-

ning eller behandling på det kliniske stamafsnit. Henvisningsperioden er også venteperiode for patienten og kan bestå af både aktive og ikke-aktive venteperioder.

3.3.2 Henvisningsdiagnose

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

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

Se også afs. 9.3.5 Henvisningsdiagnose og afs. 9.6.1 ”Obs. pro”-diagnoser.

3.3.3 Henvisningsmåde

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

Kode	Kodetekst	Bemærkninger
1	Alment praktiserende læge	
2	Praktiserende speciallæge	
E	Udlandet	kun patienter, der direkte henvises fra udlandet
F	Henvist fra sygehusafsnit	7-cifret kode fra sygehusafdelingsklass. Inkluderer henvist fra eget afsnit
G	Henvist fra sygehusafsnit, venteforløb	anvendes kun på ventende patienter mhp. kobling af venteforløb. 7-cifret kode fra sygehusafdelingsklass. Inkluderer henvist fra eget afsnit

Til brug for sammenkobling af venteforløb anvendes henvisningsmåde G ”henvist fra sygehusafsnit, venteforløb”, når patienten efter udredning på ét afsnit skal vente på ny kontakt – på eget eller andet sygehusafsnit.

Se afs. 3.3.5 Kobling af ventetid

3.3.4 Afslutningsmåde

Ved afslutning af en indlæggelse eller ambulante kontakt skal afslutningsmåden udfyldes. Afslutningsmåden angiver den instans, som patienten udskri-

ves eller afsluttes til eller de omstændigheder, der begrundes kontaktafslutning.

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

3.3.5 Kobling af ventetid

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

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

Der er mulighed for kobling af venteperioder, når patienten har et samlet venteforløb til behandling, der strækker sig over 2 eller flere patientkontakter. Disse kontakter kan være på samme afsnit, samme sygehus eller på forskellige sygehuse.

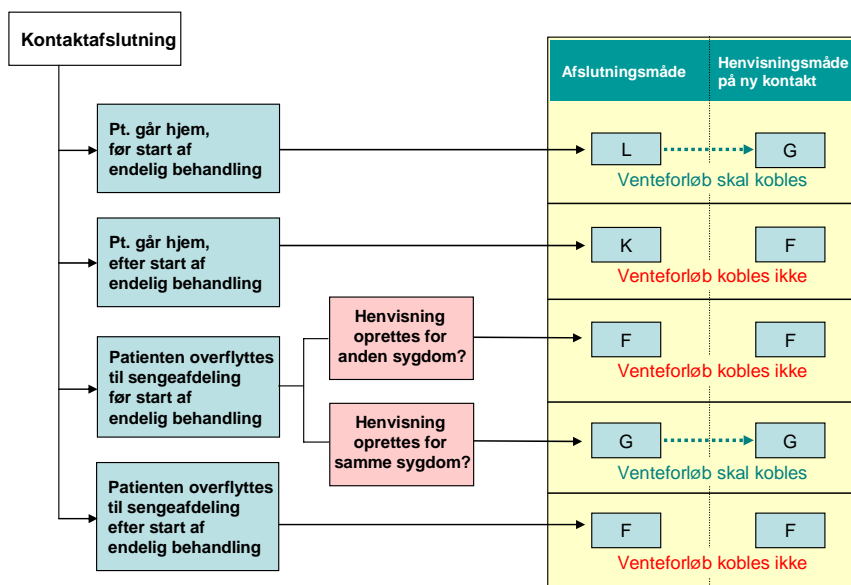
Hvis en patient starter et venteforløb på afsnit A og fortsætter på afsnit B er der nedenstående muligheder.

3.3.5.1 Udredning over flere kontakter

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

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

Fig. 3.1 Afslutningsmåder ved kontaktafslutning og henvisningsmåder på ny kontakt



- F = afsluttet til/henvist fra sygehusafsnit
- G = afsluttet til/henvist fra sygehusafsnit, venteforløb
- K = afsluttet til sygehusafsnit, (hjemmet)
- L = afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)

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

3.3.5.2 Udredning på én kontakt, behandling på en anden

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

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

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

3.3.5.3 Fortsat behandling på anden kontakt

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

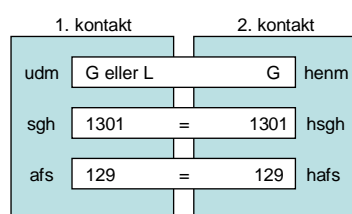
Afsnit A afslutter deres patientkontakt med afslutningsmåde F eller K 'afsluttet til sygehus/(hjemmet)' og angiver, at kontakten afsluttes til afsnit B.

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

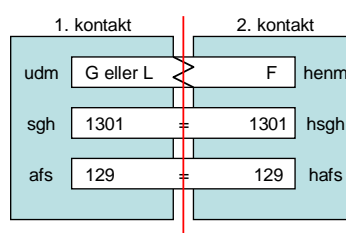
3.3.6 Kobling af kontakter til venteforløb

Kobling af 2 kontakter til et venteforløb sker med udgangspunkt i stamafsnittet, afslutningsmåde og afslutningsdato på 1. kontakt samt henvisningsmåde, henvisningsdato og henvisende sygehusafsnit på 2. kontakt.

Fig. 3.2 Eksempel på kobling



Eksempel uden kobling



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

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

Det er muligt at koble mere end to kontakter i et venteforløb, dette kræver blot at én eller flere af kontakterne er både henvist fra venteforløb og afsluttet til venteforløb.

De venteforløb, som bliver dannet, udgør grundlaget for beregning af henholdsvis erfaret ventetid og interne ventetider.

3.3.7 Beregning af ventetider

I første omgang vil de interne ventetider blive opgjort for 10 operationstyper vedrørende livstruende hjerte- og kræftsygdomme.

De erfarede ventetider beregnes som summen af alle registrerede aktive venteperioder (ventestatus 11-15) i hele venteforløbet.

De interne ventetider beregnes som perioden fra patientens 1. henvisning til sygehus til startdato af kontakten til endelig behandling (fx operation). Fra den interne ventetid vil der kunne fratrækkes specifikke ikke-ventende perioder. De ikke-ventende perioder der kan fratrækkes er:

- ventestatus 21, ikke ventende til udredning/behandling
- ventestatus 23, ikke ventende efter patientens ønske
- ventestatus 24, ikke ventende pga. udredning/behandling andet afsnit

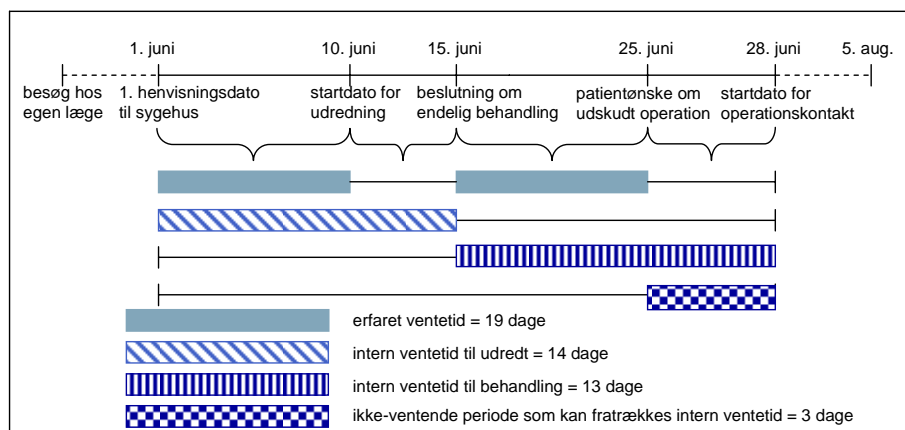
De interne ventetider kan deles op i 2 dele:

- intern ventetid til udredt
- intern ventetid til behandling

Intern ventetid til udredt beregnes som perioden fra 1. henvisning til sygehus i venteforløbet, til der er truffet beslutning om endelig behandling. Der fratrækkes de nævnte ikke-ventende perioder. Dato for beslutning om endelig behandling er identificeret som startdato for ventestatus 12 'venter på behandling'.

Intern ventetid til behandling beregnes som perioden fra beslutning om endelig behandling til dato for start af kontakt til endelig behandling.

Fig. 3.3 Illustration af ventetidsforløb med inddeling af ventetid



3.3.8 Afslutning af ambulant udredningskontakt

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

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

Eksempel

Lægen beslutter den 26.3. at patienten skal indlægges til operation og efterfølgende fortsætte i ambulatoriet. Der foretages flere udredningsundersøgelser inden kontakten afsluttes. Udredningskontakten skal senest afsluttes samme dag som patienten møder til indlæggelse

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

3.3.9 Afslået behandlingstilbud

Fra 1. oktober 2007 er fristen sat ned til 1 måned for behandling efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg, jf. lov nr. 1556 af 20. december 2006.

Hvis der er mere end maksimal ventetid til behandling på det sygehus, som henvisningen er sendt til, skal patienten tilbydes behandling på et andet sy-

gehus. Hvis patienten afslår tilbudet, skal datoen for afslaget indberettes til LPR.

Mange sygehuse sender breve til patienterne med vejledning om at henvende sig til patientvejlederen, hvis de ønsker at tage imod tilbud om behandling andet sted. Kontakter patienten sygehuset og meddeler, at de ikke ønsker behandling andet sted, skal denne dato indberettes. Henvender patienten sig ikke, skal datoen for afsendelsen af brev til patienten med vejledning om behandlingstilbudet indberettes.

Siger patienten 'nej tak' til behandlingstilbudet, skal der indberettes ventestatus efter de gældende regler, det vil sige, at patienten stadig er aktivt ventende.

Eksempel

Patienten er via brev af den 2. februar 2007 blevet tilbudt behandling på andet afsnit, men patienten reagerer ikke på brevet. Datoen for afsendelsen af brevet til patienten registreres som dato for afslået behandlingstilbud. Patienten møder til udredning den 2. maj 2007

1.2.2007 - 1.5.2007	henvisning modtaget, ventestatus 11, venter på udredning
2.2.2007	brevdato for tilbud om behandling på andet afsnit
2.5.2007 -	ventestatus 25, ikke ventende under udredning

3.3.10 Ydelser i henvisningsperioden

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

Disse ydelser kan fx være:

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

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

3.3.11 Patienten melder afbud

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

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

Eksempel

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

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

3.3.12 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 ventestatus 11 'ventende på udredning'.

Den oprindelig henvisning afsluttes. Denne indberettes **ikke** til LPR.

Eksempel

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

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

3.3.13 Ændring af stamafsnit efter start af udredning

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

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

Se afs. 3.3.3 vedr. Henvisningsmåde og afs. 3.3.4 Afslutningsmåde, Kobling af ventetid 3.3.5

Eksempel

Patienten er mødt på afsnit A og bliver derefter videre henvist til afsnit B

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

3.3.14 Behandlingsmodning og betænkningstid

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

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

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

Eksempel

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

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

3.3.15 Kontrolpatienter

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

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

Eksempel

Patienten skal møde til kontrol om 6 måneder (1.8.2007)

1.2.2007 - 31.7.2007	ventestatus 22, ikke ventende til kontrol
----------------------	---

3.3.16 Gravide og fødende

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

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

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

3.3.17 Ventetid på grund af andet afsnit

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

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

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

Eksempel

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

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

3.3.18 Nødvendig udredning/behandling for en anden tilstand

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

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

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

3.3.19 Ventende pga. manglende oplysninger

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

3.3.20 Ikke ventende, under behandling

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

3.4 Oplysninger om henvisningsperioder og venteperioder, der medtages ved indberetning til LPR

Henvisningsdato	Dato for modtagelse af en henvisning på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten <i>Værdisæt: Valid dato</i>
Henvisningsdiagnose	Diagnose, der angives af henvisende instans som årsag til henvisning. Henvisningsdiagnosen er obligatorisk <i>Værdisæt: Diagnoseart: 'H' Diagnosekode: SKS-kode fra hovedgruppe 'D' med mindst 4 karakterer inkl. 'D'.</i>
Henvisningsmåde	Angivelse af hvilken instans patienten er henvist fra <i>Værdisæt: 1 = alment praktiserende læge 2 = praktiserende speciallæge E = udlandet (kun patienter, der direkte henvises fra udlandet) F = henvist fra sygehusafsnit G = henvist fra sygehusafsnit, venteforløb</i>
Henvist fra sygehusafsnit	Ved henvisningsmåde F og G angives, hvilket afsnit patienten er henvist fra <i>Værdisæt: 7-cifret kode fra sygehus-afdelingsklassifikationen</i>
Ventestatus	Status for om patienten er ventende eller ikke ventende <i>Værdisæt: 11 = ventende på udredning</i>

- 12 = ventende på behandling
- 13 = ventende, omvisiteret fra andet afsnit
- 14 = ventende pga. manglende oplysninger
- 15 = ventende på assistance
- 21 = ikke ventende på udredning/behandling
- 22 = ikke ventende til kontrol
- 23 = ikke ventende efter patientens ønske
- 24 = ikke ventende pga. udredning/behandling
andet afsnit
- 25 = ikke ventende under udredning
- 26 = ikke ventende under behandling

Startdato for ventestatus

Dato for start af ventestatus
Værdisæt: Valid dato

Slutdato for ventestatus

Dato for afslutning af ventestatus
Værdisæt: Valid dato

Dato for afslået tilbud

Dato for afslået tilbud om behandling på
andet sygehus/afsnit
Værdisæt: Valid dato

Afslutningsmåde

Angivelse af hvilken instans patienten afsluttes til
Værdisæt:

- 1 = alment praktiserende læge
- 2 = praktiserende speciallæge
- 4 = ingen lægelig opfølgning (kun psykiatri)
- 8 = død[□]
- A = andet
- E = udlandet (kun hvor sygehuset beslutter
behandling i udlandet)
- F = afsluttet til sygehusafsnit
- G = afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb
- K = afsluttet til sygehusafsnit (hjemmet)
- L = afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb
(hjemmet)

[□]) Afslutningsmåde (8) 'død' anvendes i alle tilfælde, hvor henvisningen afsluttes pga. patientens død. Kontakten afsluttes på dato for modtagelse af besked om patientens død

Afsluttet til sygehusafsnit

Ved afslutningsmåde **F, G, K og L** angives, hvilket sengeafsnit eller ambulatorium patienten afsluttes til. Afslutningsmåde F og G anvendes, hvis patienten overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit. Afslutningsmåde K og L anvendes, hvis patienten ikke overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit men tager hjem i en mellemliggende periode

Værdisæt:

7-cifret kode fra sygehus-afdelingsklassifikationen

Procedurer i henvisningsperioden

Der kan i henvisningsperioden indberettes procedurer som assistancedydelser knyttet til den efterfølgende kontakt fx radiologiske procedurer.

4 Indlagte patienter

- 4.1 Begreber og definitioner
- 4.2 Patientorlov
- 4.3 Assistancer
- 4.4 Raske ledsagere
- 4.5 Indlagt patient på patienthotel
- 4.6 Færdigbehandlede patienter
- 4.7 Oplysninger om indlagte patienter, der medtages ved indberetning til LPR
- 4.8 Afslutning af indlæggelseskontakt

4.1 Begreber og definitioner

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

Dette kapitel beskriver kun basisoplysninger vedrørende indlagte patienter. Diagnosekodning, procedurekodning (fx operationer), skadesregistrering mm. er beskrevet i kapitlerne om det pågældende emne.

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

4.2 Patientorlov

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

4.3 Assistancer

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

4.4 Raske ledsagere

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

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

4.5 Indlagt patient på patienthotel

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

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

4.6 Færdigbehandlet patient

Begreb	Definition
færdigbehandlet patient	en patient er færdigbehandlet i stationært regi, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs. når behandlingen er afsluttet, eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling

Kommunerne skal efter strukturreformen medfinansiere egne borgeres forbrug af sundhedsydelser og herunder betale en obligatorisk plejetakst for færdigbehandlede patienter, der venter på udskrivning. Den kommunale medfinansiering for færdigbehandlede patienter kan udelukkende opkræves

for indlagte patienter – både somatiske og psykiatriske der ikke kan udskrives grundet forhold i hjemmet/kommunen, der er sygehuset uvedkommende.

Til brug for registrering af færdigbehandlede patienter anvendes koderne AWA1 'Færdigbehandlet i stationært regi' og AWX1 'Ikke færdigbehandlet i stationært regi'. Koderne registreres som procedurekoder. Ved anvendelse af AWA1 registreres en startdato for, hvornår en patient betragtes som færdigbehandlet i stationært regi. Hvis patienten overflyttes til en anden afdeling og stadig er færdigbehandlet, skal den nye kontakt også have registreret AWA1.

SKS-kode	Kodetekst
AWA1	Færdigbehandlet i stationært regi
AWX1	Ikke færdigbehandlet i stationært regi

Ved anvendelse af 'AWX1' registreres en startdato for, hvornår en patient betragtes som ikke færdigbehandlet i stationært regi. Anvendelse af koden AWX1 vil kun være nødvendig i det tilfælde, hvor en patient, der er registreret som færdigbehandlet, og som fortsat er indlagt på samme afdeling, ikke længere skal betragtes som færdigbehandlet.

Eksempel

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

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

Se i øvrigt registreringsvejledningen under:

<http://www.sst.dk/Patientregistrering>

4.7 Oplysninger om indlagte patienter, der medtages ved indberetning til LPR

Sygehusnummer	Nummeret for sygehuset, hvor patienten er under behandling <i>Værdisæt:</i> <i>4-cifret kode fra sygehus-afdelingsklassifikationen</i>
Afsnitsnummer	Nummeret for det sengeafsnit, der er patientens stamafsnit <i>Værdisæt:</i> <i>7-cifret kode fra sygehus-afdelingsklassifikationen</i>
Patienttype	Angivelse af en patients administrative relation til sygehuset <i>Værdisæt: 0 = indlagt patient</i>
Personnummer	Personidentifikation. For patienter, der har fået tildelt et dansk CPR-nummer, anvendes dette som personnummer, uanset om patienten har fast bopæl i udlandet. Hvis det danske CPR-nummer ikke foreligger ved kontaktens start, benyttes et erstatningsnummer, som udskiftes med CPR-nummeret, når dette foreligger og senest inden indberetning til LPR <i>Værdisæt:</i> <i>Dansk CPR-nummer eller erstatnings CPR-nummer på 10 karakterer.</i> <i>Erstatningsnumre har følgende opbygning:</i> <i>Pos. 1-6 Valid dato: DDMMÅÅ</i> <i>Pos. 7 Århundredeskiller:</i> <i>0 = pt. født 1900-1999</i> <i>5 = pt. født før 1900</i> <i>6 = pt. født efter 1999</i> <i>Pos. 8-9 Valgfrie bogstaver: A-Z</i> <i>Pos. 10 Kønsangivelse</i> <i>Lige tal for kvinder</i> <i>Ulige tal for mænd</i>
Startdato	Dato for påbegyndelse af en indlæggelseskontakt <i>Værdisæt: Valid dato</i>

Indlæggelsestid	Klokkeslæt i hele timer for kontaktstart på sengeafsnit <i>Værdisæt: 00-23</i>
Indlæggelsesminut	Klokkeslæt i minutter for kontaktstart på sengeafsnit <i>Værdisæt: 00-59</i>
Kommunekode	Patientens bopælskommune <i>Værdisæt: 3-cifret kommunekode.</i> <i>Kan ses under www.sst.dk/patientregistrering</i>
Henvisningsdato	Dato for modtagelse af en henvisning på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten <i>Værdisæt: Valid dato</i>
Henvisningsmåde	Angivelse af hvilken instans patienten er henvist fra <i>Værdisæt:</i> <i>0 = ingen henvisning</i> <i>1 = alment praktiserende læge</i> <i>2 = praktiserende speciallæge</i> <i>8 = herfødt</i> <i>A = andet</i> <i>E = udlandet (kun patienter, der direkte henvises fra udlandet)</i> <i>F = henvist fra sygehusafsnit</i> <i>G = henvist fra sygehusafsnit, venteforløb</i>
Henvist fra sygehusafsnit	Ved henvisningsmåde F og G angives, hvilket afsnit patienten er henvist fra <i>Værdisæt:</i> <i>7-cifret kode fra sygehus-afdelingsklassifikationen</i>
Indlæggelsesmåde	Angivelse af prioritet for kontaktstart <i>Værdisæt:</i> <i>1 = akut</i> <i>2 = planlagt</i>
Dato for afslået tilbud	Dato for afslået tilbud om behandling i andet sygehusafsnit <i>Værdisæt: Valid dato</i>

Kontaktårsag Overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset
Værdisæt:
1 = sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion
2 = ulykke
3 = vold
4 = selvmordsforsøg
5 = senfølge
8 = andet
9 = ukendt/uoplyst

For somatiske patienter indberettes kontaktårsag, når aktionsdiagnosen tilhører intervallet DS000-DT799. For psykiatriske patienter indberettes kontaktårsag for alle stationære kontakter.

Diagnoser For alle indlagte patienter skal der som minimum registreres en aktionsdiagnose. Der skal desuden indberettes de for kontakten relevante bidiagnoser.

Se beskrivelse i kap. 9 om diagnoseregistrering

Procedurer Det er obligatorisk at indberette alle operationer, radiologiske procedurer samt visse undersøgelser og behandlinger.
Kravene er beskrevet i kap. 10
Alle andre procedurer kan indberettes.

Særlige regler for indlagte psykiatriske patienter - se psykiatrikapitlet afs. 7.5

4.8 Afslutning af indlæggelseskontakt

Slutdato Dato for afslutning af indlæggelseskontakt
Værdisæt: Valid dato

Udskrivningstime Klokketallet i hele timer for afslutning af indlæggelseskontakt
Værdisæt: 00-23

Afslutningsmåde Angivelse af hvilken instans patienten afsluttes til
Værdisæt:
1 = alment praktiserende læge

- 2 = praktiserende speciallæge
8 = død[□]
A = andet
E = udlandet (kun hvor sygehuset beslutter
behandling i udlandet)
F = afsluttet til sygehusafsnit
G = afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb
K = afsluttet til sygehusafsnit (hjemmet)
L = afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)
□) Afslutningsmåde (8) 'død' anvendes i alle tilfælde, hvor
kontakten afsluttes pga. patientens død.

Afsluttet til sygehusafsnit

Ved afslutningsmåde **F, G, K og L** angives, hvilket sengeafsnit eller ambulatorium patienten afsluttes til. Afslutningsmåde F og G anvendes, hvis patienten overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit. Afslutningsmåde K og L anvendes, hvis patienten ikke overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit men tager hjem i en periode

Værdisæt:

7-cifret kode fra sygehus-afdelingsklassifikationen

Ved overflytning af patient til andet sygehus med deltagelse af sundhedsfagligt personale afsluttes kontakten først ved ankomst til modtagesygehuset

5 Ambulante patienter

- 5.1 Begreber og definitioner
- 5.2 Sundhedsfagligt uddannet personale
- 5.3 Afgrænsning af ambulante kontakt
- 5.4 Oplysninger om ambulante patienter, der medtages ved indberetning til LPR
- 5.5 Afslutning af ambulante kontakt

5.1 Begreber og definitioner

Begreb	Definition
ambulant patient	patienttype for patient, der er indskrevet på et ambulatorium
ambulant kontakt	patientkontakt på et ambulatorium
ambulant besøg	besøg i forbindelse med ambulant patientkontakt, hvor stamafdeling er involveret
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- assistancer produceret af serviceafsnit

Dette kapitel beskriver kun basisoplysninger vedr. ambulante patienter. Diagnosekodning, procedurekodning (fx operationer) mm. er beskrevet i kapitlerne om det pågældende emne.

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

Se også afsnittet 10.9 "Ambulante ydelser" i procedurekapitlet.

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

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

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

Eksempel

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

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

5.1.1 Hotelpatient

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

Hotelpatienter registreres som ambulante patienter, der har en ambulanskontakt på stamafsnittet og en ambulanskontakt på patienthotellet.

De kliniske ydelser, patienten modtager, indberettes og knyttes til stamafsnittets ambulanskontakt.

Eksempel

1.2.2007-1.3.2007	ambulanskontakt på klinisk afsnit A (ambulatorium)
1.2.2007-1.3.2007	ambulanskontakt på patienthotellet
<i>Alle kliniske ydelser registreres på kontakten på afs. A</i>	

5.2 Sundhedsfagligt uddannet personale

Indberetning af ambulante besøgsdatoer skal ske, når den ambulante somatiske eller psykiatriske patient har et besøg, hvor der har været mindst en sundhedsfagligt uddannet person til stede.

Der gælder særlige regler for fysioterapeuter og ergoterapeuter - se afs. 10.5.

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

- læger
- tandlæger
- sygeplejersker
- jordemødre
- sundhedsplejersker
- psykologer
- plejere
- sygehjælpere
- tandplejere
- klinikassistenter
- kliniske tandteknikere
- social- og sundhedsassistenter
- kiropraktorer
- fodterapeuter
- audiologiassistenter
- kliniske diætister
- radiografer
- fysioterapeuter og ergoterapeuter

5.3 Afgrænsning af ambulante kontakt

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

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

Vedr. diagnoseregistrering ved kontrol – se afs. 9.6.3

Vedr. diagnoseregistrering ved genoptræning – se afs. 10.4.7

5.3.1 Afslutning af ambulante kontakter

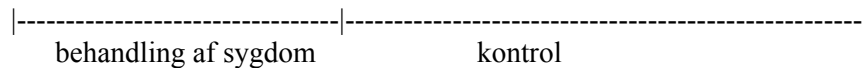
Det er meget vigtigt at afslutte den ambulante udredningskontakt før oprettelsen af en indlæggelseskontakt for samme sygdom. Hvis patienten skal indlægges til behandling og afsnittet ved at patienten efterfølgende skal fortsætte i ambulatoriet, **skal** den ambulante udredningskontakt afsluttes.

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

5.3.2 Kontrolpatient

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

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



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

5.3.3 Væsentlig ændring af aktionsdiagnosen

Hvis der analogt til ovenstående i en ambulanskontakt 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.

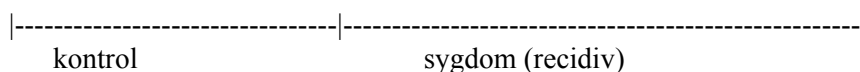
Sygdommen kan under kontakten være kvalificeret fx:

'Obs. pro' → diagnosekode 1 → diagnosekode 2

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

5.3.4 Recidiv af sygdom

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

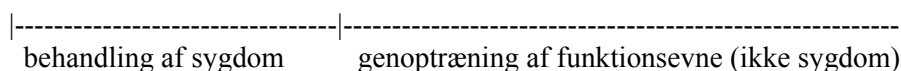


Hvis dette ikke sker, vil det i LPR se ud, som om sygdommen uafbrudt har været til stede (i kontrolperioden), hvad der ikke er korrekt.

5.3.5 Genoptræning

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

Hvis genoptræning afløser sygdomsbehandling på (behandlings)kontakten, og **sygdom ikke længere er til stede**, skal der – analogt til kontrol (afs. 5.3.2) - oprettes en selvstændig ambulante kontakt for genoptræningsperioden. En efterambulante kontakt kan være fælles for genoptræning og kontrol.



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

Registrering i forbindelse med genoptræning er udførligt beskrevet i afs. 10.4.

5.4 Oplysninger om ambulante patienter, der medtages ved indberetning til LPR

Sygehusnummer	Nummeret for sygehuset, hvor patienten er under behandling <i>Værdisæt: 4-cifret kode fra sygehus-afdelingsklassifikationen</i>
Afsnitsnummer	Nummeret for det ambulatorium, der er patientens stamafsnit <i>Værdisæt: 7-cifret kode fra sygehus-afdelingsklassifikationen</i>
Patienttype	Angivelse af en patients administrative relation til sygehuset <i>Værdisæt: 2 = ambulante patient</i>

Personnummer	<p>Personidentifikation. For patienter, der har fået tildelt et dansk CPR-nummer, anvendes dette som personnummer, uanset om patienten har fast bopæl i udlandet.</p> <p>Hvis det danske CPR-nummer ikke foreligger ved kontaktens start benyttes et erstatningsnummer, som udskiftes med CPR-nummeret, når dette foreligger og senest inden indberetning til LPR</p> <p><i>Værdisæt:</i> <i>Dansk CPR-nummer eller erstatnings CPR-nummer på 10 karakterer.</i> <i>Erstatningsnumre har følgende opbygning:</i> <i>Pos. 1-6 Valid dato: DDMMÅÅ</i> <i>Pos. 7 Århundredeskiller:</i> <i>0 = pt. født 1900-1999</i> <i>5 = pt. født før 1900</i> <i>6 = pt. født efter 1999</i> <i>Pos. 8-9 Valgfrie bogstaver: A-Z</i> <i>Pos. 10 Kønsangivelse</i> <i>Lige tal for kvinder</i> <i>Ulige tal for mænd</i></p>
Startdato	<p>Dato for påbegyndelse af en ambulanskontakt</p> <p><i>Værdisæt: Valid dato</i></p>
Starttime	<p>Klokkeslæt i hele timer for påbegyndelse af en ambulanskontakt</p> <p><i>Værdisæt: 00-23</i></p>
Startminut	<p>Klokkeslæt i minutter for påbegyndelse af en ambulanskontakt</p> <p><i>Værdisæt: 00-59</i></p>
Kommunekode	<p>Patientens bopælskommune</p> <p><i>Værdisæt: 3-cifret kommunekode.</i> <i>Kan ses under www.sst.dk/patientregistrering</i></p>
Henvisningsdato	<p>Dato for modtagelse af en henvisning på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten</p> <p><i>Værdisæt: Valid dato</i></p>
Henvisningsmåde	<p>Angivelse af hvilken instans patienten er henvist fra</p> <p><i>Værdisæt:</i></p>

- 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

Henvist fra sygehusafsnit

Ved henvisningsmåde F og G angives, hvilket afsnit patienten er henvist fra

Værdisæt:

7-cifret kode fra sygehus-afdelingsklassifikationen

Besøgsdato

Dato for ambulante besøg eller dato for hjemmebesøg

Værdisæt: Valid dato

Dato for afslået tilbud

Dato for afslået tilbud om behandling i andet sygehusafsnit

Værdisæt: Valid dato

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

Diagnoser

Der **skal** være mindst en aktionsdiagnose eller en midlertidig diagnose **senest** 1 måned efter første besøg.

I de tilfælde, hvor det kan være vanskeligt at fastlægge en aktionsdiagnose, er det i somatikken tilladt at anvende og indberette en arbejdsdiagnose med diagnosearten 'M' (midlertidig diagnose), så længe kontakten er uafsluttet.

Der kan desuden indberettes bidiagnoser og komplikationer.

Se beskrivelse i kap. 9 om diagnoseregistrering

Procedurer

Det er obligatorisk at indberette alle operationer, radiologiske procedurer samt visse specifikke undersøgelser og behandlinger

Alle andre procedurer kan indberettes.

Specielle regler for ambulante psykiatriske patienter - se psykiatrikapitlet afs. 7.6
Vedr. obligatoriske procedurer – se afs. 10.

5.5 Afslutning af ambulans kontakt

Slutdato	Dato for afslutning af ambulans kontakt <i>Værdisæt: Valid dato</i>
Afslutningsmåde	Angivelse af hvilken instans patienten afsluttes til <i>Værdisæt:</i> <i>1 = alment praktiserende læge</i> <i>2 = praktiserende speciallæge</i> <i>7 = udeblevet</i> <i>8 = død[□]</i> <i>A = andet</i> <i>E = udlandet (kun hvor sygehuset beslutter behandling i udlandet)</i> <i>F = afsluttet til sygehusafsnit</i> <i>G = afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb</i> <i>K = afsluttet til sygehusafsnit (hjemmet)</i> <i>L = afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)</i> [□]) Afslutningsmåde (8) 'død' anvendes i alle tilfælde, hvor kontakten afsluttes pga. patientens død. Kontakten afsluttes på dato for modtagelse af besked om patientens død

Afsluttet til sygehusafsnit

Ved afslutningsmåde **F, G, K og L** angives, hvilket sengeafsnit eller ambulatorium patienten afsluttes til. Afslutningsmåde F og G anvendes, hvis patienten overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit. Afslutningsmåde K og L anvendes, hvis patienten **ikke** overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit men tager hjem i en periode
Værdisæt:
7-cifret kode fra sygehus-afdelingsklassifikationen

6 Skadestuepatienter

- 6.1 Begreber og definitioner
- 6.2 Oplysninger om skadestuepatienter, der medtages ved indberetning til LPR

6.1 Begreber og definitioner

Begreb	Definition
skadestuepatient	patienttype for patient, der er indskrevet på et skadestueafsnit
skadestuekontakt	kontakt med et skadestueafsnit som stamafsnit
skadestue	afsnit, der modtager akutte patienter til undersøgelse og behandling

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

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

Skaderegistrering for skadestuepatienter beskrives nærmere i kap. 8

6.2 Oplysninger om skadestuepatienter, der medtages ved indberetning til LPR

- Sygehusnummer** Nummeret for sygehuset, hvor patienten er under behandling
Værdisæt:
4-cifret kode fra sygehus-afdelingsklassifikationen
- Afsnitsnummer** Nummeret for det skadestueafsnit, der er patientens stamafsnit
Værdisæt:
7-cifret kode fra sygehus-afdelingsklassifikationen
- Patienttype** Angivelse af en patients administrative relation til sygehuset
Værdisæt: 3 = skadestuepatient

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

Værdisæt: 00-23

Fakultativ for somatiske skadestuepatienter

Afslutningsmåde

Angivelse af hvortil patienten er afsluttet

Værdisæt:

1 = alment praktiserende læge

2 = praktiserende speciallæge

8 = død[□]

A = andet

E = udlandet (kun hvor sygehuset beslutter
behandling i udlandet)

F = afsluttet til sygehusafsnit

K = afsluttet til sygehusafsnit (hjemmet)

[□]) Afslutningsmåde (8) 'død' anvendes i alle tilfælde, hvor patienten dør efter kontaktstart.

Indbragte døde indberettes ikke til LPR.

Afsluttet til sygehusafsnit

Angivelse af hvilket afsnit patienten afsluttes til.

Afslutningsmåde F anvendes, hvis patienten overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit. Afslutningsmåde K anvendes, hvis patienten ikke overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit men tager hjem i en periode

Værdisæt:

7-cifret kode fra sygehus-afdelingsklassifikationen

Kontaktårsag

Overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset.

Kontaktårsagskode skal altid registreres på en skadestuekontakt.

Se yderligere beskrivelse i kap. 8 Skaderegistrering

Værdisæt:

1 = sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion

2 = ulykke

3 = vold

4 = selvmordsforsøg

5 = senfølge

8 = andet

9 = ukendt/uoplyst

Diagnoser	<p>For skadestuepatienter skal aktionsdiagnosen være på minimum 4 karakterer inkl. foranstillet 'D'. Kun ved forgiftninger skal aktionsdiagnosen være på det højeste detaljeringsniveau.</p> <p>For somatiske skadestuepatienter skal der ved registrering af kontaktårsag 2 'Ulykke', 3 'Vold' og 4 'Selvmordsforsøg' være en aktionsdiagnose i intervallerne DR00-DR999, DS00-DT799 eller DZ00-DZ999.</p> <p>For psykiatriske skadestuepatienter anvendes en aktionsdiagnose fra listen over vedtagne diagnoser for psykiatriske patienter (afs. 7.1).</p> <p>Ved kontaktårsag 3 'Vold' skal der indberettes en aktionsdiagnose fra kodeintervallet DX85?*-99?* el. DY00?*-09?*</p> <p>Ved kontaktårsag 4 'Selvmordsforsøg' skal der indberettes en aktionsdiagnose fra kodeintervallet DX60?*-DX84?*</p>
Procedurer	<p>Det er obligatorisk at indberette alle radiologiske procedurer.</p> <p>Indberetning af operationer og andre procedurer foretaget i skadestuen er frivillig.</p>

6.2.1 Udlevering af medicin, receptfornyelse m.m.

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

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

7 Psykiatri

- 7.1 Diagnoseregistrering
- 7.2 Elektroshockbehandling
- 7.3 Retslige forhold
- 7.4 Selvmord, selvmordsforsøg og voldshændelse under igangværende psykiatrisk kontakt
- 7.5 Indlagt psykiatrisk patient
- 7.6 Ambulant psykiatrisk patient
- 7.7 Ambulante psykiatriske ydelser
- 7.8 Indberetning til DIPSY
- 7.9 Psykiatrisk skadestuepatient

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

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

Se i øvrigt ”Psykiatrisk registreringsvejledning” (gældende version):

http://www.sst.dk/patientreg_psykiatri

7.1 Diagnoseregistrering

Senest én måned efter indlæggelse eller senest en måned efter første ambulante besøg skal der registreres en aktionsdiagnose efter listen over tilladte psykiatriske aktionsdiagnoser (tabel 7.1).

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

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

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

Tabel 7.1 Tilladte aktionsdiagnoser for psykiatriske kontakter

SKS-kode	Psykiatriske aktionsdiagnoser
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. på mistanke om anden sygdom/tilstand, ej befundet
DZ039	Obs. på mistanke om ikke specificeret sygdom eller tilstand
DZ0460	Retspsykiatrisk undersøgelse
DZ0461	Dom til psykiatrisk behandling
DZ0462	Dom til psykiatrisk anbringelse
DZ0463	Civilretsligt psykiatrisk undersøgelse
DZ0464	Socialretsligt psykiatrisk undersøgelse
DZ0468	Anden retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning
DZ0469	Retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning uden specifikation
DZ70*	Rådgivning om seksuel holdning, adfærd eller orientering
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 spec.
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*	Forsætlig selvbeskadigelse (1)
DX85*-99* DY00*-09*	Vold, overgreb, mishandling og omsorgssvigt (2)

- (1) anvendes kun som aktionsdiagnose ved kontaktårsag '4' selvmordsforsøg
- (2) anvendes kun som aktionsdiagnose ved kontaktårsag '3' vold

DZ763 'Rask ledsager' og DZ763B 'Rask nyfødt' kan anvendes lokalt til kontakter, der ikke indberettes til LPR

7.2 Elektroshockbehandling

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

SKS-kode	Kodetekst
BRXA1?	Behandling med elektroshock ECT
BRTB1?	Tvangsbehandling med elektrokonvulsiv terapi ECT

Det er obligatorisk at indberette SKS-koderne på mindst 5 karakterer.

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

Vedrørende de øvrige krav til ambulanseregistrering - se afs. 7.7

7.3 Retslige forhold

Ved retslige forhold, der **ikke** omhandler tvang, skal der registreres diagnose(r) tilhørende DZ046? som bidiagnose eller evt. som aktionsdiagnose. DZ046? registreres som aktionsdiagnose, hvis det retslige forhold er den eneste eller væsentligste grund til kontakten. I alle andre tilfælde skal det være bidiagnose. Koderne kan ses i tabellen over tilladte psykiatriske aktionsdiagnoser (tabel 7.1).

En retslig diagnose (DZ046-kode) anvendes kun som aktionsdiagnose, hvor en psykiatrisk diagnose (DF-kode) ikke er den væsentlige årsag til kontakten.

7.4 Selvmord, selvmordsforsøg og voldshændelse under igangværende psykiatrisk kontakt

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

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

Denne registrering gælder for alle kontakttyper.

Vedr. ny kontakt efter ulykke, vold eller selvmordsforsøg – se afs. 7.5.1 vedr. psykiatrisk indlæggelse og afs. 7.9 vedr. psykiatriske skadestuekontakter.

7.5 Indlagt psykiatrisk patient

Der anvendes samme basisregistrering som for patienter på somatiske afdelinger. Følgende oplysninger er specielt for indlagte psykiatriske patienter:

Kontaktårsag	For psykiatriske indlagte patienter skal kontaktårsag indberettes <i>Værdisæt:</i> 1 = sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion 2 = ulykke 3 = vold 4 = selvmordsforsøg 5 = senfølge 8 = andet 9 = ukendt/uoplyst
Startvilkår	Angivelse af de juridisk-administrative forhold ved start af en psykiatrisk kontakt <i>Værdisæt:</i> 1 = almindelig frivillig indlagt 2 = tvang (rød blanket) 3 = tvang (gul blanket) 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 varetægtsurrogatfængslet C = overført varetægtsarrestant

D = indlagt i henhold til farlighedsdekret

*E = indlagt i henhold til andet retsligt forhold**

G = retslig patient indlagt frivillig[⊗]

*) Fx udvist patient, hvor foranstaltningen er ophævet jf. Udlændingelovens §71.

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

Afslutningsmåde

Udover de generelle afslutningsmåder kan følgende afslutningsmåde anvendes

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

Hvis en tvangsindlagt patient skal indlægges og behandles på et somatisk afsnit, registreres patienten med psykiatrisk afsnit som stamafsnit og det somatiske afsnit som adresseafsnit. Hvis afsnittene findes på hver sit sygehus, skal der registreres 2 samtidige indlæggelser.

Vedr. selvmord, selvmordsforsøg og voldshændelse under igangværende kontakt – se afs. 7.4

7.5.1 Vold og selvmordsforsøg som umiddelbar årsag til psykiatrisk indlæggelse

I de få tilfælde, hvor patienter indlægges direkte på psykiatrisk sengeafsnit under kontaktårsagerne 3 'vold' og 4 'selvmordsforsøg', er der særlige krav til diagnoseregistreringen:

- ved kontaktårsag 3 skal **aktionsdiagnosen** være DX85??-99)) el. DY00?-09?
- ved kontaktårsag 4 skal **aktionsdiagnosen** være DX60??-84??

Disse diagnosekoder anvendes kun i psykiatrien.

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

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

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

7.5.2 Fravær

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

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

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

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

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

7.6 Ambulant psykiatrisk patient

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

Startvilkår	Angivelse af de juridisk-administrative forhold ved start af en psykiatrisk kontakt Værdisæt: <i>K = almindelig frivillig ambulant</i> <i>L = ambulant behandling i henhold til vilkår</i> <i>M = ambulant behandling i henhold til dom</i> <i>N = ambulant mentalundersøgelse</i> <i>P = barn til ambulant undersøgelse i henhold til Lov om Social Service</i> <i>R = andet ambulant retsligt forhold*</i>
--------------------	---

*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.

Afslutningsmåde

Udover de generelle afslutningsmåder kan følgende afslutningsmåde anvendes
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.

Vedr. selvmord, selvmordsforsøg og voldshændelse under igangværende kontakt – se afs. 7.4

7.7 Ambulante psykiatriske ydelser

Ydelser givet til en ambulant psykiatrisk patient tilhører kategorierne:

- ambulant besøg (med eller uden yderligere registrerede ydelser)
- hjemmebesøg (med eller uden yderligere registrerede ydelser)
- ydelse uden besøg
"Ydelser uden besøg" er ydelser på sygehuset, hvor patienten ikke er til stede, samt ydelser givet udenfor sygehuset og hjemmet - se afs. 7.7.4

7.7.1 Tidsforbrug

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

Timeforbruget registreres som tillægskode til ydelseskoden efter følgende klassifikation:

SKS-kode	Timeforbrug
ZPVA1B	0-1 time
ZPVA2C	1-2 timer
ZPVA4A	2-4 timer

SKS-kode	Timeforbrug
ZPVA6A	4-6 timer
ZPVA8A	6-8 timer
ZPVA9A	8-10 timer
ZPVA9B	10-12 timer
ZPVA9C	12-14 timer
ZPVA9D	> 14 timer

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

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

Eksempel

Hjemmebesøg med varighed af 4 timer inkl. transport

AAF6	Hjemmebesøg
(+)ZPVA4A	2-4 timer

For ydelser uden besøg indberettes timeforbruget for den enkelte ydelse.

7.7.2 Ambulante besøg

Vedr. registrering af tidsforbrug – se afs. 7.7.1

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

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

SKS-kode	Overordnet ydelseskode for ambulante besøg
AAF22	Ambulante besøg

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

SKS-kode	Ydelser, der obligatorisk skal registreres, når de indgår i 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
BR*	Fysio- og ergoterapeutiske ydelser (se afsnit 10.5)

Definitioner/beskrivelser af ydelserne kan ses i ”Psykiatrisk registreringsvejledning”
 Se http://www.sst.dk/patientreg_psykiatri

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

Det er frivilligt at indberette andre udførte procedurer.

Eksempel

3½ times familieterapi som led i ambulant behandling

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

Eksempel

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

AAF22	Ambulant besøg
(+)ZPVA6A	4-6 timer
BVAW1	Kontakt med anden myndighed
ZZ0182	Udfærdigelse af erklæring

7.7.2.1 Dagbehandling

”Dagbehandling” er definitions mæssigt et ambulat besøg, idet patienten er til stede men disponerer **ikke** over en normeret seng.

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

Eksempel

8 timers dagbehandling

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

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

Eksempel

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

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

7.7.3 Hjemmebesøg

Vedr. registrering af tidsforbrug – se afs. 7.7.1

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) ydelseskode AAF6.

SKS-kode	Overordnet ydelseskode for hjemmebesøg
AAF6	Hjemmebesøg

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

SKS-kode	Ydelser, der obligatorisk skal registreres, når de indgår i hjemmebesøg
ZZ4991	Psykologisk undersøgelse
ZZ4992	Semistruktureret diagnostisk interview
BVAA34A	Samtale med behandlingssigte
BRBP	Træning af kombinerede psykosociale færdigheder
BR?* (se afsnit 10.5)	Fysio- og ergoterapeutiske ydelser

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

Det er frivilligt at indberette andre udførte procedurer.

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

7.7.4 Ambulante ydelser uden besøg

”Ydelse uden besøg” er en ambulant ydelse, der normalt finder sted uden for ambulant besøg og hjemmebesøg, dvs. situationer, hvor patienten ikke er til stede på psykiatrisk afsnit, og hvor personalet ikke er i patientens hjem.

”Ydelse uden besøg” omfatter administrative ydelser og visse kliniske ydelser, hvor patienten ikke er personligt til stede. **Ergo- og fysioterapeutiske ydelser** medregnes hertil, idet der i forbindelse med disse ikke må registreres ambulant besøg, når disse faggrupper er de eneste behandlere – se afs. 10.5.

For ambulante ydelser **uden besøg** skal timeforbruget inkl. tid til for- og efterarbejde indberettes på hver udført procedure - se afs. 7.7.1.

Følgende ydelser skal obligatorisk indberettes:

SKS-kode	”Ydelser uden besøg”
BVAW2	Netværksmøde
ZZ0231A	Supervision til institution
BVAA33A	Telefonkonsultation
ZZ0182	Udfærdigelse af erklæring
BVAW1	Kontakt med anden myndighed
AAF83	Institutionsbesøg
BVAA97	Samtale med forældre
BVAA99	Samtale med værge
BVAA5	Samtale med pårørende
BR?* (se afsnit 10.5)	Fysio- og ergoterapeutiske ydelser

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

Eksempler

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

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

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

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

7.7.5 Aflyste besøg

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

Aflyste besøg kan registreres efter følgende eksemplificerede princip:

Eksempel

Aflyst hjemmebesøg begrundet i patientens fravær

ZPP30	Procedure aflyst pga. udeblivelse
(+)AAF6	Hjemmebesøg

7.7.6 Børne- og ungdomspsykiatriske ydelser

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

Ved ydelser uden besøg registreres antal behandlere på hver procedurekode.

SKS-kode	"antal behandlere"
(+)BZFD7	1 behandler
(+)BZFD8	flere behandlere

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

Eksempel

Psykologisk undersøgelse af barn

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

7.8 Indberetning til DIPSY

For ambulante psykiatriske patienter under speciale 50 ("voksenpsykiatrien") er det obligatorisk at indberette oplysninger til "Databasen for klinisk kvalitet i ambulante psykiatriske behandling", DIPSY.

Yderligere oplysninger kan findes på databasens hjemmeside, hvor der også kan hentes en registreringsvejledning:

www.psykiatriskgrundforskning.dk/registre/dipsy.html

7.9 Psykiatrisk skadestuepatient

Der anvendes samme basisregistrering for psykiatriske skadestuepatienter som for somatiske.

Som aktionsdiagnose anvendes kode fra listen over tilladte psykiatriske aktionsdiagnoser (afs. 7.1).

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

- Ved kontaktårsag 3 'Vold' skal aktionsdiagnosen være DX85??-99?? el. DY00?-09?
- Ved kontaktårsag 4 'Selvmordsforsøg' skal aktionsdiagnosen være DX60??-84??

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

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

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

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

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

7.9.1 Udlevering af medicin, receptfornyelse m.m.

Ikke akutte opgaver som fx medicinudlevering, receptfornyelse og lignende skal **ikke** betragtes som skadestuebesøg, hvis patienten har en igangværende

kontakt men derimod som en **assistance** til det kliniske afsnit, hvortil patienten er knyttet.

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

8 Skaderegistrering

- 8.1 Kontaktårsag og skadeindberetning
- 8.2 Registrering af ydre årsager til skade
- 8.3 Indberetning af selvmordsforsøg
- 8.4 Forgiftninger

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

8.1 Kontaktårsag og skadeindberetning

Det er obligatorisk at registrere kontaktårsag for

- alle skadestuekontakter (somatiske og psykiatriske)
- somatiske indlæggelser med aktionsdiagnose DS000-DT799 (skader inkl. forgiftninger)
- alle psykiatriske indlæggelser

Kontaktårsagen angiver overordnet den umiddelbare baggrund for den aktuelle kontaktstart. Kontaktårsagerne er vist i følgende tabel:

Værdi	Kontaktårsag	Beskrivelse
1	Sygdom	Sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion Inkl. - 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; inkl. arbejdsbetingede sygdomme, der ikke er arbejdsulykker - forgiftning som følge af længerevarende påvirkning (48 timer eller derover), eller hvor påvirkningen ikke er betinget af ulykkesomstændigheder

Værdi	Kontaktårsag	Beskrivelse
		<ul style="list-style-type: none"> - selvmutilation <i>dvs. selvtilføjet skade, der ikke er selvmordsforsøg</i> - bivirkninger og andre komplikationer til medicinsk og kirurgisk behandling <i>ved normal terapeutisk dosering hhv. ved normalt tilsigtet 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 Ekskl. <ul style="list-style-type: none"> - indlæggelser til mentalundersøgelse uden kendt sygdom – se (8)
2	Ulykke	En ufrivillig hændelse karakteriseret ved en hurtigtvirkende kraft eller påvirkning, som kan ytre sig i form af skade på kroppen. Inkl. <ul style="list-style-type: none"> - akut legemlig overbelastning fx forløftning, forvridding, træde galt... - forgiftning som følge af kortvarig påvirkning (mindre end 48 timer) betinget af ulykkesomstændigheder - angreb af dyr og insekter - overeksponering af naturlig varme, kulde, lys og stråling fx solskoldning, hedeslag og forfrysning - ulykker ved medicinsk/kirurgisk behandling - komplikationer til undersøgelse og behandling, der er opstået sfa. utilsigtet og uhensigtsmæssigt udført procedure eller handling <i>herunder ved fejdosering af lægemidler</i>
3	Vold	Intenderet vold Inkl. <ul style="list-style-type: none"> - slagsmål, håndgemæng og mishandling - seksuelle overgreb

Værdi	Kontaktårsag	Beskrivelse
4	Selvmondsforsøg	<i>Bevidst selvtilføjet skade, der falder ind under definitionen for selvmordsforsøg. Definition og beskrivelse - se afs. 8.3 Ekskl. selvmutilation - se (1) sygdom</i>
5	Senfølge	Følge efter tidligere behandlet skade som følge af ulykke, vold 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 det hyppigste, en udelukkelses-kontaktårsag – 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 dertil hørende adfærd, så er det den **umiddelbare baggrund for den aktuelle patientkontakt**, som kontaktårsagen beskriver.

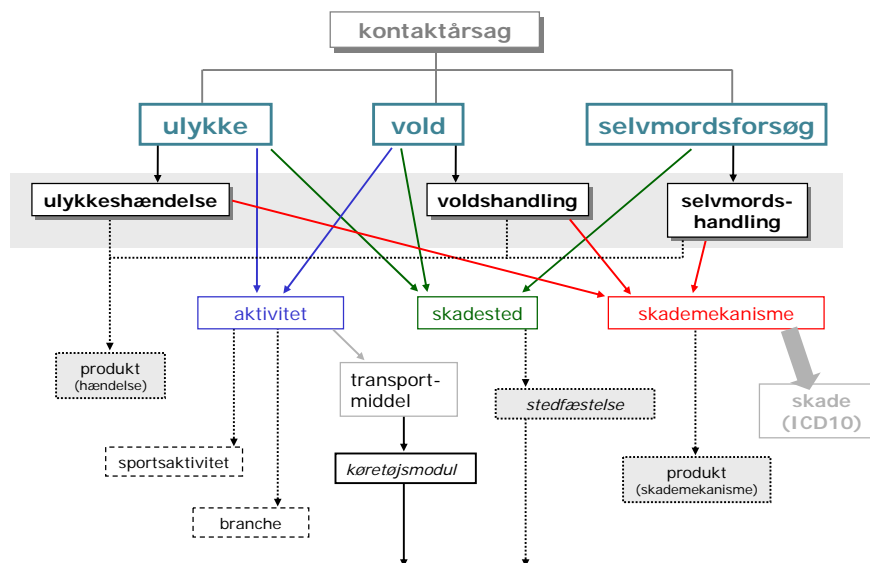
Afhængig af kontaktårsagen er der forskellige krav til den videre registrering og indberetning. Ved kontaktårsag 2 'Ulykke', 3 'Vold' og 4 'Selvmordsforsøg' skal der obligatorisk registreres koder efter gældende "Klassifikation af ydre årsager til skade". Registreringen er grafisk illustreret i fig. 8.1.

8.1.1 Skadeindberetning for indlagte patienter

For indlagte **somatiske** patienter, hvor aktionsdiagnosen registreres som læsion, forgiftning eller andre følger af ydre påvirkning (DS000-DT799), indberettes kontaktårsag og koder for ydre årsager til skade ved kontaktårsagerne 2, 3 og 4.

Denne registrering gælder ikke for komplikationer til behandling (DT80-98) – se kap. 11 – lægemiddelbivirkninger dog afs. 9.6.5.

Fig. 8.1 Skaderegistreringens overordnede opbygning



For indlagte **psykiatriske** patienter skal kontaktårsag altid registreres. Der er særlige krav til aktionsdiagnosen ved kontaktårsagerne 3 og 4 – se afs. 7.5.1. Ved kontaktårsagerne 2, 3 og 4 skal der registreres koder for ydre årsager til skade.

8.1.2 Skadesindberetning for skadestuepatienter

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

Ved kontaktårsag 2 'Ulykke', 3 'Vold' og 4 'Selvmordsforsøg', skal der for **somatiske** skadestuepatienter være en aktionsdiagnose i intervallerne DR00-DR999, DS00-DT799 eller DZ00-DZ999.

For **psykiatriske** skadestuepatienter er der særlige krav til aktionsdiagnosen ved kontaktårsagerne 3 og 4 – se afs. 7.9. Ved de øvrige kontaktårsager skal aktionsdiagnosen følge de generelle krav til psykiatriske aktionsdiagnoser – se afs. 7.1.

8.2 Registrering af ydre årsager til skade

Skaderegistreringen består af kontaktårsag, diagnose(r) og koder for ydre årsager til skade. Registreringens principper er overordnet vist i fig. 8.1.

Vedr. kontaktårsag og diagnoseregistreringen – se ovenfor.

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

8.2.1 Definitioner

Begreb	Definition
ulykke	en ufrivillig hændelse karakteriseret ved en hurtigt-virkende kraft eller påvirkning, som kan ytre sig i form af skade på kroppen
arbejdsulykke	ulykke, der indtræffer i arbejdstiden i forbindelse med lønnet arbejde eller arbejde som selvstændig <i>Inkl. lønnet arbejde (aktivitet=EUA1) og lønnet transportarbejde (EUA0)</i>
transportulykke	ulykke, der involverer et transportmiddel eller et dyr, som anvendes til at bringe personer eller gods fra et sted til et andet <i>Inkl. transport (ikke lønnet) (aktivitet=EUA2) og lønnet transportarbejde (EUA0)</i>
hændelse	begivenhed, der forudgår skademekanismen og er en forudsætning for opståen af skade
ulykkeshændelse	hændelse, der utilsigtet fører til skade
voldshandling	hændelse i form af tilsigtet handling, der med forsæt fører til skade på anden person
selvmordshandling	hændelse i form af tilsigtet handling, der med forsæt fører til skade på egen person <i>- se vedr. afgrænsning af selvmordsforsøg i afs. 8.3</i>
skademekanisme	direkte skadevoldende effekt på den skaderamte
skadested	sted, hvor skaderamte befandt sig på tidspunktet for skadens opståen
aktivitet	aktivitet, som den skaderamte var i gang med på hændelsestidspunktet
transportmiddel	transportmiddel involveret i ulykkeshændelse <i>Obligatorisk ved transportulykke</i>
transportform for tilskadekomne	skaderamtes transportform på ulykkestidspunktet <i>Obligatorisk ved køretøjsulykke</i>
transportform for modpart	modpartens transportform på ulykkestidspunktet <i>Obligatorisk ved køretøjsulykke</i>

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

8.2.2 "Hændelse"

Hændelsen er den begivenhed, der forudgår selve skademekanismen. Hændelsen er samtidig en nødvendig forudsætning for det videre forløb, der fører til skade. Hændelse og skademekanisme kan være samtidige eller adskilt i tid.

Hændelsen svarende til kontaktårsagen skal obligatorisk registreres ved kontaktårsag 2-4. Hændelserne "Ulykkeshændelse", "Voldshandling" og "Selvmordshandling" registreres obligatorisk ved hjælp af nedenstående klassifikationer. Kodeniveauet i de følgende tabeller angiver minimums specificeringsniveauet.

I forbindelse med hændelsen er der mulighed for at specificere involveret produkt, dvs. det produkt eller de produkter, der indgår i den klassificerede hændelse, som baggrund for den efterfølgende skademekanisme.

Produktklassifikationen (EUX 6 karakter niveau) kan ses på www.sst.dk/patientregistrering under "Vejledning for specialer og fagområder"

	Ulykkeshændelse
EUHA0	Udløsning af energi v eksplosion, lufttryk og ild og flammer
EUHA1	Udløsning af anden form for energi <i>Inkl.: Elektricitet, varme, kulde, stråling, lyd</i>
EUHA2	Udløsning af kemiske substanser <i>Inkl.: Faste, flydende og gasformige kemikalier</i> <i>Ekskl.: Lægemidler og andre biologiske midler - se EUHJ0</i>
EUHB0	Kollaps, nedbrud og deformation af materialer
EUHC0	Fejlfunktion og fejlbetjening af udstyr <i>Inkl.: maskiner, teknisk udstyr, redskaber og værktøj</i>
EUHC9	Fejlfunktion og fejlbetjening af andre materialer og objekter
EUHD0	Fejlfunktion og fejlbetjening af transportmiddel
EUHD1	Fejlfunktion og fejlbetjening af løfte-, hejse- og transportsystemer
EUHE0	Fald
EUHF0	Uhensigtsmæssige bevægelser
EUHG0	Uhensigtsmæssig kontakt med levende væsen
EUHH0	Anden ulykkeshændelse udført af skaderamte selv
EUHJ0	Utilsigtet fejlbrug af biologisk substans <i>Inkl.: Fejlagtigt indtaget stof, stof fejlagtigt indtaget i forkert dosis (fejldosering)</i> <i>Inkl.: Lægemidler og psykostimulerende stoffer</i>
EUHZ9	Anden og ikke specificeret ulykkeshændelse

mere specificerede kodemuligheder:

www.sst.dk/patientregistrering under "Vejledning for specialer og fagområder"

	Voldshandling
EUVA0	Voldshandling ved eksplosion, lufttryk og ild og flammer
EUVA1	Voldshandling med anden form for energi
EUVA2	Voldshandling med kemiske substanser <i>Inkl.: Faste, flydende og gasformige kemikalier</i> <i>Ekskl.: Lægemidler og andre biologiske midler - se EUVJ0</i>
EUVB0	Voldshandling ved kollaps af materialer
EUVC0	Voldshandling med brug af udstyr <i>Inkl.: Med maskiner, teknisk udstyr, værktøj og våben</i>
EUVC9	Voldshandling med brug af andre materialer og objekter
EUVD0	Voldshandling med brug af transportmiddel

EUVE0	Voldshandling med skub eller træk resulterende i fald
EUVG0	Voldshandling ved fysisk kontakt med levende væsen
EUVG1	Seksuelt overgreb
EUVJ0	Voldshandling med brug af biologisk substans <i>Inkl.: Lægemidler og psykostimulerende stoffer</i>
EUVK0	Vanrøgt, misrøgt og anden mishandling
EUVZ9	Anden og ikke specificeret voldshandling

mere specificerede kodemuligheder:

www.sst.dk/patientregistrering under "Vejledning for specialer og fagområder"

	Selvmordshandling
EUWA0	Selvmordshandling ved eksplosion, lufttryk og ild og flammer
EUWA1	Selvmordshandling med anden form for energi
EUWA2	Selvmordshandling med kemiske substanser <i>Inkl.: Faste, flydende og gasformige kemikalier</i> <i>Ekst.: Lægemidler og andre biologiske midler - se EUWJ0</i>
EUWB0	Selvmordshandling ved kollaps af materialer
EUWC0	Selvmordshandling med brug af udstyr <i>Inkl.: Med maskiner, teknisk udstyr, værktøj og våben</i>
EUWC9	Selvmordshandling med brug af andre materialer og objekter
EUWD0	Selvmordshandling med brug af transportmiddel
EUWE0	Spring resulterende i fald (selvmordshandling)
EUWG0	Selvmordshandling ved egen fysisk kraft eller kontakt med levende væsen
EUWJ0	Selvmordshandling med brug af biologisk substans <i>Inkl.: Lægemidler og psykostimulerende stoffer</i>
EUWZ9	Anden og ikke specificeret selvmordshandling

mere specificerede kodemuligheder:

www.sst.dk/patientregistrering under "Vejledning for specialer og fagområder"

8.2.3 Skadested

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

	Skadested
EUG0	transportområde
EUG1	boligområde
EUG2	produktions- og værkstedsområde
EUG3	butiks-, handels- og erhvervsområde

EUG4	offentlig administration og institutionsområde
EUG5	idræts- og sportsområde
EUG6	forlystelses- og parkområde
EUG7	fri natur
EUG8	hav- og søområde
EUG9	andet og ikke specificeret skadested

mere specificerede kodemuligheder:

www.sst.dk/patientregistrering under "Vejledning for specialer og fagområder"

8.2.4 Stedfæstelse (indføres som ikke obligatorisk mulighed senest pr. 1. juli 2008)

I forbindelse med den obligatoriske angivelse af skadested, kan der registreres stedfæstelse med X- og Y-koordinat. Hvis dette foretages, skal koordinaterne suppleres med grad af præcision af den angivne stedfæstelse med en af følgende koder:

	X,Y-præcision
EUZ1	præcis
EUZ2	på strækning
EUZ3	i nærheden
EUZ9	præcision kan ikke angives

Stedfæstelse er særlig vigtigt i forhold til transportulykker for at finde de trafikusikre områder mhp. forebyggelse.

8.2.5 Skademekanisme

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

Skademekanisme skal obligatorisk registreres ved kontaktårsag 2-4. Skademekanisme skal som minimum specificeres ved kodeniveaet i tabellen.

	Skademekanisme
EUSA0	Slag, ramt imod, skaderamte i bevægelse
EUSA1	Slag, ramt af objekt i bevægelse Objekt: Inkl. levende væsen (person, dyr)
EUSA2	Slag ved kollision, skaderamte og objekt i bevægelse Objekt: Inkl. levende væsen (person, dyr)
EUSB0	Snit og anden mekanisk påvirkning af hud (slimhinde)
EUSC0	Klemmt, mast (mellem)(under)

EUSD0	Kvælning (asfyksi)
EUSE0	Kemisk ætsning
EUSE1	Kemisk forgiftning
EUSF0	Varmeeffekt
EUSF1	Kuldeeffekt
EUSG0	Elektrisk, stråling og anden energieffekt
EUSH0	Luftryk effekt
EUSJ0	Akut overbelastning af krop eller kropsdel
EUSZ9	Anden og ikke specificeret skademekanisme

mere specificerede kodemuligheder:

www.sst.dk/patientregistrering under ”Vejledning for specialer og fagområder”

I forbindelse med skademekanisme er der mulighed for at specificere involveret produkt, dvs. det produkt eller de produkter, der forårsager skaden på personen.

Produktklassifikationen (EUY) kan ses på www.sst.dk/patientregistrering under ”Vejledning for specialer og fagområder”.

8.2.6 Aktivitet

Personens aktivitet på skadetidspunktet skal obligatorisk registreres ved ulykker (kontaktårsag 2) og vold (3). Aktiviteten skal som minimum specificeres ved det angivne kodeniveau i følgende tabel.

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

Branche klassifikation (EUE) kan ses på www.sst.dk/patientregistrering under ”Vejledning for specialer og fagområder”.

I forbindelse med sport og træningsaktiviteter er der mulighed for at specificere den aktuelle sportsaktivitet. Sportsaktivitet klassifikation (EUC) kan ses på www.sst.dk/patientregistrering under ”Vejledning for specialer og fagområder”.

Aktiviteterne EUA0* og EUA2* definerer transportulykker – *se følgende afs. 8.2.7.*

	Aktivitet
EUA0	Lønnet transportarbejde <i>Inkl.: Professionel sport, der involverer køretøj fx professionel cykelsport</i>
EUA1	Lønnet arbejde <i>Inkl.: Professionel sport, der ikke involverer køretøj Ekskl.: Lønnet transportarbejde (EUA0)</i>
EUA2	Transport <i>Inkl.: Transport til og fra arbejde Ekskl.: Lønnet transportarbejde (EUA0)</i>
EUA3	Huslig aktivitet <i>Ekskl.: Lønnet huslig aktivitet (EUA1) Ekskl.: Leg og anden lignende fritidsaktivitet - se EUA6</i>
EUA4	Uddannelse EUA4 omfatter kun at modtage undervisning <i>Ekskl.: Lønnet undervisningsaktivitet (EUA1)</i>
EUA5	Sport og træning <i>Ekskl.: Lønnet sports- og træningsaktivitet - se EUA1 Ekskl.: Transport til/fra sport (EUA21)</i>
EUA6	Leg og anden fritidsaktivitet
EUA7	Vitalaktivitet
EUA8	Anden aktivitet
EUA9	Aktivitet uden specifikation

mere specificerede kodemuligheder:

www.sst.dk/patientregistrering under "Vejledning for specialer og fagområder"

8.2.7 Transport- og køretøjsulykker

Ved ulykker (kontaktårsag 2) skal der ved aktiviteterne 'Lønnet transportarbejde' (EUA0*) og 'Transport' (ikke lønnet, EUA2*) – dvs. ved transportulykker - registreres obligatorisk kode for det transportmiddel, der er involveret i ulykken. Hvis flere transportmidler er involveret, registreres den øverste relevante EUK-kode, fx 'Køretøj' ved sammenstød mellem cyklist (tilskadekomne) og hest.

Køretøjsulykke	ulykke, hvor der har været indblandet mindst ét kørende køretøj
----------------	---

Skaderegistrering

	Transportmiddel (involveret)
EUK0	Køretøj
EUK1	Dyr
EUK2	Sporvogn/metro
EUK3	Tog
EUK4	Skib
EUK5	Flyvemaskine
EUK8	Andet specificeret transportmiddel
EUK9	Transportmiddel, ikke specificeret

EUK0 definerer køretøjsulykke

Hvis transportmiddel er 'Køretøj' (EUK0), skal der ved kontaktårsag 2 'Ulykke' obligatorisk registreres transportform for tilskadekomne og transportform for modpart.

	Transportform for tilskadekomne
EUP1	Til fods
EUP2	På cykel
EUP3	På knallert
EUP4	På motorcykel (scooter)
EUP5	I personbil
EUP6	I varevogn
EUP7	I lastbil (bus)
EUP8	Anden transportform for tilskadekomne
EUP9	Transportform for tilskadekomne, ikke specificeret

Skal registreres ved køretøjsulykke, dvs. EUK0 (kontaktårsag=2)

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

Skal registreres ved køretøjsulykke, dvs. EUK0 (kontaktårsag=2)

Registreringen af transportform for tilskadekomne hhv. modpart ved køretøjsulykker kan suppleres med registrering af ”uheldssituation” og ”trafikontrol for tilskadekomne”.

Klassifikationerne (EUV hhv. EUT) kan ses på www.sst.dk/patientregistrering under ”Vejledning for specialer og fagområder”

Eksempel

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

Kontaktårsag	2	ulykke
aktionsdiagnose	(A)DS620	Fractura ossis navicularis manus
ulykkeshændelse	EUHD01	mistet kontrol over transportmiddel
produkt/hændelse	EUXK2004	barnecykel
skademekanisme	EUSA01	slag, ramt imod, skaderamte i lodret bevægelse
produkt/skademekanisme	EUYB1002	fortovskant, kantsten
skadested	EUG0	transportområde
aktivitet	EUA2	transport (dvs. transportulykke)
transportmiddel	EUK0	køretøj (dvs. køretøjsulykke)
transportform, tilskadekomne	EUP2	på cykel
transportform, modpart	EUM0	ingen modpart
uheldssituation	EUV0	eneuheld
trafikontrol, tilskadekomne	EUT1	fører

Klassifikationer for de variable, der *ikke er obligatoriske*, kan ses på www.sst.dk/patientregistrering under Vejledning for specialer og fagområder

8.3 Indberetning af selvmordsforsøg

Flere undersøgelser peger på en betydelig fejlregistrering af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. En korrekt registrering og indberetning af sygehuskontakter pga. selvmordsforsøg vil betyde et bedre datagrundlag til brug for forebyggelse.

Denne beskrivelse gælder for den primære kontakt efter selvmordsforsøg.

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

8.3.1 Definition og beskrivelse

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

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 bredere end den almensproglige opfattelse af termen.

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

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

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

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

8.3.2 Registrering af selvmordsforsøg

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

Kontaktårsag 4	Selvordsforsøg
<i>kræver registrering af yderligere oplysninger vedrørende selvmordshandling, skademekanisme og skadested</i>	
selvmordshandling	EUW??*
skademekanisme	EUS??*
skadested	EUG?*

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

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

8.4 Forgiftninger

8.4.1 Generelle principper

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

Overdosering – utilsigtet eller tilsigtet – af lægemidler medregnes til forgiftning - se afsnit 8.4.2.

Bivirkninger af lægemidler anvendt i normale terapeutiske doser betragtes ikke som forgiftning – se afsnit 9.6.5.

8.4.1.1 Klassificering

Sygdomsklassifikationen skelner mellem selve forgiftningen og de sygdomme/symptomer (se afs. 8.4.1.3), der er en følge af forgiftningen.

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

Ved lægemiddelforgiftning skal forgiftningskoden specificeres med ATC-tillægskode – se afsnit 8.4.2.

Ved forgiftninger med psykoaktive stoffer, der ikke er lægemidler og derfor ikke har en ATC-kode, anvendes specificerede forgiftningskoder fra DT40 og DT43 – se afsnit 8.4.3.

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

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

8.4.1.2 Forgiftning som årsag til patientkontakt

Hvis forgiftning, herunder utilsigtet overdosering af lægemidler, er årsag til ny sygehuskontakt, anvendes relevant kontaktårsag 2 'ulykke', 3 'vold' eller 4 'selvmordsforsøg'.

Vedr. bivirkninger ved normal, terapeutisk dosering – se afs. 9.6.5.1.

8.4.1.3 Supplerende kodning

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

Eksempel *Primær skadekontakt med behandling af forgiftning*

(A)DT510	Ethanolforgiftning
(B)DR400	Somnolens

Der skal desuden foretages en komplet skaderegistrering efter principperne beskrevet i afs. 8.1-2. Kontaktårsagen kan være 2, 3 eller 4.

I den psykiatriske registrering anvendes særlige diagnosekoder (DF10-19) for "intoksikation" som manifestation ved forgiftning med psykoaktive stoffer – se afsnit 9.6.4 om diagnoseregistrering ved misbrug.

8.4.2 Lægemedelforgiftninger

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

Om bivirkninger ved normal terapeutisk anvendelse – se afsnit 9.6.5.

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

Eksempel

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

Der skal desuden foretages en komplet skaderegistrering efter principperne beskrevet i afs. 8.1-2. Kontaktårsagen kan være 2, 3 eller 4.

8.4.3 Forgiftninger med psykoaktive stoffer

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

Afsnittene DT40 og DT43 omfatter følgende koder:

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
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
DT430	Forgiftning med cykliske antidepressive midler
DT431	Forgiftning med MAO-hæmmer
DT432	Forgiftning med andet antidepressivum
DT433	Forgiftning med fenotiazin
DT434	Forgiftning med butyrofenoner og thioxantener
DT435	Forgiftning med andre antipsykotiske/neuroleptiske midler
DT436A	Forgiftning med amfetamin
DT436B	Forgiftning med ecstasy

Skaderegistrering

DT436C	Forgiftning med khat
DT438	Forgiftning med andet psykotropt middel
DT438A	Forgiftning med ”designer drug”
DT439	Forgiftning med psykotropt middel uden specifikation

Koderne kan anvendes direkte som primærkode til registrering af forgiftninger – analogt til de øvrige DT-forgiftningskoder – eller som tillægskoder til specifikation af misbrugsdiagnoser (DF10-19) – se afs. 9.6.4.

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

9 Registrering af diagnoser

- 9.1 Begreber og definitioner
- 9.2 Generelle principper
- 9.3 Diagnosearter
- 9.4 Tillægskodning
- 9.5 Særlige regler vedrørende diagnoseregistrering
- 9.6 Særlige kode- og registreringsprincipper

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

Der skal registreres diagnoser på åbne ambulante kontakter senest 1 måned efter første besøg, og for psykiatriske indlagte patienter senest 1 måned efter indlæggelsesdatoen.

9.1 Begreber og definitioner

Begreb	Definition
diagnosekode (diagnose)	klassificeret betegnelse for en diagnose, der er optaget i gældende "Klassifikation af sygdomme"
Diagnoseart (kodeart)	angivelse af den efterfølgende SKS-diagnosekodes registreringsmæssige betydning
aktionsdiagnose diagnoseart 'A'	den diagnose, der ved afslutning af en kontakt bedst angiver den vigtigste tilstand, som kontakten drejede sig om
bidiagnose 'B'	diagnose, der supplerer beskrivelsen af den afsluttede kontakt
henvisningsdiagnose 'H'	diagnose, der angives af henvisende instans som årsag til henvisning

Aktionsdiagnose, bidiagnoser og henvisningsdiagnose udgør diagnoseindberetningens primærkoder.

midlertidig diagnose 'M'	diagnose, der anvendes som arbejdsdiagnose i det kliniske undersøgelses- og behandlingsforløb <i>Må kun anvendes for åbne somatiske ambulante kontakter</i>
komplikation til procedure 'C'	tilstand som er en utilsigtet følge af en procedure <i>Erstatter ikke registrering af kontaktens relevante ak-</i>

(komplikation)	<i>tions- og bidiagnoser</i>
----------------	------------------------------

Kodeart 'C' er fakultativ – se afs. 9.3.6.1

tillægskode '+'	SKS-kode, der supplerer primærkodens betydning <i>Se afsnit om "Tillægskodning" afs. 9.4</i>
-----------------	---

Primærkode: diagnose- eller procedurekode

Det skal bemærkes, at tillægskode *ikke* er det samme som bidiagnose.

9.2 Generelle principper

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

Der sker løbende en udbygning af sygdomsklassifikationen med mere specificerede kodemuligheder. Disse kan ikke ses i bogen men findes i den elektroniske version af klassifikationen, der løbende bliver opdateret. Sygehuse-nes patientadministrative systemer bliver løbende opdateret med den aktuelle SKS-version, som også kan ses og hentes fra SKS-Browseren under <http://medinfo.dk/sks/brows.php>

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

Forgiftninger med psykoaktive stoffer (afs. 8.4.3) skal kodes på højeste registreringsniveau.

9.3 Diagnosearter

Diagnosearterne er defineret i henhold til ovenstående. Der skal altid indberettes en aktionsdiagnose for en afsluttet kontakt. Der kan kun indberettes én aktionsdiagnose, og én henvisningsdiagnose pr. kontakt. Kontaktens diagnoseregistrering suppleres med de klinisk relevante bidiagnoser.

9.3.1 Aktionsdiagnosen

Vedr. diagnoseregistrering og ambulante kontakter, herunder overskrivning af aktionsdiagnosen – se også afs. 5.3

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

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

Eksempler

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

(A)DM545	Lændesmerter
(B)DC795B	Neoplasma malignum ossis metastaticum
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
(B)DC619	Neoplasma malignum prostatae
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Patient med kendt malign blæresygdom indlagt og behandlet for hæmaturi

(A)DR319A	Makroskopisk hæmaturi
(B)DC679	Neoplasma malignum vesicae urinariae uden specificifikation
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

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

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

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

Kontaktens øvrige diagnoser registreres efterfølgende som bidiagnoser.

Symptomdiagnoser og dårligt definerede lidelser bør normalt undgås som aktionsdiagnose. Man skal dog ikke forsøge at beskrive et forløb med en

specifik diagnose, hvis de undersøgelser, der er udført, kun har ført til en mistanke eller en dårligt defineret tilstand.

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

9.3.2 Relevante bidiagnoser

Kan beskrivelsen af kontaktens patienttilstande ikke klares med aktionsdiagnosen alene, skal der suppleres med en eller flere relevante bidiagnoser - ”ikke mange - kun de få rigtige”. Det er udelukkende kontakten, der skal beskrives - **ikke** det samlede sygdomsforløb.

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

9.3.3 De basale principper

For registreringen af diagnoser gælder følgende generelle regler:

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

*Dvs. **ikke** cancer, før sygdommen er endeligt verificeret
Og **ikke** cancer, når patienten er helbredt ved en tidligere kontakt*

9.3.4 Slutregistrering

Aktionsdiagnosen – og evt. øvrige diagnoser – skal valideres ved kontaktafslutning, således at den er beskrivende for kontakten. Der vil ikke altid på tidspunktet for epikriseskrivningen og slutregistreringen være fremkommet svar på undersøgelser, der skal afklare diagnosen.

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

I disse tilfælde skal slutregistreringen opdateres, når svarene er fremkommet, således at LPR afspejler det for kontakten korrekte diagnostiske billede. Hvis kontakten har været indberettet, foretages genindberetning, der overskriver det tidligere indberettede i LPR.

Hvis epikrise er sendt med fejlagtige eller mangelfulde oplysninger, skal ny epikrise fremsendes, baseret på de tilrettede kliniske oplysninger.

Se også afs. 13.3.2.2 vedr. opkvalificering af kontaktens diagnoser i forbindelse med anmeldelse til Cancerregisteret.

9.3.5 Henvisningsdiagnose

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

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

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

9.3.6 Midlertidige diagnoser

På en uafsluttet ambulant somatisk kontakt kan midlertidig diagnose registreres og indberettes med diagnoseart 'M'.

Diagnoseart 'M' må **ikke** forekomme i indberetningen af afsluttede kontakter og må ikke anvendes i psykiatrien.

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

9.3.7 Komplikationer til undersøgelse og behandling

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

Komplikationer klassificeres efter "Klassifikation af sygdomme" (ICD10).

Registrering af komplikationer er udførligt beskrevet i kap. 11

Vedr. diagnoseregistrering ved bivirkninger til lægemidler – se afs. 9.6.5

9.3.7.1 Kodeart 'C' (komplikation)

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

Eksempel

Patient opereret for prostatacancer

(A)DC619	Neoplasma malignum prostatae
(B)DE114	Sukkersyge, ikke insulinkrævende med neurologiske komplikationer
(C)DT812G	Utsigtet punktur og læsion af gastrointestinalkanal
(C)DT810G	Postoperativ blødning

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

[#]) Ikke alle patientadministrative systemer understøtter denne registrering.

9.4 Tillægskodning

I registreringen kan SKS-koder anvendes som tillægskoder til specifikation af en SKS-primærkode. Tillægskoden lægger yderligere information til primærkoden. Eksempler er tilføjelse af sideangivelse til en diagnose og ATC-kode som specificering af lægemiddelstof. Tillægskodning er yderligere om-

talt i kapitlerne 8.4 (forgiftninger), 10 (procedureregistrering) og 13 (anmeldelsespligtige sygdomme til Cancerregisteret).

Andre eksempler er specifikation af en operationskode eller anden procedurkode med indikation (diagnosekode anvendt som tillægskode) eller specificering af en komplikation til en operation, idet komplikationen angives som en diagnosekode (primærkode) efterfulgt af operationskoden som tillægskode (som årsag til komplikationen) – se de særlige krav til registrering ved infektioner som komplikation til undersøgelse og behandling afs. 11.3.

Eksempler

(P)KLAE20	Dobbeltsidig ooforektomi
(+)DC509	Cancer mammae uden specifikation

(A)DO821A	Partus unifoetatio med sectio caesarea acuta ante partum
(B)DO740	Aspirationspneumoni under anæstesi ved fødsel
(+)KMCA20	Vaginalt kejsersnit

Når en SKS-kode anvendes som tillægskode, angives det i indberetningen ved et foranstillet '+’.

Tillægskoder er i denne publikations eksempler ligeledes angivet med foranstillet '+’ og er som de øvrige kodearter vist i parenteser i eksemplerne.

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

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

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

Eksempel

(A)DM230	Cystis menisci genus
(+)TUL1	højresidig

Til nogle diagnoser er der krav om at indberette ATC-koder som tillægskoder til specificering. Diagnoserne kan ses på: www.sst.dk/patientregistrering

Kravene gælder både for aktions- og bidiagnoser. ATC-koder indberettes inkl. foranstillet 'M' efter gældende klassifikation.

9.5 Særlige regler vedrørende diagnose-registrering

Ved ”anmeldelsespligtige diagnoser kræves en særskilt anmeldelse til Cancerregisteret (CR) med særlige krav til indberetningen – se kap. 13.

Der stilles desuden specielle krav til diagnoseregistreringen ved skader (kap. 8) som følge af ulykke, vold, selvmordsforsøg, forgiftninger, postinterventionelle infektioner (kap. 11) samt ved fødsler og aborter (kap. 12).

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

9.6 Særlige kode- og registreringsprincipper

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

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

9.6.1 ”Obs. pro”- diagnoser

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

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

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

Eksempel ”Obs. pro toksisk kontaktdermatit”

(A)DZ038	Obs. på grund af mistanke om andre sygdomme eller tilstande
(+)DL249	Toksisk kontaktdermatit uden specifikation

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

Med indførelsen af den danske DRG-grupperingsnøgle skal det specielt fremhæves, at specificering af ”obs. pro”-diagnoser vil kunne have en betydning for DRG-grupperingen.

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

Eksempel

(H)DZ031I	Observation pga. mistanke om ondartet svulst i blære
-----------	--

Andre eksempler med og uden anvendelse af tillægskoder

Mistanke om heroinforgiftning

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

Meningitis obs. pro

(A)DZ033	Observation pga. mistanke om sygdom i nervesystemet
(+)DG039	Meningitis, ikke bakteriel uden specifikation

Observation for epilepsi

(A)DZ033A	Observation for epilepsi
-----------	--------------------------

Mistanke om malignt melanom på trunkus

(A)DZ031P	Observation pga. mistanke om ondartet svulst i hud
(+)DC435	Melanoma malignum trunci

Mistanke om brystkræft

(A)DZ031R	Observation pga. mistanke om ondartet svulst i bryst
-----------	--

9.6.2 "Anamnese med..."

Tidligere tilstande kan kodes med 'Anamnese med' (DZ85?* - DZ88?*) og evt. tillægskode, der angiver den tidligere tilstand. Denne type registrering vil oftest være relevant som bidiagnose.

Eksempler

(B)DZ874	Anamnese med sygdomme i urin- og kønsorganer
(+)DQ532	Retentio testis bilateralis

Tilsvarende kan symptom eller følgetilstand specificeres med tillægskode:

(B)DN469B	Azoospermia
(+)DQ532	Retentio testis bilateral

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

9.6.3 Diagnosekodning ved kontrol

I kodeafsnittene DZ08?* og DZ09?* findes koder for "kontrolundersøgelse", der anvendes som aktionsdiagnose på kontakt, hvor der sker en kontrol, uden at sygdommen fortsat er tilstede.

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

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

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

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

Ved kontaktregistrering vil en ambulant kontrol findes som en selvstændig kontakt i LPR med egen aktionsdiagnose, der altså ikke er sygdomsdiagnosen, når denne er kureret på en tidligere (behandlings)kontakt - se afs. 5.3.2.

9.6.4 Registrering ved misbrug

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

Ved tilstande klassificeret under følgende afsnit:

- DF11 Psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser som følge af opioidbrug
- DF15 Psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser som følge af misbrug af andre centralstimulerende stoffer
- DF16 Psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser som følge af misbrug af hallucinogener

...skal der angives tillægskode fra kodeafsnittene DT40 og DT43 (se tabel i afsnit 8.4.3) til specificering af det (de) aktuelle stof(fer).

Eksempler

(A)DF1106	Opioidintoksikation, akut med kramper
(+)DT401	forgiftning med heroin

(A)DF1150	Psykotisk tilstand opioidbetinget, skizofrenilignende
(+)DT406W	forgiftning med opioid uden specifikation

9.6.5 Lægemiddelbivirkninger

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

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

Eksempler

(A)DK257	Ulcus ventriculi chronicum uden blødning eller perforation
(+)MN02BA01	acetylsalicylsyre

(A)DI959	Hypotensio arterialis uden specifikation
(+)MC08CA01	amlodipin

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

Diagnoserne kan ses på: www.sst.dk/patientregistrering

9.6.5.1 Bivirkning som årsag til patientkontakt

Hvis en bivirkning er årsag til ny sygehuskontakt, anvendes kontaktårsag 1 'sygdom'.

9.6.6 Screeninger

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

Screeningskoderne anvendes kun som aktionsdiagnose (kontaktbegrundelse) og kun på alle nye kontakter, der er begrundet i tidlig opsporing af sygdom, uden at der er konkret mistanke om sygdom hos den enkelte person. Når undersøgelsen er færdig, afsluttes kontakten.

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

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

10 Registrering af procedurer

- 10.1 SKS-hovedgrupper
- 10.2 Begreber og definitioner
- 10.3 Operationsregistrering
- 10.4 Genoptræning
- 10.5 Indberetning af fysio- og ergoterapeutiske ydelser
- 10.6 Neonatal hørescreening
- 10.7 Hjemmebesøg
- 10.8 Udebesøg
- 10.9 Registrering af andre procedurer
- 10.10 Ambulante ydelser
- 10.11 Telemedicinske ydelser
- 10.12 ICF funktionsvurdering
- 10.13 Tillægskodning
- 10.14 Aflyste operationer

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

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

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

10.1 SKS-hovedgrupper

Procedurene, der er inddelt i nedenstående hovedgrupper, kan ses på SKS-browser på: <http://medinfo.dk/sks/brows.php>

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

SKS-hovedgruppe	Proceduretype
Z	Diverse procedurekoder

For områder, hvor SKS endnu ikke er udviklet, fx dele af ”Undersøgelsesklassifikationen”, er der midlertidigt oprettet koder i SKS-hovedgruppe Z, afsnit ZZ.

10.1.1 Behandlings- og Plejeklassifikation

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

En del af disse aktiviteter har betydning for afregning af stationære patienter (DRG) og for ambulant afregning (DAGS) som ekstra honorering for specielle takstgivende ydelser. Sundhedsstyrelsen vil løbende vedligeholde lister over hvilke koder, der er takstbærende – se <http://visualdkdrg.sst.dk>

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

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

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

10.1.2 Indberetningsstruktur

Udførte procedurer indberettes med:

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

10.1.3 Assistancer

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

Der kan indberettes ambulante ydelser (assistancer) uden samtidigt besøg på stamafdelingen fx røntgenydelser. Registreringspligtige ydelser, der er udført som assistance, skal knyttes til og indberettes på stamkontakten.

Eksempel

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

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

Hvis patienten derimod er i gang med et ambulante forløb for en **anden sygdom**, kan ydelser givet til denne sygdom fortsat registreres på den samme kontakt.

Eksempel

Kendt nyrepatient indlagt på ortopædkirurgisk afdeling med brækket ben. Patientens ambulante dialyse registreres som ambulante besøg på kontakten på dialyseafdelingen.

10.2 Begreber og definitioner

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

Begreb	Definition
kirurgisk indgreb (indgreb)	én eller flere operationer udført i samme seance
primær operation	den vigtigste operation i et kirurgisk indgreb
deloperation	operation, der indgår som en del af et kirurgisk indgreb uden at være den primære operation
reoperation	operation foretaget for en postoperativ komplikation inden for en måned efter den første operation
sekundær operation (sekundært indgreb)	opfølgende operation
tillægskode - kodeart: (+)	SKS-kode, der supplerer primærkodens betydning. Se afs. om ”Tillægskodning”.

Primærkode: diagnose- eller procedurekode.

I eksemplerne er kodeart (procedureart) vist i parenteser.

10.3 Operationsregistrering

For indlagte og ambulante patienter skal udførte operationer registreres og indberettes til LPR. Der er ikke indberetningskrav for operationer udført på skadestuepatienter. Indberettede operationer indgår i DRG-afregningen af indlagte patienter og i den ambulante besøgsafregning (DAGS proceduregrupper). Operationer kodes efter ”Klassifikation af operationer” kapitel A-Y (inkl.), der er den danske oversættelse af den nordiske operationsklassifikation NCSP (NOMESKO). Klassifikationen er opdelt i kapitler efter anatomiske kriterier.

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

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

Sygehusenes patientadministrative systemer bliver kvartalsvis opdateret med de aktuelle versioner. Disse kan ses og hentes fra SKS-browseren:

<http://medinfo.dk/sks/brows.php>

10.3.1 Anvendelse af operationsart

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

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

Procedurer, der udføres samtidigt bilateralt, registreres generelt som 2 procedurer i samme indgreb fx ved samtidig dobbeltsidig indsættelse af hoftepoteser.

Der findes dog en række koder med indbygget "bilateralitet" fx KKFD46 'Bilateral vasktomi el. ligatur af vas deferens'.

10.3.2 Reoperationer

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

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

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

10.3.3 Sekundære operationer

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

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

10.4 Genoptræning

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

- Regionale sygehuse
- Kommunale institutioner
- Private institutioner

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

10.4.1 Definitioner/beskrivelser

Genoptræning søges ofte afgrænset i forhold til behandling. Dette er på kodeniveau ikke muligt i alle tilfælde, idet der er en række (fysio-/ergoterapeutiske) ydelser, der i den konkrete situation kan være behandling, genoptræning, *både-og* og evt. også forebyggende (vedligeholdelse). Dette er baggrunden for, at de ambulante genoptræningsperioder skal ”indrammes” med start- og slutkoder, som beskrevet i det følgende (10.4.2).

10.4.1.1 Genoptræning

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

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

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

En nedskrevet **genoptræningsplan** er en forudsætning for genoptræning.

Genoptræning afgrænses overfor egentræning (se 10.4.1.4). Den ambulante genoptræning opdeles i almindelig ambulant genoptræning og specialiseret ambulant genoptræning.

Genoptræning afgrænses definatorisk fra vedligeholdelsestræning.

10.4.1.2 Almindelig ambulat genoptræning

”Almindelig genoptræning” anvendes som betegnelse for den ambulante genoptræning på sygehus, der ikke er specialiseret ambulat genoptræning.

10.4.1.3 Specialiseret ambulat genoptræning

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

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

Specialiseret ambulat genoptræning udføres altid på sygehus.

10.4.1.4 Egentræning

Egentræning medregnes ikke til kategorierne almindelig genoptræning eller specialiseret genoptræning.

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

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

10.4.2 Krav til registrering af genoptræning på sygehus - oversigt

Genoptræning kan ske på eksisterende ambulat eller stationær kontakt efter behandling eller sideløbende med behandling eller kontrol - eller på en selvstændig patientkontakt.

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

- udarbejdelse af **genoptræningsplan** for henholdsvis specialiseret ambulat genoptræning, almindelig ambulat genoptræning *samt for egentræning*. Genoptræningsplanen udarbejdes under sygehuskontakt og registreres på denne kontakt

- **administrative markører** for start og slut af specialiseret ambulantly genoptræning henholdsvis start og slut af almindelig ambulantly genoptræning. Kravet gælder kun for ambulante kontakter
- specialiseret og almindelig genoptræning - fysio- og ergoterapeutiske **procedurekoder**. Kravet gælder alle patienttyper
Alle fysio- og ergoterapeutiske ydelser skal obligatorisk registreres, uanset om formålet er behandling, genoptræning eller vedligeholdelsestræning – se afs. 10.5

Vedr. diagnoseregistrering ved genoptræning – se afs. 10.4.7

10.4.3 Genoptræningsplaner

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

SKS-kode	Kode for genoptræningsplaner
ZZ0175X	Udarbejdelse af genoptræningsplan, almindelig genoptræning
ZZ0175Y	Udarbejdelse af genoptræningsplan, specialiseret genoptræning
ZZ0175Z	Udarbejdelse af genoptræningsplan, egentræning

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

10.4.4 Afgrænsning af perioder med specialiseret og almindelig genoptræning

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

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

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

Der anvendes følgende administrative procedurekoder:

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

10.4.4.1 Principper for registrering

Koderne registreres som procedurekoder.

Start-kode registreres på dato for første genoptræningsdag i en sammenhængende genoptræningsperiode. Slut-kode registreres på dato for sidste dag i perioden.

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

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

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

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

10.4.5 Specialiseret ambulat genoptræning

Vedr. administrativ markering af periode med specialiseret ambulat genoptræning - se 10.4.4

Specialiseret ambulat genoptræning forudsætter en genoptræningsplan for specialiseret genoptræning (10.4.3).

Det faglige indhold af den specialiserede ambulante genoptræning dokumenteres ved de faglige procedurekoder, der indgår i genoptræningen. Kravet til koder (definitioner og minimums specificeringsniveau) fremgår af kodekatalogerne for fysioterapi hhv. ergoterapi – se under www.fysio.dk hhv. www.etf.dk

10.4.6 Almindelig ambulat genoptræning

Vedr. administrativ markering af periode med almindelig ambulat genoptræning - se 10.4.4

Almindelig ambulat genoptræning forudsætter en genoptræningsplan for almindelig genoptræning (10.4.3).

Det faglige indhold af den almindelige ambulante genoptræning dokumenteres ved de faglige procedurekoder, der indgår i genoptræningen. Kravet til koder (definitioner og minimums specificeringsniveau) fremgår af kodekatalogerne for fysioterapi hhv. ergoterapi – se under www.fysio.dk hhv. www.etf.dk

10.4.7 Diagnoseregistrering ved genoptræning

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

Det er omtalt ovenfor, at ambulante genoptræningsperiode(r) skal markeres ved administrativ start- og slut-kode (afs. 10.4.4).

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

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

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

10.5 Indberetning af fysio- og ergoterapeutiske ydelser

Vedr. kravene til registrering af genoptræningsperioder – se afs. 10.4

Det er obligatorisk at indberette alle fysio- og ergoterapeutiske ydelser til LPR.

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

Kodekatalogerne er tilgængelige via foreningernes hjemmesider: www.fysio.dk hhv. www.etf.dk

Fysio- og ergoterapeutiske ydelser indberettes som assistancer, når de er givet til en patient med en eksisterende kontakt på sygehuset. Kun når fysio- og ergoterapien er eneste kontakt, patienten har til sygehuset, oprettes egne ambulante kontakter.

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

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

10.6 Neonatal hørescreening

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

Retningslinjerne for denne screening er nærmere beskrevet i ”Sundhedsstyrelsens retningslinier for neonatal hørescreening” – se www.sst.dk/patientregistrering.

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

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

10.6.1 Diagnoseregistrering

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

SKS-kode	Diagnose	Bemærkning
DZ135C	Screening for neonatal høretab	anvendes på alle første screeningsbesøg, hvor resultatet af screeningen er ”bestået”.
DZ037A	Obs. for mistanke om neonatal høretab	anvendes på alle besøg/kontakter, hvor resultatet ikke afkræfter høretab - uanset om der viderehenvises til udredning eller ej.

SKS-kode	Diagnose	Bemærkning
DH919 (DH90*)	Høretab uden specifikation	anvendes i de tilfælde, hvor screening eller anden undersøgelse viser høretab, uden at dette kan specificeres yderligere på dette tidspunkt.

10.6.2 Procedureregistrering

Hørescreeningen skal registreres med følgende udvalgte procedurekoder:

SKS-kode	Procedure
ZZ1450A	Automatiseret hjernestammeaudiometri (A-ABR)
ZZ1450D	Diagnostisk hjernestammeaudiometri (D-ABR)
ZZ1450D1	Diagnostisk hjernestammeaudiometri (D-ABR) med tærskelfastlæggelse
ZZ7100A	Automatiseret Auditory Steady State Responsaudiometri (A-ASSR)
ZZ7100D	Diagnostisk Auditory Steady State Responsaudiometri (D-ASSR)
ZZ7306	Transient Evoked OtoAcoustic Emissions (TEOAE)
ZZ7306A	Automatiseret Transient Evoked OtoAcoustic Emissions (A-TEOAE)
ZZ7306D	Diagnostisk Transient Evoked OtoAcoustic Emissions (D-TEOAE)
ZZ7307	Distortion Product OtoAcoustic Emissions (DPOAE)
ZZ7307A	Automatiseret Distortion Product OtoAcoustic Emissions (A-DPOAE)
ZZ7307D	Diagnostisk Distortion Product OtoAcoustic Emissions (D-DPOAE)

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

10.6.3 Resultater

Resultatet af undersøgelsen registreres som **tillægskode** til procedurekoden.

Der er følgende 3 muligheder:

SKS-kode	Resultat af unds.	Bemærkning
ZPR01A	bestået	anvendes som resultat ved alle undersøgelser, hvor resultatet er ”bestået”.
ZPR00A	henvises	anvendes som resultat ved alle undersøgelser, hvor resultatet ikke er ”bestået”, og hvor der henvises videre til ny kontakt/-besøg.
ZPR00B	ikke bestået	anvendes som resultat i de tilfælde, hvor resultatet ikke er ”bestået”, og hvor der ikke henvises videre til ny kontakt/besøg.

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

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

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

Eksempel

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

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

10.7 Hjemmebesøg

Begreb	Definition
hjemmebesøg	en klinisk persons besøg i patientens hjem <i>Hjemmebesøg kan foregå under indlæggelse og ambulat</i>

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

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

Udførte kliniske ydelser i forbindelse med hjemmebesøget kan indberettes med separate ydelseskoder. Der er særlige krav til procedureregistreringen i psykiatrien (afs. 7.6.3).

10.8 Udebesøg

Begreb	Definition
udebesøg	møde mellem en patient og sundhedsfagligt uddannet personale på fx dagcentre, væresteder, kriminalforsorgen, rådgivningscentre m.m. <i>Besøget sker som led i ambulant udredning, undersøgelse, behandling eller kontrol.</i> <i>Indberetningen inkluderer ikke ambulant besøg, hjemmebesøg, institutionsbesøg eller virksomhedsbesøg. Der må ikke indberettes besøgsdato for udebesøg</i>

Udebesøg registreres med koden AAF7 'udebesøg' .

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

10.9 Registrering af andre procedurer

Der er udover ovenstående beskrevne krav (10.3-7) indberetningskrav for visse "ikke-kirurgiske" procedurer, dvs. behandlinger og undersøgelser.

Det drejer sig om:

- 10.9.1 behandlinger ved cancersygdomme
- 10.9.2 radiologiske ydelser
- 10.9.3 andre ydelser (oversigt)

10.9.1 Behandlinger ved cancersygdomme

Følgende ydelser er obligatoriske:

SKS-kode	Obligatoriske ydelser
BWHA	cytostatisk behandling
BWG	strålebehandling
BOQE	behandling med stamcellekoncentrat
BOQF	knoglemarvstransplantation
BOHJ	behandling med antistoffer og immunmodulerende behand-

SKS-kode	Obligatoriske ydelser
	ling
BWHB	behandling med biologisk modificerende stoffer
BWHC	hormonel/antihormonel behandling ved cancersygdom
BHW1	dendritcellevaccination

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

Kravene gælder indlagte og ambulante patienter og omfatter behandling og efterbehandling af neoplasi, herunder recidiv-forebyggende behandling. Disse krav dækker de statistiske anvendelser. Dette er kun en delmængde af de ydelser, der kan have en afregningsmæssig betydning – se afs. 10.1.1.

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

10.9.2 Radiologiske ydelser

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

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

Udførte billeddiagnostiske undersøgelser registreres efter ”Klassifikation af radiologiske procedurer” (UX-koder). Registreringen følger de generelle principper for procedureregistrering.

Der er krav om obligatorisk tillægskodning (sideangivelse og anvendelse af kontrast), for en del af de radiologiske procedurer. Listen kan ses på: http://www.sst.dk/Informatik_og_sundhedsdata/Patientregistrering/Spec_og_fagomraader/Radiologi.aspx

10.9.2.1 Assistancer

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

10.9.2.2 Selvstændig ambulant kontakt

Nogle røntgenafdelinger har mange ”egne patienter”, der henvises fra og returnerer til primærsektoren. Disse patienter skal indberettes som ambulante

patienter på røntgenafsnit med komplet besøgs-, diagnose- og procedureregistrering.

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

10.9.3 Andre ydelser

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

SKS-kode	Obligatoriske ydelser
NABE	intensiv observation
BAXY1	intensiv neurorehabilitering på højt specialiseret central enhed
BAXY2	intensiv neurorehabilitering på decentral enhed
BFCA0	implantation af transvenøs kardial pacemaker
BFCB0	implantation af cardioverter-defibrillator
BFFA	eksternt anvendt procedure v. behandling af kardiale rytme-forstyrrelser
BFFB	radiofrekvensablation
BGDA0	respiratorbehandling
BGDA1	non-invasiv ventilation (NIV)
BGHF1	behandling med surfactant
BJFD	dialysebehandling
BKHD4 [#]	abortus provocatus medicamentalis
BOHA1	fibrinolytisk behandling
BOQP	aferesebehandling
BRSP?	systematisk psykoterapi
BRTB1	tvangsbehandling med elektrokonvulsiv terapi ECT
BRXA1	behandling med elektroshock ECT
BRXY8	integreret tværfaglig smertebehandling (ITS)
BUAL1	total parenteral ernæring
BVAA33A	telefonkonsultation

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

[#]) vedr. procedureregistrering ved medicinsk abort – se afs. 12.4

?) skal kodes specifikt – se afs. 7.7, hvor de udvidede krav til ambulans psykiatrisk ydelsesregistrering er beskrevet

Ovenstående liste dækker kun de statistiske anvendelser.

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

<http://visualdkdrg.sst.dk>

Kravene gælder indlagte og ambulante patienter.

Der kan være yderligere krav til registreringen, herunder lokale krav samt i forbindelse med indberetning til kvalitetsdatabaser via LPR. Endelig har enkelte specialer udgivet kodevejledninger og kodelister, der afgrænser de ydelser, som specialet anbefaler, at alle registrerer.

10.9.3.1 Hjemmedialyse

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

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

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

10.10 Ambulante ydelser

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

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

10.10.1 Registrering af kliniske ydelser

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

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

10.10.2 Ydelser af administrativ karakter

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

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

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

Indenfor specialerne psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri anvendes AAF22 ’Ambulant besøg’ og AAF6 ’Hjemmebesøg’ med tilhørende tidsregistrering (afs. 7.6.2 og 7.6.3).

10.11 Telemedicinske ydelser

Telemedicin er af Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin kort defineret som ”digitalt understøttede sundhedsfaglige ydelser over afstand”. Ved hjælp af informations- og kommunikationsteknologi kan telemedicin fremme diagnosticering, behandling, forebyggelse, forskning og uddannelse i sundhedsvæsenet.

Telemedicinske ydelser skal, hvis de registreres, primært indberettes som assistance på patientkontakten på stamafsnittet med producent lig med assistanceafsnittet. Hvis dette af tekniske grunde ikke kan lade sig gøre, er alternativet, at der på assistanceafdelingen oprettes en ambulant kontakt, og den telemedicinske ydelse registreres som ydelse **uden besøg**.

Ydelsen kan suppleres med tillægskode for telemedicinsk ydelse:

Eksempler

UWW31	Vurdering/evaluering af fremmed billedmateriale
(+)ZPW00900	telemedicinsk ydelse

ZZ9201	Psykoterapi
(+)ZPW00900	telemedicinsk ydelse

10.12 ICF funktionsvurdering

ICF-klassifikationen (ICF) er den danske udgave af ”International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevne-nedsættelse og Helbredstilstand” fra Verdenssundhedsorganisationen (WHO). ICF er en international standard for beskrivelse af patientens funktionsevne/funktionsevne-nedsættelse, herunder med mulighed for graduering.

ICF kan anvendes i beskrivelse, planlægning og behandling af funktionsskadede og funktionshæmmede patienter. ICF-vurderingen kan foretages flere gange i et behandlingsforløb og derved beskrive ”før-under-efter”-effekt og hermed kvalitet af behandlingen.

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

Valideringskrav (ved indberetning) er:

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

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

Eksempel

FB1440	Korttidshukommelse
(+)FZBG13	omfattende funktionsnedsættelse

Der henvises til ICF-bogen (Munksgaard) samt brugervejledningen, der er udarbejdet af MarselisborgCentret (2005), som findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside under udgivelser på Sundhedsstyrelsens hjemmeside:

www.sst.dk

10.13 Tillægskodning

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

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

Eksempler

Procedure udført i generel anæstesi

BMBZ51E	Anlæggelse af centralt venekateter i v. subclavia
(+)NAAC10	Generel i.v. anæstesi uden N ₂ O

Sideangivelse kan registreres med tillægskoderne

(+)TUL1	højresidig eller
(+)TUL2	venstresidig

Bilateral må ikke anvendes som tillægskode på procedurer

Procedure udført akut

KEMB10	Tonsillektomi
(+)ATA1	akut

Personalekategori for udførende personale

BJAZ14	Skiftning af suprapubisk kateter
(+)APBA14	sygeplejerske

Ydelsessted

ZZ4397	Allergologisk miljøundersøgelse	(+)ZSHA0	arbejds-
plads			

Anvendt tolkebistand

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

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

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

10.13.1 Mulig tillægskodning i forbindelse med kirurgisk indgreb

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

Tillægskoder til procedurekoder

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

SKS-kode	Beskrivelse
ZPL1B	peroperativ tromboseprofylakse ikke givet
ZPL1C	præoperativ tromboseprofylakse givet
ZPL1D	præoperativ tromboseprofylakse ikke givet

10.14 Aflyste operationer

Aflyste operationer skal indberettes til Sundhedsstyrelsen. Dette foregår via <http://www.sst.dk/lpr>. Indberetningerne skal foregå halvårligt og på aggregeret niveau.

11 Komplikationer til undersøgelse og behandling

- 11.1 Komplikationer
- 11.2 Klassificeringsprincipper (WHO)
- 11.3 Særlige krav til registrering og indberetning ved infektioner som komplikation til undersøgelse og behandling

11.1 Komplikationer

Vedr. diagnoseregistrering ved lægemiddelbivirkninger – se afs. 9.6.5

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

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

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

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

11.2 Klassificeringsprincipper (WHO)

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

Det er vigtigt at være opmærksom på, at fx en urinvejsinfektion efter katerisering og en lungebetændelse efter kirurgisk indgreb klassificeres efter kodeafsnittet DT814*, når der er en **klinisk begrundet årsagssammenhæng** eller formodning om årsagssammenhæng mellem procedure og infektion. Hvis dette *ikke* er tilfældet, klassificeres infektionen som sygdom (i andre kapitler fx akut cystitis DN300) og ikke som komplikation til procedure.

Obstetriske sårinfektioner og urinvejsinfektioner efter fødsel eller obstetrisk indgreb klassificeres efter DO86* – puerperal sepsis dog efter DO85*. Infektioner opstået i forbindelse med og efter abort klassificeres under DO0*.

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

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

Dette kodeafsnit omfatter følgende koder:

Tabel 11.1 Infektioner forårsaget af udført procedure (postinterventionelle infektioner)

SKS-kode	Komplikation
DT814A	Abscessus in cicatrice
DT814B	Abscessus intraabdominalis postoperativus
DT814C	Abscessus subphrenicus postoperativus
DT814D	Sepsis postoperativa
DT814E	Granuloma vulneris postoperativum
DT814F	Infectio vulneris postoperativa
DT814G1	Postoperativ overfladisk sårinfektion
DT814H1	Postoperativ dyb sårinfektion
DT814I1	Postoperativ intraabdominal infektion
DT814J1	Postoperativ retroperitoneal infektion
DT814P	Postoperativ pneumoni
DT814U	Urinvejsinfektion forårsaget af udført procedure
DT814X	Anden infektion forårsaget af udført procedure

Note 1: se definitioner i afs. 11.3.1

11.3.1 Udvalgte definitioner

DT814G Postoperativ overfladisk sårinfektion

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

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

DT814H Postoperativ dyb sårinfektion

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

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

DT814I Postoperativ intraabdominal infektion

Infektionen involverer organer og/eller cavum peritonei og opstår indenfor 30 dage efter indgrebet.

Mindst et af følgende punkter er opfyldt:

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

DT814J Postoperativ retroperitoneal infektion

Infektionen involverer det retroperitoneale rum og opstår indenfor 30 dage efter indgrebet. Mindst et af følgende punkter er opfyldt:

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

11.3.2 Registrering

For at kunne identificere infektionens årsagsgivende procedure samt udførende sygehus og afdeling (eller anden producent) skal der foretages en tillægskodning, der er obligatorisk for DT814* 'Infektioner forårsaget af udført procedure ikke klassificeret andetsteds'. Koderne er vist i tabel 11.1. Kravet gælder kun disse koder.

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

Komplikationen vil forekomme enten på kontakten, hvor proceduren er udført, eller på en efterfølgende kontakt, som ofte netop oprettes pga. komplikationen (afs. 11.3.2.1). Opståede komplikationer skal altid registreres på den/de kontakt(er), hvor komplikationen erkendes og/eller behandles.

Registrering sker som aktionsdiagnose, bidiagnose eller komplikation (kodeart 'C' - se afs. 9.3.6.1).

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

Multiple komplikationer registreres selvstændigt efter de beskrevne principper.

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

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

Eksempel

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

11.3.2.1 Komplikation som årsag til patientkontakt

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

Vedr. bivirkninger ved normal, terapeutisk dosering – se afs. 9.6.5.1.

12 Svangerskab, fødsler, aborter og misdannelser

- 12.1 Begreber og definitioner
- 12.2 Svangerskab
- 12.3 Indberetning af fødselsoplysninger
- 12.4 Aborter
- 12.5 Særlige situationer
- 12.6 Misdannelser
- 12.7 Angivelse af svangerskabslængde

12.1 Begreber og definitioner

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

Der er særlige krav til indberetning af fødselsoplysninger til Fødselsregisteret på kontakter med fødsel. Det er et krav, at fødsel altid registreres som en indlæggelseskontakt. Hvis kvinden er indlagt til aflastning eller af anden klinisk begrundelse før fødsel, kan kontakten fortsætte med fødslen. I dette tilfælde skal registreringen foretages, som angivet for fødselskontakter – se afs. 12.3.

Vedr. krav til indberetning i forbindelse med spontan eller provokeret abort før fulde 22 svangerskabsuger – se afs. 12.4

Vedr. abortprocedure, der resulterer i barn med livstegn – se afs. 12.5.1

Vedr. abortprocedure udført efter fulde 22 svangerskabsuger – se afs. 12.5.2

Vedr. tidlig spontan fødsel – se afs. 12.5.3

Begreb	Definition / beskrivelse
fødsel	(mor) se også fødselstidspunkt. <i>Fødslen som perioden fra aktiv fødsel til barnet er helt ude (fødselstidspunkt) indgår ikke i registreringens definitioner. En graviditet kan omfatte flere fødsler, idet graviditeten kan fortsætte efter fx elektivt kejsersnit af et foster</i>
fødselstidspunkt	tidspunkt, hvor barnet er helt ude af moderen <i>Fødselstidspunktet bestemmer fødested, dvs. typen af</i>

Begreb	Definition / beskrivelse
	<i>fødsel (sygehus/hjemme/"på vej") ud fra en registreringsmæssig betragtning - se flg. definitioner</i>
sygehusfødsel	fødsel, hvor barnet fødes på sygehus
"fødsel på vej"	fødsel, hvor barnet fødes udenfor hjem og sygehus Registreres på sygehuset som "fødsel på vej"
hjemmefødsel	fødsel, hvor barnet fødes i hjemmet <i>Hjemmefødsler indberettes på særlig papirblanket. Fødsel, der er startet i hjemmet, men hvor barnet ikke er født i hjemmet, betragtes ikke som hjemmefødsel</i>
paritet	antallet af gennemførte graviditeter inkl. dødfødsler <i>Ved flere fødsler indenfor samme graviditet er pariteten for alle fødsler den samme - pariteten ved afslutning af den aktuelle graviditet</i>
flernummer	angivelse af barnets nummer indenfor aktuel graviditet
placentavægt	ved flerfoldfødsel registreres hver placenta for sig. Ved sammenhængende placenta registreres den totale vægt på hvert barn
levendefødt barn	barn, der efter fødsel/fremhjælpning viser livstegn <i>Dette gælder uanset svangerskabslængde og uanset, om baggrunden er et indgreb efter abortloven</i>
dødfødsel (fødsel af dødt barn)	fødsel af barn uden livstegn efter 22 svangerskabsuger ($\geq 22+0$) <i>Dette gælder uanset, om baggrunden er et indgreb efter abortloven. Dødfødsler indberettes til LPR via moderens fødselsoplysninger og desuden via særlig papirblanket. Der skal i disse tilfælde ikke indberettes en kontakt på barnet, men der skal foretages ligsyn og udstedes dødsattest</i>
abort	abort af et foster <u>uden livstegn</u> før fulde 22 svangerskabsuger ($\leq 21+6$) <i>Omfatter spontan og provokeret abort <22 uger</i>

Vedr. øvrige definitioner på abort – se afs. 12.4

12.1.1 "Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv." – og konsekvenser heraf

Sundhedsstyrelsen udsendte i 2005 "Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv.". Heri defineres, hvad der forstås ved livstegn, og det indskræpes, at alle børn, der viser livstegn, skal betragtes som levendefødt barn, uanset svangerskabslængde og uanset, om baggrunden er et abortindgreb.

Dette betyder, at der altid ved livstegn skal diagnosekodes med fødselsdiagnose, og at der skal foretages fødselsanmeldelse via LPR.

Dette betyder så også – som noget nyt – at der er mulighed for at kombinere fødselsdiagnose (ved livstegn) og operations- eller behandlingskode(r) for abortprocedure i de tilfælde, hvor der trods abortprocedure fremkommer et barn med livstegn - se yderligere beskrivelse af kravene til registrering i sådanne særlige situationer i afs. 12.5.1.

12.2 Svangerskab

Svangreperioden vil normalt være dækket af en sammenhængende ambulant kontakt, der afsluttes ved indlæggelse til fødsel.

12.2.1 Svangrekontroller

Kontrolbesøg under svangerskabet registreres som ambulante besøg. De omfatter såvel jordemoderbesøg som lægekontroller.

Aktionsdiagnosen på svangrekontakten er ved:

- ukompliceret svangreforløb DZ34*
- højrisikograviditet DZ35*
- graviditetskomplikation(er) DO10*-48*

12.2.2 Ultralydsskanning og misdannelser

Ultralydsundersøgelser i svangreperioden registreres med relevante procedurerekode(r) (UXUD86*-UXUD88*). Abnorme fund ved ultralydsskanning angives med tillægskode(r) - DO* for abnormt fund hos moderen og DQ* for misdannelse hos fosteret.

Se <http://www.dsog.dk> for yderligere information.

12.3 Indberetning af fødselsoplysninger

Alle fødsler skal registreres med de obligatoriske obstetriske fødselsoplysninger, der er vist i skemaerne i afsnittene (12.3.7.1) "Moderens kontakt" og

(12.3.7.2) ”Barnets kontakt”, dog skal der ikke oprettes kontakter for dødfødte børn. Vedr. dødfødsler - se afs. 12.3.1.1.

I de særlige situationer, hvor en abortprocedure har resulteret i fødsel af levendefødt barn (alle børn med livstegn uanset gestationsalder), gælder de generelle krav, der er beskrevet i dette afsnit.

12.3.1 Fødselsanmeldelser

Siden 1997 er Fødselsregisteret blevet dannet på baggrund af de elektronisk indberettede data til LPR. Hjemmefødsler indberettes fortsat på papirblanket.

12.3.1.1 Dødfødsel

Dødfødsler indberettes udover LPR-indberetningen på særlig papirblanket ’Anmeldelse af dødfødsel’ til Sundhedsstyrelsen.

Efter 22 svangerskabsuger er alle børn uden livstegn ”fødsel af dødt barn”, dvs. skal indberettes (moderens record) som dødfødsel

Dette gælder uanset en evt. udført abortprocedure.

Der skal desuden foretages ligsyn og udstedes dødsattest.

Betegnelsen ”spontan abort” anvendes kun i de tilfælde, hvor der klinisk er påvist fosterdød før udgangen af 22. uge ($\leq 21+6$). Dette gælder også de tilfælde, hvor fosteret først er ude efter 22 uger.

12.3.2 Fødsler, der indberettes fra sygehus

Fødsler, der indberettes fra sygehuset, omfatter foruden egentlige sygehusfødsler også fødselsforløb, der starter i hjemmet eller på vej til sygehuset, men afsluttes på sygehuset. Via barnets aktionsdiagnose er det muligt at se, hvor barnet er født.

Hjemmefødsler (afs. 12.3.4) skal ikke indberettes fra sygehuset, uanset om moderen indlægges efterfølgende (barselsperiode).

En sygehusfødsel registreres altid med moderen som indlagt patient

Dette gælder også for ”ambulante fødsler” og fødsler på skadestue, der skal registreres som en indlæggelse med angivelse af indlæggelses- og udskrivningstime. Ved fødsler, der fysisk foregår på et ambulatorium eller en skadestue, er det nødvendigt administrativt at indlægge patienten for at kunne registrere fødslen.

Fødsler er per definition akutte – med mindre der er tale om planlagt kejsersnit eller planlagt igangsættelse.

Barnets aktionsdiagnose på fødselskontakt DZ38*

SKS-kode	Barnets aktionsdiagnose på fødselskontakt
DZ380	Eet levendefødt barn, født på sygehus
DZ381	Eet levendefødt barn, født uden for sygehus
DZ381A	Eet levendefødt barn, født på vej
DZ382	Eet levendefødt barn, ikke specificeret mht. fødested
DZ383	Tvilling, født på sygehus
DZ384	Tvilling, født uden for sygehus
DZ384A	Tvilling, født på vej
DZ385	Tvilling, ikke specificeret mht. til fødested
DZ386	Levendefødt ved anden flerfødsel, født på sygehus
DZ387	Levendefødt ved anden flerfødsel, født uden for sygehus
DZ387A	Levendefødt ved anden flerfødsel, født på vej
DZ388	Levendefødt ved anden flerfødsel, ikke specificeret mht. fødested

12.3.3 Fødsel på vej til sygehus

Sker fødslen af barnet på vej til sygehuset, fx i privatbil eller taxi, skal sygehuset foretage fødselsindberetningen med de obstetriske fødselsoplysninger. Aktionsdiagnosen for barnet er DZ381A (DZ384A ved tvillingefødsel, DZ387A ved anden flerfødsel).

Barnets fødselstidspunkt er før sygehuskontaktens start. For at barnets fødselstidspunkt bliver korrekt i Fødselsregisteret, skal sygehuset derfor tilbagedatere kontaktstart til det angivne fødselstidspunkt.

12.3.4 Hjemmefødsel

En hjemmefødsel, dvs. hvor barnet er kommet ud i hjemmet, indberettes af jordemoderen på en særlig papirblanket, der indeholder de obligatoriske obstetriske fødselsoplysninger vedrørende mor og barn.

Hvis barnet ved en fødsel, der er startet i hjemmet, ikke kommer ud i hjemmet, er det ikke en hjemmefødsel, og det er sygehuset, der skal foretage registrering og indberetning af fødslen – som født på sygehus eller født ”på vej”. De fødselsoplysninger, der evt. er registreret i hjemmet, skal medbringes ved indlæggelsen og medtages i indberetningen. Der skal ikke indsendes papirblanket i disse tilfælde.

Barnets fødselstidspunkt udledes i Fødselsregisteret af starttidspunktet for barnets fødselskontakt til sygehuset. Er barnet født før ankomst til sygehuset,

skal sygehuset derfor tilbagedatere kontaktstart til det angivne fødselstidspunkt.

En hjemmefødsel, som efterfølgende fører til en akut indlæggelse, skal ikke registreres som en sygehusfødsel. Som aktionsdiagnose anvendes ofte en diagnose fra intervallet DO85-DO92 'Komplikationer i barselsperioden'.

Diagnose DZ37* 'Resultat af fødsel' må i disse tilfælde ikke bruges som bidiagnose.

Hvis der udelukkende er tale om pleje og evt. undersøgelse i forbindelse med normal barselsseng anvendes DZ39* 'Barselpleje'. Barnet registreres som rask ledsager (indberettes ikke), hvis det ikke har nogen sygdomsproblemer.

I de tilfælde, hvor fødslen sker uden, at der er jordemoder- eller lægeassistance, skal fødselsanmeldelsen foretages af den jordemoder, der efterfølgende får kontakt til mor og barn. Sker det i hjemmet foretages blanketanmeldelse – på sygehuset elektronisk fødselsanmeldelse.

12.3.5 Fødselsforløb over to sygehuskontakter

I nogle tilfælde starter en fødsel på ét fødested men afsluttes på et andet (fx et specialafsnit). De obligatoriske obstetriske fødselsoplysninger for både mor og barn skal indberettes af det fødested, hvor barnet fødes. Hvis overflytning sker før barnets fødselstidspunkt, anvendes i den første kontakt som aktionsdiagnose en kode fra intervallet DO60*-DO75* 'Fødselskomplikationer'. Fødselsdiagnoserne DO80*-DO84* må ikke forekomme på den første kontakt.

Overflyttes moderen derimod til specialafdeling efter barnets fødsel, skal aktionsdiagnosen på den første kontakt være en fødselsdiagnose fra intervallet DO80*-DO84*, og komplikationen, der har ført til overflytningen, registreres som bidiagnose (DO60*-75*). Den nye kontakt (specialafdelingen) skal registrere komplikationen som aktionsdiagnose på moderen. Et rask barn registreres som rask ledsager (indberettes ikke).

12.3.6 Flerfoldsfødsel på flere sygehuskontakter

I de tilfælde ved flerfoldsfødsler, hvor et barn (evt. flere) fødes på første kontakt, og et barn (evt. flere) fødes på en anden kontakt, skal de obstetriske fødselsoplysninger indberettes fra begge kontakter. Det vil sige, at oplysningerne vedrørende moderen indberettes 2 gange.

Pariteten er på begge kontakter lig med værdien for pariteten ved afslutning af den aktuelle graviditet, fx '1' ved begge fødsler i første graviditet.

12.3.7 Obligatoriske fødselsoplysninger

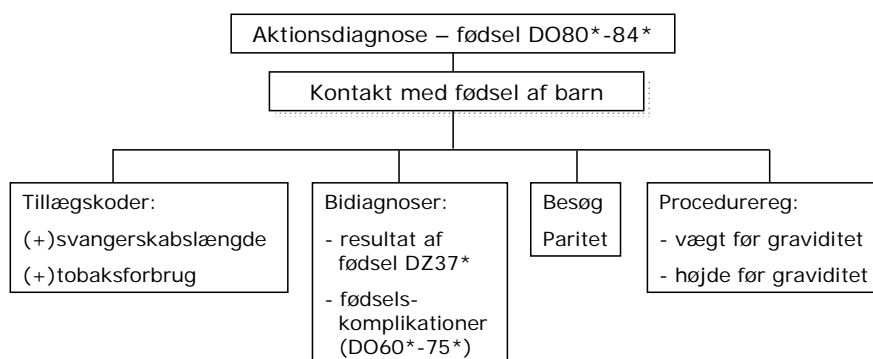
De obligatoriske obstetriske oplysninger indberettes for moderens vedkommende – jf. ovenstående eksempler – på den indlæggelseskontakt, hvor barnet er født. Dette omfatter alle levendefødte børn (alle børn med livstegn uanset gestationsalder) samt dødfødte børn efter 22. svangerskabsuge.

Der skal desuden for alle levendefødte børn indberettes en indlæggelseskontakt for barnet.

12.3.7.1 Moderens kontakt

Kravene til diagnoseregistreringen og de øvrige fødselsoplysninger på moderens indlæggelseskontakt (fødselskontakt) er vist grafisk i fig. 12.1 og skematisk i efterfølgende tabel 12.1.

Fig. 12.1 Moderens fødselskontakt



Tabel 12.1 Registreringer vedrørende moderen

Aktionsdiagnose	DO80*-DO84*
(+)tillægskoder til aktionsdiagnosen svangerskabslængde ved barnets fødsel (+)DUnnDu (hele uger og dage) tobaksforbrug under graviditeten (+)DUT* <i>Bemærk at der er 3 værdier for ikke rygning, heraf 2 for ophørt rygning under graviditet</i> <i>Vedr. tillægskodning vedr. misdannelser – se afs. 12.6</i>	
Bidiagnoser Resultat af fødsel Eventuelle komplikationer til fødslen	DZ37* DO60*-DO75*
<i>Hvis der forekommer bidiagnoser ud over DA34*, DB20*-DB24*, DF53*, DO*, DS*, DT* eller DZ*, skal der samtidig være en bidiagnose i intervallet DO98*-DO99*</i>	
Specielle datafelter antal besøg hos jordemoder antal besøg hos egen læge antal besøg hos sgh-afsnit/speciallæge paritet <i>antallet af gennemførte svangerskaber, inkl. dødfødsler</i>	00-25 eller U (uoplyst) 0-9 eller U (uoplyst) 0-9 eller U (uoplyst) 01-20 eller U (uoplyst)
I procedureregistreringen vægt før graviditet (kg) højde (cm)	ZZ0240 (Måling af patientvægt) (+)VPH* (talværdi) (+)DU0000 (før graviditet) ZZ0241 (Måling af patienthøjde) (+)VPH* (talværdi) (+)DU0000 (før graviditet)
<i>Det er ikke obligatorisk at indberette producent og proceduretidspunkt for højde og vægt før graviditet. Talværdierne vil altid være at finde i kvindens vandrejournal</i> Er vandrejournalen ikke tilgængelig registreres i stedet for talværdien: VV00005 'uoplyst'	

12.3.7.2 Barnets kontakt

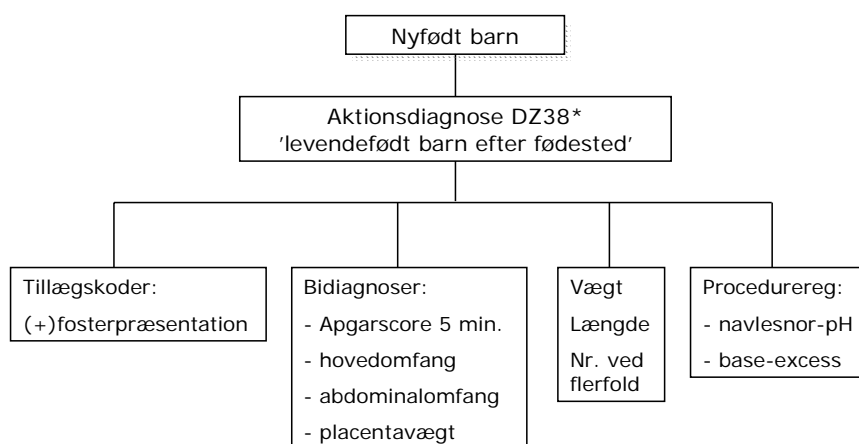
Kravene til diagnoseregistreringen og de øvrige fødselsoplysninger på barnets kontakt ("fødselskontakt") er vist grafisk i fig. 12.2 og skematisk i efterfølgende tabel 12.2.

Der skal altid oprettes en indlæggelseskontakt for børn, der viser livstegn uanset gestationsalder

Der skal ikke ske en indberetning vedr. barnet til LPR ved dødfødsel. I dette tilfælde indberettes oplysninger på særlig papirblanket.

Se også definitioner afs. 12.1

Fig. 12.2 Barnets første kontakt



Tabel 12.2 Registreringer vedrørende barnet

Aktionsdiagnose	DZ38*
(+)tillægskode til aktionsdiagnosen	
fosterpræsentation	(+)DUP*
Bidiagnoser	
Apgarscore ved 5 minutter	DVA*
Hovedomfang	DUH*
Abdominalomfang	DUA*
Placentavægt	DV*
eventuelle misdannelser	DQ*
<i>Ved tvillingefødsel registreres hver placenta for sig. Ved sammenhængende placenta registreres den totale vægt på hvert barn</i>	
Specielle datafelter	
barnets fødselsvægt	0000-9999 (angives i gram)
barnets fødselslængde	00-99 (angives i cm)
barnets nummer ved flerfoldsfødsel	A-F (v. enkeltfødsel registreres A)
I procedureregistreringen	
Navlesnors-pH	ZZ4232 (+)VPK* (talværdi)
Base-excess fra navlesnor	ZZ4229 (+)VNK*/VPK* (talværdi)
<i>Målingerne skal indberettes, hvis de er udført</i>	

Klassifikationer med koder, der anvendes i forbindelse med fødsler, kan ses på selskabets hjemmeside: <http://www.dsog.dk>

12.4 Aborter

Anvendelse af betegnelsen ”abort” har med den teknologiske udvikling ændret sig. Tidligere var abort ensbetydende med svangerskabsafbrydelse. Dette er nu ikke altid tilfældet, idet graviditeten kan fortsætte efter abortering af et eller flere fostre, eller efter fødsel af et barn (flere børn).

Abort skal derfor i dag ses i forhold til det enkelte foster. Der er desuden sket en ændring af tidsgrænserne for, hvornår der tales om abort.

Begreb	Definition
abort	termer/definitioner omhandler kun anvendelsen i diagnose-registreringen abort af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger ($\leq 21+6$) <i>Omfatter spontan og provokeret abort <22 uger</i>

Begreb	Definition
spontan abort	spontan abort af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger <i>Efter 22 uger anvendes betegnelsen ”spontan fødsel af dødt barn”</i>
provokeret abort	provokeret abort af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger

Se også definitionerne på dødfødsel og levendefødt barn i afs. 12.1

Anvendelsen af termen ”abort” i diagnoseregistreringen er nu kun forbeholdt de situationer, hvor ”resultatet” er et **foster uden livstegn inden fulde 22 svangerskabsuger**.

Betegnelsen ”spontan abort” anvendes således kun inden uger 22+0. Herefter er der tale om fødsel af dødt barn.

Dette betyder, at

- hvis en abort*procedure* resulterer i et barn med livstegn, betragtes dette som en **fødsel af levendefødt barn**, hvorfor der skal registreres fødselsdiagnose og foretages fuld fødselsanmeldelse
Dette gælder uanset svangerskabslængde
- hvis en abort*procedure* foretaget efter 22 svangerskabsuger ($\geq 22+0$) resulterer i barnets død, dvs. at der ikke er livstegn, betragtes dette som **fødsel af dødt barn** og skal derfor indberettes som dødfødsel

Se yderligere beskrivelser i afs. 12.5 om ”Særlige situationer”.

12.4.1 Spontan abort

Spontane aborter før fulde 22 svangerskabsuger registreres med en aktionsdiagnose fra DO03* (se dog også DO00-DO02 for patologisk graviditet og graviditet med abnormt svangerskabsprodukt) og med obligatorisk tillægskode for svangerskabslængde.

Efter 22 uger er det altid dødfødsel. Dette inkluderer dog ikke kvittering af barn, der er klinisk påvist død intrauterint på et tidligere tidspunkt end fulde 22 uger, men hvor barnet først er ude efter 22 uger. Svangerskabslængden skal i sådanne tilfælde registreres, som tidspunktet hvor fosterdød er klinisk påvist.

Se afs. 12.6 om krav til tillægskodning vedr. misdannelser ved sene spontane aborter (efter 16 uger).

12.4.2 Provokeret abort

Vedr. de særlige situationer, hvor en abortprocedure resulterer i et barn med livstegn – se afs. 12.5.1.

Vedr. abortprocedure udført efter fulde 22 svangerskabsuger – se afs. 12.5.2.

Vedr. krav til tillægskodning vedr. misdannelser ved sen provokeret abort – se afs. 12.6.

En provokeret abort kan foregå enten ambulant eller under indlæggelse. Efter 22 uger er resultatet altid et barn, dvs. der er krav om fødselsanmeldelse, hvorfor kvinden skal være (administrativt) indlagt.

På kontakten, hvor abortindgrebet finder sted, indberettes en aktionsdiagnose i intervallet DO04*-DO06* med obligatorisk tillægskode for svangerskabslængde – se dog også afs. 12.5.1. Der skal samtidig indberettes en operationskode fra KLCH* (ved kirurgisk abort) eller en behandlingskode fra BKHD4* (ved medicinsk abort).

Hvis en udredning finder sted på en selvstændig kontakt, skal der anvendes en relevant aktionsdiagnose til at beskrive kontakten, fx DZ324 'Uønsket graviditet'.

Hvis det samlede abortforløb finder sted i samme ambulatorium med flere ambulante besøg (fx udredning, selve indgrebet og en enkelt kontrolundersøgelse), vil det normalt blive registreret på én samlet ambulant kontakt.

Abortdiagnosen er aktionsdiagnose på denne kontakt. Eventuelle komplikationer (DO08*) opstået indenfor abortkontakten registreres som bidiagnoser.

Registreringer ved provokeret abort

SKS-kode	Beskrivelse
DO04*-DO06* DO088J; DO088K #)	Aktionsdiagnose
evt. komplikationsdiagnose(r) (DO08*)	Bidiagnose(r)
(+)DUUnDu (hele uger og dage)	(+)tillægskode til aktionsdiagnosen: Svangerskabslængde <i>Vedr. tillægskodning vedr. misdannelser – se afs. 12.6</i>
KLCH*	Kirurgisk abortindgreb
BKHD4*	Medicinsk abort

#) DO088J og DO088K kan anvendes som aktionsdiagnose ved fortsat graviditet efter mislykket kirurgisk indgreb hhv. mislykket medicinsk behandling

12.5 Særlige situationer

12.5.1 Abortprocedure, der resulterer i barn med livstegn

Med baggrund i ”Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv.” vil der i sjældne tilfælde kunne opstå situationer, hvor en udført abortprocedure ikke fører til det forventede kliniske resultat, hvis barnet viser livstegn efter adskillelsen fra moderen.

I disse tilfælde skal barnet efter vejledningen betragtes som levendefødt.

Moderen skal indlægges administrativt, og der skal foretages komplet fødselsanmeldelse via LPR

Dette gælder uanset svangerskabslængde, og uanset hvor kort tid, der er livstegn. Et uafvendeligt døende barn er således også et levendefødt barn.

Der er oprettet særlige diagnosekoder til anvendelse som aktionsdiagnose på moderens fødselsindberetning i disse tilfælde – *se følgende tabel*.

Herudover skal indberetningen foretages som ved andre fødsler. Barnet skal tildeles et CPR-nummer.

SKS-kode	Fødselsdiagnoser, der anvendes ved barn med livstegn efter udført abortprocedure, samt i alle tilfælde ved abortprocedurer udført efter fulde 22 svangerskabsuger (levendefødsel/dødfødsel)
DO836	Enkeltfødsel efter abortprocedure efter 12 uger
DO836A	Enkeltfødsel eft abortproc: (u samrådstil): Fare for kvinden
DO836B	Enkeltfødsel eft abortproc: Kvindens helbred
DO836C	Enkeltfødsel eft abortproc: Graviditeten eft lovovertrædelse
DO836D	Enkeltfødsel eft abortproc: Arvelige anlæg
DO836E	Enkeltfødsel eft abortproc: Fare for barnet
DO836F	Enkeltfødsel eft abortproc: Omsorg v lidelse/begavelse
DO836G	Enkeltfødsel eft abortproc: Omsorg v ung alder/umodenhed

DO836H	Enkeltfødsel eft abortproc: Alvorlig belastning
DO836J	Enkeltfødsel eft abortproc: Særlig beskikket værge
DO836K	Enkeltfødsel eft abortproc: Ung alder (samtykke ej indhent)
DO836L	Enkeltfødsel eft abortproc: Ung alder (samtykke nægtet)
DO846	Flerfoldfødsel efter abortprocedure efter 12 uger
DO846A	Flerfødsel eft abortproc: (u samrådstil): Fare for kvinden
DO846B	Flerfødsel eft abortproc: Kvindens helbred
DO846C	Flerfødsel eft abortproc: Gravitet eft lovovertrædelse
DO846D	Flerfødsel eft abortproc: Arvelige anlæg
DO846E	Flerfødsel eft abortproc: Fare for barnet
DO846F	Flerfødsel eft abortproc: Omsorg v lidelse/begavelse
DO846G	Flerfødsel eft abortproc: Omsorg v ung alder/umodenhed
DO846H	Flerfødsel eft abortproc: Alvorlig belastning
DO846J	Flerfødsel eft abortproc: Særlig beskikket værge
DO846K	Flerfødsel eft abortproc: Ung alder (samtykke ej indhent)
DO846L	Flerfødsel eft abortproc: Ung alder (samtykke nægtet)

Hvis abortproceduren er startet på en ambulanskontakt, registreres abortproceduren på denne kontakt sammen med relevant abortaktionsdiagnose (DO05*; DO061;DO063;DO065). Der skal desuden oprettes en indlæggelseskontakt (fødselskontakt) med starttidspunkt lig med fødselstidspunktet. Aktionsdiagnosen på denne kontakt er DO836? eller DO846? (6 karakterer obligatorisk), og der skal foretages komplet fødselsanmeldelse.

Eksempel

Provokeret medicinsk abort i 20. uge uden samrådstilladelse pga. akut fare for kvinden. Barnet viser livstegn på trods af korrekt udført abortprocedure	
Ambulant kontakt	Indlæggelseskontakt
<i>Aktionsdiagnose</i> (A)DO050 Abort-prov efter 12 uger u tilladelse: Fare for kvinden	<i>Aktionsdiagnose</i> (A)DO836A Enkeltfødsel eft abortproc: (u samrådstil): Fare for kvinden

<i>Procedure</i> BKHD45 Medicinsk induceret sen abort (prostaglandin)	<i>Bidiagnose</i> (B)DZ370 Et levendefødt barn + øvrige bidiagnoser og tillægskoder, der indgår i en fuld fødselsanmeldelse
--	---

Hvis patienten (som ovenfor) allerede er indlagt til provokeret abort, vil den tilsvarende registrering være:

Eksempel

Indlæggelseskontakt
<i>Aktionsdiagnose</i> (A)DO836A Enkeltfødsel eft abortproc: (u samrådstil): Fare for kvinden
<i>Bidiagnose</i> (B)DZ370 Et levendefødt barn + øvrige bidiagnoser og tillægskoder, der indgår i en fuld fødselsanmeldelse
<i>Procedure</i> BKHD45 Medicinsk induceret sen abort (prostaglandin)

I dette tilfælde ender kontakten som en fødselskontakt, og aktionsdiagnosen skal derfor være en (særlig) fødselsdiagnose. Abortdiagnose skal derimod ikke registreres i dette tilfælde.

12.5.2 Abortprocedure udført efter fulde 22 svangerskabsuger

Meget sene aborter efter 22 svangerskabsuger kan foretages i særlige tilfælde. Afhængigt af resultatet af den udførte abortprocedure skal dette betragtes som enten

- dødfødt barn, når der ikke er livstegn *eller*
- levendefødt barn ved livstegn – se afs. 12.5.1

Under alle omstændigheder er der efter 22 uger – uanset arten af procedure, der er udført – tale om en fødsel.

Moderen skal indlægges administrativt, og der skal foretages komplet fødselsanmeldelse via LPR

Eventuelle misdannelser hos barnet indberettes på anmeldelsen af dødfødsel hhv. som bidiagnose(r) på barnets record ved levendefødt barn - se tabel 12.2.

12.5.3 Tidlig spontan fødsel

Følgende situationer skal også betragtes og indberettes som fødsler:

- spontan fødsel af barn med livstegn – fødsel af levende barn
Dette gælder uanset tidspunktet i svangerskabet
- spontan fødsel af barn uden livstegn efter fulde 22 svangerskabsuger – fødsel af dødt barn
Med mindre der klinisk er påvist fosterdød før fulde 22 svangerskabsuger

Foster uden livstegn og klinisk påvist fosterdød før fulde 22 svangerskabsuger er spontan abort (aktionsdiagnose DO03*) – se afs. 12.4.1.

12.6 Misdannelser

Misdannelsesregistret dannes på baggrund af oplysninger fra forskellige kilder, herunder LPR. Til denne anvendelse skal der i en række situationer - visse aborter - obligatorisk indberettes supplerende oplysninger. Dette skal ske ved:

- provokerede aborter i perioden 13-22. (inkl.) svangerskabsuge [12+0 – 21+6] på **medicinsk indikation** (§94.1.3) uden livstegn
- spontane aborter i perioden 17-22. (inkl.) svangerskabsuge [16+0 – 21+6]

I disse tilfælde skal kontaktens (moderens/kvindens) aktionsdiagnose udover tillægskode for svangerskabslængde have en tillægskode for 'misdannet foster', idet der klinisk skal tages stilling til, om misdannelse el. kromosomanomali er til stede.

Ved 'Misdannet foster bekræftet' (DUM01) og 'Mistanke om misdannelse hos foster' (DUM03) skal der yderligere være registreret mindst én tillægskode (DQ-kode) fra "Klassifikation af sygdomme", kap. Q 'Medfødte misdannelser og kromosomanomalier'.

Der er ikke krav om tillægskodning, når resultatet er et levende barn (+livstegn). I disse tilfælde vil misdannelser blive registreret på barnet.

Ved abortprocedure udført efter 22 svangerskabsuger, hvor resultatet er enten et dødfødt barn eller et levendefødt barn, skal eventuelle misdannelser hos barnet indberettes på anmeldelsen af dødfødsel hhv. som bidiagnose på barnets fødselsanmeldelse – se tabel 12.2.

Registrering af misdannet foster og kromosomanomalier

Aktionsdiagnose/SKS-kode	Situation
DO053 eller DO054	Provokeret abort på medicinsk indikation >12 uger og <22 uger dvs. [12+0 – 21+6]
	<i>eller</i>
DO03*	Spontan abort >16 uger og <22 uger dvs. [16+0 – 21+6]
Tillægskoder til aktionsdiagnosen	
(+)DUUnDu <i>hele uger og dage</i>	svangerskabslængde - se afs. 12.7
(+)DUM01 misdannelse bekræftet	misdannet foster/barn <i>inkl. kromosomanomali</i>
(+)DUM02 misdannelse afkræftet	<i>til DUM01 og DUM03[#] skal der yderligere registreres tillægskode(r) for specifik mis- dannelse</i>
(+)DUM03 mistanke om misdannelse [#]	
(+)DUM09 misdannelse uoplyst	
(+)DQ* medfødte misdannelser og kromosom- anomalier	

[#]) Koden DUM03 er nyindført

12.7 Angivelse af svangerskabslængde

Svangerskabslængden angives som fulde uger plus dage, som foreligger på tidspunktet for ambulant besøg eller indlæggelse under graviditet eller for tidspunkt for abort eller fødsel med en SKS-tillægskode (+)DUnnDu (hele uger og dage).

Svangerskabslængde valideres kun på afsluttede kontakter og angives obligatorisk til følgende aktionsdiagnoser:

Aktionsdiagnoser, der kræver tillægskode for svangerskabslængde

DO00*-DO02*	Patologisk svangerskab/ svangerskabsprodukt
DO03*	Spontan abort
DO04*-06*	Provokeret abort (medicinsk og kirurgisk)
DO12*-DO16*	Ødem, proteinuri og hypertension i svangerskab
DO20*-DO23*, DO28*	Andre sygdomme hos moder over- vejende forbundet med svangerskab
DO30*-DO31*, DO40*, DO41*, DO421, DO423, DO425, DO429, DO43*-DO46*, DO471, DO489	Visse tilstande med tilknytning til svangerskabskontrol med relation til foster, amnion, placenta og potenti- elle fødselsproblemer
DO80*-DO84*	Fødsel

13 Lovpligtig anmeldelse af sygdomme til Cancerregisteret

- 13.1 Begreber og definitioner
- 13.2 Klassificeringsprincipper (WHO)
- 13.3 Anmeldelsespligtig sygdom
- 13.4 Indberetning af anmeldelsesstatus ved anmeldelsespligtige sygdomme
- 13.5 Yderligere registreringer ved anmeldelse af ny patient - status AZCA1
- 13.6 Eksempler på fuld anmeldelse
- 13.7 Revision af tidligere anmeldt diagnose
- 13.8 Procedureregistrering ved anmeldelsespligtig sygdom

13.1 Begreber og Definitioner

Begreb	Definition
anmeldelsespligtig sygdom (til Cancerregisteret)	sygdom, hvor der gælder særlige krav om indberetning til Cancerregisteret

13.2 Klassificeringsprincipper (WHO)

Der skal generelt altid angives den (de) bedst specificerede diagnose(r). Dette er helt afgørende for kvaliteten af Cancerregisteret. Anmeldelsespligtige diagnoser (neoplasier samt dysplasi i livmoderhals) klassificeres efter ICD10-klassifikationen indenfor følgende overordnede grupper:

Godartet tumor <i>Neoplasma benignum</i>	DD30; DD32; DD33; DD352; DD353; DD354
Carcinoma in situ (CIS)	DD05; DD06; DD076; DD090; DD091
Primær (ondartet) kræft <i>Neoplasma malignum</i> inkl. HIV infektion medførende ondartet svulst	DC00-76; DC80; DC81-97 DB21

Metastaser <i>Neoplasma malignum metastaticum</i>	DC77-79
Neoplasi af usikker eller ukendt karakter	DD37-48
Dysplasi i livmoderhals (cervix uteri)	DN87
Mola (vandblære)	DO01

Bemærk dog at ikke alle diagnoser i grupperne godartet tumor og carcinoma in situ er anmeldelsespligtige. En komplet, detaljeret oversigt over de anmeldelsespligtige diagnoser findes i tabel 13.1.

Det er meget ofte tilfældet, at diagnosen ”cancer” (eller anden) kan stilles alene på det kliniske billede – ved operation, ved indvækst, ved metastasering, ved billeddiagnostik, på baggrund af patientens symptomatologi eller prøvesvar i øvrigt eller kombinationer heraf.

I andre tilfælde vil en endelig bekræftelse være betinget af først og fremmest patologi-svar (histologi).

Hvis patienten udskrives, før et endeligt eller konfirmerende svar foreligger, vil det være korrekt som aktionsdiagnose at registrere:

- ved sikker klinisk malignitet: DC-kode for cancersygdom med tilhørende anmeldelse
- ved sikker klinisk carcinoma in situ (CIS): DD00-09 kode; nogle er anmeldelsespligtige
- ved sikker klinisk benign tumor: DD10-36 kode; nogle er anmeldelsespligtige
- ved sikker neoplasi (uden nærmere mulig klinisk specificering af benign, CIS eller malign på det foreliggende grundlag): DD37-48 kode for ”Svulst af usikker eller ukendt karakter”. Disse diagnoser er alle anmeldelsespligtige
- ved tumor uden sikker viden om neoplasi eller ej, men hvor den tungeste kliniske sandsynlighed er ”cancer”: DZ031*-kode for ”Mis-tanke om kræft”

Der er en tidsmæssig rækkefølge i (1) 'Obs.pro' -> (2) neoplasi til stede (=usikker karakter) -> (3) cancer/CIS/benign = endelig diagnose, uden at det indledende eller mellemliggende trin behøver at være relevant i det enkelte tilfælde. Overgangene i denne rækkefølge vil i nogle tilfælde kunne identificeres alene på det kliniske billede – uden bekræftende histologi – i andre tilfælde er histologien nødvendig for at ”skifte trin”. Diagnosen skal findes så langt til højre i denne rækkefølge, som der er klinisk belæg for – med eller uden histologi.

Den særlige problematik vedrørende prøvesvar (patologi) og lignende, der fremkommer efter kontaktafslutning, og *som kræver genindberetning*, er særligt beskrevet i afs. 13.3.2.2.

13.2.1 Diagnosekodning ved metastaser

Det bemærkes i oversigten, at metastaser klassificeres særskilt. Princippet er, at der ved kendt primær tumor og metastase i andet organ skal registreres i alt 2 koder for henholdsvis primærtumor og metastase. Metastaser klassificeres ligesom primærtumor efter lokalisation.

Se yderligere vedr. registrering i afs. 13.3.4.1 med eksempler.

13.3 Anmeldelsespligtig sygdom

Indhentning af data til Cancerregisteret (CR) sker fra 2004 elektronisk via LPR. Ud over diagnose og anmeldelsesstatus er det ved nyanmeldelse obligatorisk at registrere diagnosegrundlaget, stadium for sygdommen, sideangivelse for parrede organer og for visse diagnoser også anatomisk lokalisation. Disse oplysninger indberettes som tillægskoder til den enkelte anmeldelsespligtige diagnosekode.

I ”Bekendtgørelse om lægers anmeldelse til Cancerregisteret af kræftsygdomme m.v.” af 23. januar 2004 beskrives anmeldelsesproceduren og sygdommene afgrænses. Bekendtgørelsen findes på:

www.sst.dk/cancerregisteret

Anmeldelsespligten påhviler de ansvarlige overlæger ved hospitalsafdelinger, der første gang diagnosticerer, kontrollerer eller behandler et anmeldelsespligtigt sygdomstilfælde.

Anmeldelsespligten omfatter alle førstegangs kontakter på den anmeldelsespligtige sygdom, og indtil sygdommen er fuldt anmeldt, uanset om denne tidligere er anmeldt af andre afdelinger.

13.3.1 Anmeldelsespligtige diagnoser

De anmeldelsespligtige diagnoser er vist i tabel 13.1.

Der er ikke udelukkende tale om kræftsygdomme, men også om cancerrelaterede sygdomme og neoplasi af usikker eller ukendt karakter, carcinoma in situ (CIS i visse organer), visse godartede tumorer samt dysplasi i livmoderhals (cervix uteri).

Anmeldelsespligtige diagnoser anvendt som aktions- eller bidiagnose på patientkontakten giver anledning til yderligere registreringskrav. Dette er beskrevet i afs. 13.4 og følgende afsnit.

Ud over registrering af diagnose(r) er det obligatorisk at indberette visse undersøgelses- og behandlingsprocedurer bl.a. kemo- og stråleterapi – se afs. 10.8.1.

Anmeldelsespligten omfatter ifølge bekendtgørelsen om lægers anmeldelse til Cancerregisteret også

- progression af prækrankrøse forandringer eller carcinoma in situ til invasiv vækst – *se i det følgende*
- revision af tidligere anmeldt forkert diagnose med genindberetning - *se afs. 13.7*

Det første punkt betyder, at man i de tilfælde, hvor fx en tidligere anmeldt carcinoma in situ forandring progredierer, skal foretage en ny anmeldelse – dvs. det betragtes som ny sygdom i anmeldelsessammenhæng.

Tabel 13.1 Anmeldelsespligtige diagnoser

SKS-kode	Diagnosetekst
DB21*	HIV infektion medførende ondartet svulst
DC00*-DC14*	Kræft i læbe, mundhule og svælg
DC15*-DC26*	Kræft i mave-tarmkanal
DC30*-DC39*	Kræft i åndedrætsorganer og organer i brysthule
DC40*-DC41*	Kræft i knogle og ledbrusk
DC43*-DC44*	Ondartet melanom og anden hudkræft
DC45*-DC49*	Kræft i mesotel og bindevæv
DC50*	Kræft i bryst
DC51*-DC58*	Kræft i kvindelige kønsorganer
DC60*-DC63*	Kræft i mandlige kønsorganer
DC64*-DC68*	Kræft i urinveje
DC69*-DC72*	Kræft i øje, hjerne og andre dele af centralnervesystemet
DC73*-DC75*	Kræft i skjoldbruskkirtel og andre endokrine kirtler
DC76*-DC80*	Kræft med dårligt definerede eller ikke specificerede lokalisationer
DC81*-DC96*	Kræft i lymfatisk og bloddannede væv
DC97*	Kræft opstået uafhængigt på flere lokalisationer
DD05*	Carcinoma in situ i bryst
DD06*	Carcinoma in situ i livmoderhals
DD076	Carcinoma in situ genitalium viri med anden eller ikke specificeret lokalisation (carcinoma in situ testis)
DD090	Carcinoma in situ vesicae urinariae
DD091	Carcinoma in situ i andre og ikke specificerede urinorganer
DD30*	Godartet svulst i urinveje
DD32*	Godartet svulst i hjernehinder
DD33*	Godartet svulst i hjerne og andre dele af centralnervesystemet
DD352	Neoplasma benignum glandulae pituitariae
DD353	Neoplasma benignum ductus craniopharyngei
DD354	Neoplasma benignum corporis pinealis
DD37*-DD48*	Svulster af usikker eller ukendt karakter
DN87*	Celleforandring i slimhinde på livmoderhals (dysplasi)
DO01*	Mola vandblære

En kortfattet registreringsvejledning og et flowdiagram kan findes på:
<http://www.sst.dk/patientregistrering>

Det følgende oversigtsskema giver et overblik over de tilstande, der skal anmeldes (+) som ”ny anmeldelsespligtig sygdom” efter retningslinjerne beskrevet i de følgende afsnit.

Enhver **førstegangsdagnosticering** og enhver **progression** dvs. trin til højere i oversigten fra én type til en højere skal hver især udløse en fuld nyanmeldelse dvs. med anvendelse af anmeldelsesstatus AZCA1 med tilhørende tillægskodning.

Anmeldelsespligt i forhold til organlokalisering og tumortype					
	neoplasi af usikker og ukendt karakter [#]			carcinoma in situ (CIS)	
	dysplasi	benign	benign	(CIS)	malign
livmoderhals	+	+	+	+	+
bryst	-	+	-	+	+
mandlige kønsorganer	-	+	-	+	+
urinblære	-	+	+	+	+
andre urinorganer	-	+	+	+	+
hjernehinde	-	+	+	-	+
hjerne/CNS	-	+	+	-	+
hypofyse	-	+	+	-	+
ductus craniopharyngea	-	+	+	-	+
corpus pinealis	-	+	+	-	+
andre	-	+	-	-	+

[#] Vedr. ”neoplasi af usikker og ukendt karakter” – se afs. 13.2

Ved senere fund af samme eller lavere type – som udtryk for samme sygdom – skal der **ikke** nyanmeldes. I disse tilfælde anvendes anmeldelsesstatus AZCA4 ”tidligere fuldt anmeldt af afdelingen”.

Der skal altså som eksempler nyanmeldes ved fund af CIS i livmoderhals hos patient med tidligere anmeldt dysplasi og ved fund af malign blæretumor med tidligere anmeldt benign tumor.

Recidiv (afs. 13.4.1) af samme type samt metastasering betragtes som samme anmeldelsespligtige sygdom og skal **ikke** nyanmeldes.

13.3.2 Registrering og indberetning af anmeldelsespligtig sygdom

Indberetningen til LPR relaterer sig til patientens enkelte kontakt med sundhedsvæsenet. De følgende afsnit er eksempler på forskellige kontakter i forløbet af cancersygdom.

Der forekommer ofte flere ambulante kontakter og indlæggelser på forskellige afdelinger i forbindelse med udredning, behandling og efterfølgende kontrol og evt. efterbehandling.

Det er den enkelte **afdeling**, der har en kontakt med en patient med en anmeldelsespligtig diagnose, der er **registrerings- og indberetningspligtig**.

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

13.3.2.1 Sygdom og kontrol på særskilte kontakter

Hvis en patient bliver behandlet for en anmeldelsespligtig sygdom i en ambulante kontakt, og den sidst registrerede aktionsdiagnose på kontakten er en kontroldiagnose, vil det i LPR se ud, som om hele kontakten har drejet sig om ”kontrol”.

Derfor skal behandlingskontakten afsluttes, og der skal oprettes en ny ambulant kontakt for kontrolperioden, når sygdommen ikke længere er til stede.

Se yderligere i afs. 5.3.

13.3.2.2 Opkvalificering af kontaktens diagnoser og tillægskoder ved slutregistrering

Aktionsdiagnosen – og evt. øvrige diagnoser – skal valideres ved kontaktafslutning, således at den er beskrivende for kontakten – se afs. 13.2 vedr. klassificering. Patienten må aldrig have diagnoser, som der ikke er klinisk belæg for.

Der vil ikke altid på tidspunktet for epikriseskrivningen og slutregistreringen være fremkommet svar på undersøgelser, der skal afklare diagnosen. Et eksempel er patologisvar, der bekræfter mistænkt malignitet, der tidligere er registreret som 'Obs. pro'-diagnose.

Et andet eksempel er et patologisvar eller et billeddiagnostisk svar, der justerer udbredelsen af allerede registreret malign tumor, hvor den registrerede TNM-tillægskodning på baggrund af de nye oplysninger ikke er korrekt.

I disse tilfælde skal slutregistreringen opdateres, når svarene er fremkommet, således at LPR afspejler det for kontakten korrekte diagnostiske billede og således, at anmeldelsen til Cancerregisteret er komplet og korrekt.

Hvis kontakten har været indberettet, foretages genindberetning, der overskriver det tidligere indberettede i LPR. Dette gælder også for indberettede kontakter, der tidligere er afsluttet ved patientens død, men hvor efterfølgende svar eller andre oplysninger medfører revision af det indberettede.

Hvis epikrise er sendt med fejlagtige eller mangelfulde oplysninger, skal ny epikrise fremsendes, baseret på de tilrettede kliniske oplysninger.

13.3.3 Kodning under udredning for anmeldelsespligtig sygdom

En anmeldelsespligtig sygdom må ikke anvendes som aktions- eller bidiagnose, før sygdommen er klinisk verificeret. Indtil da kan diagnosekode(r) fra afsnit DZ03* 'Lægelig observation for og vurdering af personer mistænkt for sygdom' anvendes. Dette inkluderer "ikke afkræftet" (fortsat mistanke) og "afkræftet mistanke" (ej befundet).

Der er oprettet en række DZ03-underkoder til nærmere angivelse af den tilstand der udredes for. Koderne kan ses under:

<http://www.medinfo.dk/sks/brows.php>, klassifikation af sygdomme

Eksempel

(A)DZ031J	Observation pga. mistanke om ondartet svulst i prostata
-----------	---

Hvis der ikke findes en passende specifikation, kan der registreres med DZ03-kode og tillægskode for sygdommen, der udredes.

Eksempler

(A)DZ031	Observation pga. mistanke om ondartet svulst
(+)DC739	Neoplasma malignum glandulae thyroideae

(A)DZ038E	Observation pga. mistanke om svulst
(+)DD374	Neoplasma coli uden specifikation

Obs. pro-registrering på denne måde anvendes i perioden fra mistanke om en anmeldelsespligtig sygdom er rejst, til denne er endeligt af- eller bekræftet. Denne registrering udløser ikke anmeldelsespligt og de deraf afledte registreringskrav.

Hvis anmeldelsespligtig diagnose bekræftes inden kontaktafslutning, skal dette selvfølgelig afspejles i kontaktens slut-diagnose(r) med tilhørende anmeldelse til Cancerregisteret (afs. 13.3.2.2). Er der tvivl om, hvorvidt tumor-sygdommen er malign eller benign anvendes en kode fra intervallet DD37*-DD48* 'Svulster af ukendt eller usikker karakter', der jf. tabel 13.1 også er anmeldelsespligtig.

13.3.4 Udvikling i en anmeldelsespligtig sygdom

Udviklingen i en anmeldelsespligtig sygdom afspejles i registrering og indberetning til LPR i forbindelse med de enkelte sygehuskontakter. Det betyder, at sygdommen kan repræsenteres af forskellige diagnoser (diagnosekoder) på forskellige tidspunkter, dvs. kontakter i sygdommens forløb.

Eksempler

Udvikling i aktionsdiagnose

(A)DZ038E	Observation pga. mistanke om svulst
↓	
(A)DC761	Neoplasma malignum thoracalis uden specifikation
↓	
(A)DC349	Neoplasma malignum bronchi sive pulmonis uden specifikation
↓	
Senere udvikling til levermetastaser af samme sygdom	
(A)DC787	Neoplasma malignum hepatis metastaticum
(B)DC348	Neoplasma pulmonis overgribende flere regioner

Eksempel på udvikling i aktionsdiagnose under udredning

(A)DC809	Neoplasma malignum uden specifikation med hensyn til lokalisation
↓	
(A)DC229	Neoplasma malignum hepatis uden specifikation
↓	
(A)DC220	Neoplasma malignum hepatocellulare

I afs. 13.3.1 findes oversigt over, hvilke typer af tumorer, der i forhold til anmeldelse betragtes som ny anmeldelsespligtig sygdom. Tilkomst af metastasering og anden disseminering er ikke anmeldelsespligtig.

13.3.4.1 Recidiv

Begreb	Definition
recidiv	tilbagefald af sygdom efter periode med komplet eller partiel remission

Recidiv dækker alle former for tilbagefald, herunder lokalrecidiv, udvidet lokal indvækst og spredning samt metastasering.

Hvis patienten tidligere har været behandlet og cancerregistreret for den **samme sygdom** af **samme afdeling**, anvendes anmeldelsesstatus AZCA4 'Sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen'. Recidiv betragtes som samme anmeldelsespligtige sygdom, også selv om diagnosekoderne ikke er identiske.

Fremkomst af cancer efter tidligere (behandlet) carcinoma in situ eller anden prækrænkros forandring betragtes dog som ny anmeldelsespligtig sygdom, som beskrevet i afs. 13.3.1. Dette omfatter mamma, livmoderhals, urinblære og testis.

Endvidere gælder det, at enhver ny forekomst af cancer altid skal nyanmeldes, også selvom der tidligere har været anmeldt en (anmeldelsespligtig) benign tumor i samme lokalisation – se afs. 13.3.1.

Eksempler

Fund af lokalrecidiv efter tidligere behandlet mammacancer på samme afdeling. Der skal ikke foretages ny anmeldelse.

(A)DC508	Neoplasma malignum mammae overgribende flere regioner
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Vedr. anmeldelsesstatus – se afs. 13.4

Fund af lungemetastaser fra mammacancer på samme afdeling

(A)DC780	Neoplasma malignum pulmonis metastaticum
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
(B)DC501	Neoplasma malignum mammae (central del)
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Der skal ifølge WHO's generelle kodeprincipper altid registreres særskilte koder for primærtumor og for metastase, når begge er til stede.

Den tilstand (primærtumor hhv. metastase), der er hovedfokus på kontakten, registreres som aktionsdiagnose – den anden som bidiagnose – jf. de basale principper for diagnoseregistreringen (afs. 9.3.3).

Ved ny anmeldelsespligtig sygdom, der er metastaseret på diagnosetidspunktet, registreres den ene af diagnosekoderne med anmeldelsesstatus AZCA1 med efterfølgende krav om tillægskodning. Den anden kan registreres med anmeldelsesstatus AZCA4, hvorved de samme tillægskoder ikke skal registreres 2 gange – *se følgende eksempel.*

Eksempel

Ny anmeldelsespligtig sygdom, der er metastaseret på diagnosetidspunktet

(A)DC155	Neoplasma malignum oesophagi, nederste trediedel
(+)AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
(+)tillægskoder for stadium, diagnosegrundlag mm. ... (afs. 13.5)	
(B) DC787	Neoplasma malignum hepatis metastaticum
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Ved påvisning af **metastase**, hvor der ikke er en sikker klinisk og/eller patologisk relation til en kendt primærtumor, skal fundet opfattes som en ny anmeldelsespligtig sygdom med anmeldelsesstatus AZCA1 'Ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen'.

Eksempel

Fund af levermetastase uden kendt primærtumor

(A)DC787	Neoplasma malignum hepatis metastaticum
(+)AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
(+)tillægskoder for stadium, diagnosegrundlag mm. ... (afs. 13.5)	

Ved fund af **recidiv** af en anmeldelsespligtig sygdom ved en **ny kontakt på anden afdeling**, skal der ske en diagnoseregistrering, der svarer til den aktuelle situation. Da afdelingen ikke tidligere har haft noget med denne sygdom at gøre, skal der nyanmeldes.

Eksempel

Fund af levermetastase fra rectumcancer opereret på anden afdeling

(A)DC787	Neoplasma malignum hepatis metastaticum
(+)AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
(+)tillægskoder for stadium, diagnosegrundlag mm. ... (afs. 13.5)	
(B)DC209	Neoplasma malignum recti
(+)AZCA3	afdelingen ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen

13.3.5 Kontakter, der ikke omfatter diagnostik, behandling eller kontrol

En del afdelinger får kontakt med patienter med en anmeldelsespligtig sygdom, uden at afdelingen diagnosticerer, primært behandler eller kontrollerer denne.

Afdelingen skal registrere, hvad den pågældende afdeling rent faktisk undersøger og eventuelt behandler for. Aktionsdiagnosen for kontakten kan specificeres med cancerdiagnosen som **tillægskode**, som vist i eksemplerne.

Denne registreringspraksis stiller ikke krav om angivelse af anmeldelsesstatus og yderligere cancerregistrering.

Eksempler

Arbejdsmedicinsk klinik, der undersøger, hvorvidt sygdommen er udløst af arbejdsmiljøet

(A)DZ048B	Arbejdsmedicinsk udredning
(+)DC340	Neoplasma malignum bronchi (hovedbronchus)

Symptomatisk behandling; smertebehandling uden behandling af grundsygdom i øvrigt

(A)DR521	Maligne smerter
(+)DC413	Neoplasma malignum costae, sterni et claviculae

Behandling af terminal patient uden behandling af grundsygdom

(A)DZ515S	Behov for specialiseret palliativ indsats
(+)DC795B	Neoplasma malignum ossis metastaticum

Den maligne grundsygdom kan i sig selv have en behandlings- og/eller ressourcemæssig betydning for den aktuelle kontakt, hvis denne også er blevet behandlet på kontakten eller har medført en ekstra plejetyngde eller længere indlæggelsestid. I disse situationer registreres sygdommen som **bidiagnose**.

Hvis canceren registreres som bidiagnose, skal der også registreres anmeldelsesstatus fx anmeldelsesstatus AZCA3 'afdelingen er ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen'.

Hvis den anmeldelsespligtige diagnose er aktionsdiagnose, kan AZCA3 ikke anvendes.

Vedr. anmeldelsesstatus (AZCA) – se 13.4

13.3.6 Kontrol

Ved kontrol, hvor **den anmeldelsespligtige sygdom fortsat er tilstede**, skal sygdomsdiagnosen fortsat registreres som aktionsdiagnose, og der skal registreres tillægskode for anmeldelsesstatus.

Eksempler

Afdeling, der tidligere har anmeldt den anmeldelsespligtige diagnose

(A)DC187	Neoplasma malignum coli sigmoidei
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Vedr. anmeldelsesstatus (AZCA) – se 13.4

Afdeling, der første gang ser patienten ved kontrol, hvor den anmeldelsespligtige sygdom fortsat er tilstede. Afdelingen har ikke tidligere anmeldt sygdommen

(A)DC187	Neoplasma malignum coli sigmoidei
(+)AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

En cancerdiagnose kan ikke registreres som aktions- eller bidiagnose, hvis sygdommen er radikalt behandlet på en tidligere kontakt, og patienten er uden tegn på recidiv - se nedenfor.

Hvis **den anmeldelsespligtige sygdom ikke længere er til stede** ved den pågældende kontakt, skal aktionsdiagnosen være en kode fra afsnit DZ08* 'Kontrolundersøgelse efter behandling af ondartet svulst' eller DZ098B 'Kontrolundersøgelse efter behandling af ikke ondartet svulst'. Her kan den anmeldelsespligtige diagnosekode anvendes som tillægskode til specifikation af den oprindelige lidelse.

Eksempler

(A)DZ080D	Kontrolundersøgelse efter operation af ondartet svulst i tyktarm
-----------	--

(A)DZ098B	Kontrolundersøgelse efter behandling af ikke ondartet svulst
(+)DD352	Neoplasma benignum glandulae pituitariae

Disse registreringer udløser ingen krav om registrering af anmeldelsesstatus

Hvis behandlingen er foregået ambulant, og sygdommen ikke længere er til stede, når kontrollen indledes, skal behandlingskontakten afsluttes, og der skal oprettes en ny selvstændig kontakt for den ambulante kontrolperiode - se afs. 13.3.2.1.

13.4 Indberetning af anmeldelsesstatus ved anmeldelsespligtige sygdomme

Når en anmeldelsespligtig sygdom (se tabel 13.1) er aktions- eller bidiagnose, er det obligatorisk at indberette anmeldelsesstatus som tillægskode til den anmeldelsespligtige diagnosekode. Indberetningskravet gælder alle patienttyper.

Anmeldelsesstatus

Begreb	Definition
anmeldelsesstatus	angivelse af en anmeldelsespligtig sygdoms status i forhold til anmeldelse til Cancerregisteret

Der er følgende anmeldelsesstatus:

SKS-kode	Anmeldelsesstatus
AZCA0	anmeldelsesstatus endnu ikke angivet
AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
AZCA3	afdelingen er ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen
AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Anmeldelsesstatus registreres som tillægskode til den anmeldelsespligtige diagnosekode. Anmeldelsesstatus skal senest være tilstede ved færdigregistreringen.

Ved indberetning til LPR skal anmeldelsesstatus have værdien AZCA1, AZCA3 eller AZCA4. Der skal og kan kun være én anmeldelsesstatus pr. diagnose pr. afsluttet kontakt.

Anmeldelsesstatus ved færdigregistrering skal være dækkende for hele kontakten og ikke kun for situationen ved kontaktafslutningen.

For patienter med flere anmeldelsespligtige diagnoser gælder kravene for hver enkelt diagnose.

Anmeldelsesstatus som tillægskode knytter sig éntydigt til primærkoden. Der kan godt være forskellige anmeldelsesstatus på forskellige diagnosekoder i samme indberetning.

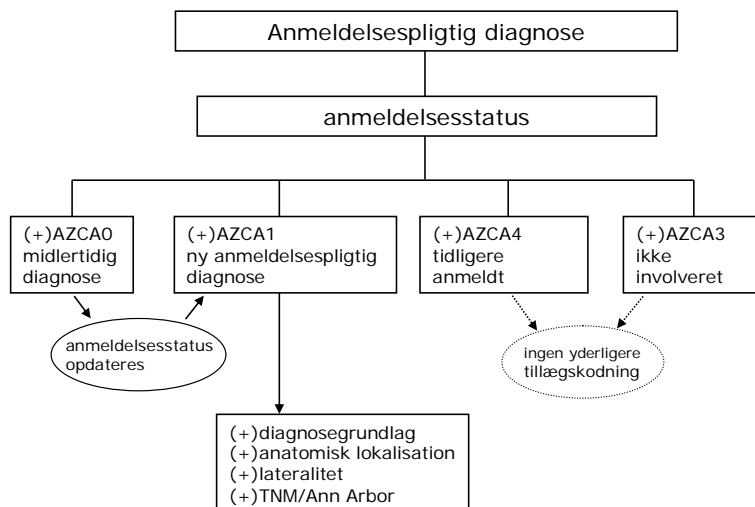
13.4.1 Beskrivelse af de enkelte anmeldelsesstatus

Reglerne har baggrund i ”Bekendtgørelse om lægers anmeldelse til Cancerregisteret af kræftsygdomme m.v.”. En oversigt kan ses i fig. 13.1.

AZCA0 anmeldelsesstatus endnu ikke angivet

Denne status kan anvendes i systemet indtil færdigregistreringen, men må ikke findes i indberetningen af en afsluttet kontakt.

Fig. 13.1 Oversigt over anmeldelsesstatus og tilhørende registreringskrav



AZCA1 ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Denne status anvendes første gang en anmeldelsespligtig sygdom diagnosticeres, behandles eller kontrolleres på afdelingen og indtil den anmeldelsespligtige sygdom er fuldt anmeldt.

På afdelinger, hvor man afslutter en patients ambulante kontakt før afsluttet udredning og behandling, vil der ikke kunne ske en fyldestgørende registrering af de obligatoriske tillægskoder, før end udredningen eller behandling er afsluttet.

Afdelingen skal i sådanne tilfælde benytte AZCA1 både på den initiale ambulante kontakt og på den (de) følgende indlæggelse(r) for at udføre en meningsfuld tillægsregistrering. Stadium skal være registreret senest 4 måneder efter 1. kontaktdato.

Der kan for nydiagnosticerede tilfælde efter 1. januar 2004 kun benyttes en statuskode AZCA4, når samme stamafdeling forudgående har færdigregistreret patienten med status AZCA1 og dertil hørende registreringer.

AZCA3 afdelingen er ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen

Denne anmeldelsesstatus anvendes af afdelinger, der har kontakt med patienter med en anmeldelsespligtig sygdom, men som på den pågældende kontakt ikke direkte diagnosticerer, behandler eller kontrollerer denne primært. Der ved skabes mulighed for at registrere en anmeldelsespligtig sygdom som bi-diagnose, uden at dette kræver yderligere tillægskodning.

Hvis den anmeldelsespligtige diagnose er en aktionsdiagnose, kan AZCA3 ikke anvendes.

Eksempler på registrering – se afs. 13.4.4.

AZCA4 sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Hvis behandlingen/kontrollen vedrører en patient, der stadig har sygdommen, er den anmeldelsespligtige diagnose aktionsdiagnose eller evt. bidiagnose.

Anmeldelsesstatus AZCA4 anvendes, hvis afdelingen tidligere har anmeldt sygdommen med alle obligatoriske tillægskoder til Cancerregisteret, og afdelingen skønner, at sygdommen er fuldt anmeldt.

Anmeldelsesstatus AZCA4 dækker fortsat sygdom, herunder klinisk kontrol og behandling.

AZCA4 anvendes også, hvor der på en ny kontakt er tale om ændret behandling af samme og tidligere anmeldte sygdom samt ved recidiv af tidligere anmeldt sygdom. Recidiv betragtes som samme anmeldelsespligtige sygdom, også selv om diagnosekoderne ikke er identiske - *se afs. 13.3.4.1.*

Eksempel

Patienten indlægges med udvikling af sygdommen - måske med en anden aktionsdiagnose, men der er fortsat tale om den samme sygdom og følger heraf.

Patient med ikke radikalt behandlet ovariecancer. Indlægges nu i samme afdeling med ascites, der behandles symptomatisk

(A)DC786A	Ascites, malign uden specification
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
(B)DC569	Neoplasma malignum ovarii
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

13.4.2 Validering af statuskode for afsluttede patienter

I de lokale systemer skal der efter 01.07.2005 foretages en validering af statuskode for afsluttede patienter med anmeldelsespligtige sygdomme, der første gang er diagnosticeret efter 01.01.2004.

Dette har konsekvens for anmeldelsesstatus, idet **patienter med anmeldelsespligtige sygdomme skal være fuldt anmeldt fra afdelingen med en anmeldelsesstatus AZCA1, før AZCA4 kan anvendes.**

Der kan for nydiagnosticerede anmeldelsespligtige sygdomme efter 1. jan. 2004 kun benyttes en statuskode AZCA4 i indberetningen, når stamafdelingen tidligere har indberettet en **afsluttet kontakt** med statuskode AZCA1 og fuld specificeret anmeldelse – *se også følgende afsnit 13.4.3.*

Såfremt afdelingen før 1. jan. 2004 har foretaget blanketanmeldelse til Cancerregisteret, skal statuskode AZCA4 anvendes ved kontakter med samme anmeldelsespligtige sygdom.

Det er en klinisk afgørelse, hvorvidt der er tale om en videreudvikling af samme cancer eller en ny anmeldelsespligtig sygdom. Skønnes der at være tale om en ny anmeldelsespligtig sygdom, skal denne altid anmeldes med statuskode AZCA1.

13.4.3 Særligt vedrørende ikke afsluttede ambulante kontakter

Det sker ofte, at den anmeldelsespligtige diagnose første gang opdages og registreres på en (for)ambulant patientkontakt. Hvis ikke denne kontakt afsluttes med anmeldelsesstatus AZCA1 og fuld anmeldelse inden ny patientkontakt - typisk indlæggelse – vil der genereres en rykkerskrivelse fra Cancerregisteret for den anden kontakt, der indberettes med statuskode AZCA4 ”tidligere fuldt anmeldt af afdelingen”, idet der ikke findes en forudgående fuld anmeldelse på en afsluttet kontakt.

For at undgå dette er det nødvendigt, at den ambulante kontakt afsluttes, inden der oprettes ny kontakt for samme sygdom.

Se også afs. 5.3.1

13.4.4 Komplikationer eller hændelser, der relaterer sig til en anmeldelsespligtig sygdom

Eksempler

- patienter, der henvender sig på en skadestue med et smerteproblem
- patienter, der henvender sig pga. en ulykke, som ikke er forårsaget af den anmeldelsespligtige diagnose, men hvor sygdommen spiller en rolle for den behandling, der gives
- patienter, der kommer i behandling for følgevirkninger efter stråle- eller kemoterapi
- patienter i symptomlindrende behandling eller terminal pleje
- recidiv af anmeldelsespligtig sygdom, der primært er diagnosticeret, behandlet eller kontrolleret på anden afdeling

I ovenstående og lignende tilfælde er den anmeldelsespligtige diagnose ikke aktionsdiagnose. Det vil imidlertid ofte være forbundet med ekstra arbejde at pleje og behandle en patient med en anmeldelsespligtig sygdom. I dette tilfælde registreres den tilgrundliggende lidelse som bidiagnose på kontakten.

Aktionsdiagnosen kan i de ovennævnte tilfælde fx være fra:

SKS-kode	Aktionsdiagnose
DZ74*	Problemer i forbindelse med afhængighed af pleje
DZ756	Behov for palliation
DR50*-DR69*	Almene symptomer og abnorme fund <i>hvor bl.a. smerteafsnittet findes</i>

Eksempel

Smertetilstand hos patient med prostatacancer indlagt på anden afdeling end den primært behandlende

(A)DR521	Maligne smerter
(B)DC619	Neoplasma malignum prostatae
(+)AZCA3	afdelingen er ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen

Ved specifikke komplikationer til en anmeldelsespligtig sygdom registreres dette som aktionsdiagnose, fx anæmi eller sepsis, hvis kontakten retter sig specifikt mod denne tilstand. Baggrunden, dvs. cancersygdommen registreres som bidiagnose, hvis den fortsat er tilstede.

Eksempel

En patient er henvist til en afdeling med henblik på vurdering af behandlingsmuligheder. Afdelingen behandler ikke den tilgrundliggende sygdom

(A)DD630	Anæmi ved neoplasma
(B)DC340	Neoplasma malignum bronchi (hovedbronchus)
(+)AZCA3	afdelingen er ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen

Eksempler

Onkologisk afdeling, der vurderer yderligere behandlingsmuligheder for en anmeldelsespligtig sygdom

(A)DZ718A	Kontakt med henblik på vurdering af muligheder for tumorbehandling
(B)DC340	Neoplasma malignum bronchi hovedbronchus
(+)AZCA3	Afdelingen er ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen

eller

(A)DZ718A	Kontakt med henblik på vurdering af muligheder for tumorbehandling
(+)DC340	Neoplasma malignum bronchi hovedbronchus

Når den anmeldelsespligtige sygdom registreres som tillægskode, bortfalder krav om angivelse af anmeldelsesstatus.

Såfremt afdelingen efter vurdering af behandlingsmuligheder påbegynder behandling, anvendes den anmeldelsespligtige sygdom som aktionsdiagnose, og anmeldelsesstatus ændres til AZCA1 med de deraf følgende krav til registrering.

13.5 Yderligere registreringer ved anmeldelse af ny patient - status AZCA1

Fuld elektronisk anmeldelse af kræfttilfælde til Cancerregisteret skal ske som tillægskodning, hvor tillægskoderne sammen med anmeldelsesstatus AZCA1 knyttes til en anmeldelsespligtig sygdom, som i LPR er repræsenteret ved sin ICD-10 diagnosekode.

Tillægskoderne skal beskrive initiale sygdomsstadium, diagnosegrundlag, sideangivelse og for maligne lymfomer tillige anatomisk lokalisation.

13.5.1 Stadium

Den anmeldelsespligtige sygdoms udbredelse ved kontaktens start eller snarest derefter, når det er muligt at stadieinddele - dog senest 4 måneder efter kontaktens start.

De diagnosekoder, der skal have tillægskode for stadium (tumors udbredelse), omfatter alle anmeldelsespligtige sygdomme med undtagelse af visse blodsygdomme, primære svulster i centralnervesystemet, cervixdysplasi og mola.

Følgende sygdomme, repræsenteret af deres ICD-10 kode, skal **ved nyanmeldelse** (AZCA1) have angivet et stadium:

Tabel 13.2 Diagnoser

SKS-kode	Diagnosetekst
DB21*	HIV infektion medførende ondartet svulst
DC00*-DC69*	Kræft i læbe, mundhule, svælg, mave-tarmkanal, åndedrætsorganer, brysthuleorganer, knogler, hud, bindevæv, bryst, kønsorganer, urinveje og øje
DC73*-DC80*	Kræft i skjoldbruskkirtel, andre endokrine organer, dårligt eller uspecificerede lokalisationer og metastaser
DC81*-DC85*	Maligne lymfomer
DC902	Plasmacytoma extramedullare
DC923	Sarcoma myeloides
DC96*-DC97*	Andre former for kræft i lymfatisk og bloddannende væv
DD05*	Carcinoma in situ i bryst
DD06*	Carcinoma in situ i livmoderhals
DD076	Carcinoma in situ genitalium viri med anden eller ikke specificeret lokalisation
DD090	Carcinoma in situ vescae urinariae
DD091	Carcinoma in situ i andre og ikke specificerede urinorganer
DD30*	Godartede svulster i urinveje
DD37*-DD41* DD44* DD48*	Svulster af usikker eller ukendt karakter med specifik lokalisation

Der stadieinddeles efter TNM klassifikationen – dog skal maligne lymfomer klassificeres efter Ann Arbor lymfom klassifikation - *se afsnit 13.5.1.2*

13.5.1.1 TNM klassifikationen

Ved anvendelse af TNM skal der registreres **3** tillægskoder – en fra hver af grupperne:

- T** (AZCD1*) 'T' angiver forhold ved primær tumor, især størrelse
N (AZCD3*) 'N' angiver, om der er metastaser til regionale lymfeknuder eller ej
M (AZCD4*) 'M' angiver, hvorvidt der er fjernmetastaser eller ej

SKS-kode	Oplysninger om stadium for primærtumor (T)
AZCD10	TNM, T0: Primær tumor ikke påvist <i>Må kun anvendes ved diagnoserne DC77*-DC80*</i>
AZCD11	TNM, Ta: Tumor uden invasion <i>Må kun anvendes ved diagnoserne DD30*, DD37*-DD41*, DD44* og DD48*</i>
AZCD12	TNM, Tis: Carcinoma in situ <i>Må kun anvendes ved diagnoserne DD05*, DD06*, DD076, DD090 og DD091</i>
AZCD13	TNM, T1: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD131	TNM, T1 mic: Mikroinvasion ≤ 0,1 cm
AZCD13A	TNM, T1a: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD13A1	TNM, T1a1: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD13A2	TNM, T1a2: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD13B	TNM, T1b: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD13B1	TNM, T1b1: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD13B2	TNM, T1b2: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD13C	TNM, T1c: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD14	TNM, T2: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD14A	TNM, T2a: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD14B	TNM, T2b: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD14C	TNM, T2c: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD15	TNM, T3: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD15A	TNM, T3a: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD15B	TNM, T3b: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD15C	TNM, T3c: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD16	TNM, T4: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD16A	TNM, T4a: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD16B	TNM, T4b: Primær tumors størrelse/udstrækning*

SKS-kode	Oplysninger om stadium for primærtumor (T)
AZCD16C	TNM, T4c: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD16D	TNM, T4d: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD19	TNM, Tx: Oplysning om primær tumors størrelse foreligger ikke i afdelingen

T-stadium angives med mindst 6 karakterer.

*) Den specifikke betydning af T, N og M er defineret i ”TNM, Classification of Malignant Tumours” og er afhængig af primær tumors udgangspunkt. Der er begrænsninger i anvendelsen af enkelte af T-stadierne – se ovenstående tabel. Betydningen af den enkelte kode varierer efter organ/område. Ikke alle detaljer bruges af alle specialer/afdelinger. Der henvises til de enkelte kliniske specialer for yderligere information.

TNM klassifikationen er ikke offentligt tilgængelig i elektronisk form. Klassifikationen kan erhverves i elektronisk og i bogform. Der kan abonneres på den elektroniske udgave. Den udgives af UICC, (International Union Against Cancer) på Wiley-Liss forlag. Nyeste opdatering er 6. udgave fra 2002. AJCC udgiver en parallelpublikation.

SKS-kode	Oplysninger om regionale metastaser (N)
AZCD30	TNM, N0: Ingen regionale lymfeknudemetastaser
AZCD301	TNM, N0(i+): Mikrometastase ≤ 0,2 mm
AZCD302	TNM, N0(i-): Mikrometastase ≤ 0,2 mm
AZCD31	TNM, N1: Regionale lymfeknudemetastaser*
AZCD311	TNM, N1 mic: Mikrometastase > 0,2 mm, og ≤ 2 mm
AZCD31A	TNM, N1a: Regionale lymfeknudemetastaser*
AZCD31B	TNM, N1b: Regionale lymfeknudemetastaser*
AZCD31C	TNM, N1c: Regionale lymfeknudemetastaser*
AZCD32	TNM, N2: Regionale lymfeknudemetastaser*
AZCD32A	TNM, N2a: Regionale lymfeknudemetastaser*
AZCD32B	TNM, N2b: Regionale lymfeknudemetastaser*
AZCD32C	TNM, N2c: Regionale lymfeknudemetastaser*
AZCD33	TNM, N3: Regionale lymfeknudemetastaser*
AZCD33A	TNM, N3a: Regionale lymfeknudemetastaser*
AZCD33B	TNM, N3b: Regionale lymfeknudemetastaser*
AZCD33C	TNM, N3c: Regionale lymfeknudemetastaser*
AZCD39	TNM, Nx: Oplysning om lymfeknudestatus foreligger ikke i afdelingen

N-stadium angives med mindst 6 karakterer

SKS-kode	Oplysninger om fjerne metastaser (M)
AZCD40	TNM, M0: Ingen fjerne metastaser
AZCD41	TNM, M1: Fjerne metastaser tilstede (i organer eller ikke-regionale lymfeknuder)*
AZCD41A	TNM, M1a: Fjerne metastaser tilstede (i organer eller ikke-regionale lymfeknuder)*
AZCD41B	TNM, M1b: Fjerne metastaser tilstede (i organer eller ikke-regionale lymfeknuder)*
AZCD41C	TNM, M1c: Fjerne metastaser tilstede (i organer eller ikke-regionale lymfeknuder)*
AZCD49	TNM, Mx: Oplysning om fjerne metastaser foreligger ikke i afdelingen

M-stadium angives med mindst 6 karakterer

13.5.1.2 Ann Arbor lymfom klassifikation

Ann Arbor klassifikationen af maligne lymfomer (DB211, DB212, DB213, DC81-DC85, DC902, DC923, DC96*) er omtalt i detaljer i TNM-klassifikationsbogen.

SKS-kode	Ann Arbor stadium for maligne lymfomer
AZCC1	Ann Arbor, stadium I
AZCC1A	Ann Arbor, stadium IA
AZCC1B	Ann Arbor, stadium IB
AZCC2	Ann Arbor, stadium II
AZCC2A	Ann Arbor, stadium IIA
AZCC2B	Ann Arbor, stadium IIB
AZCC3	Ann Arbor, stadium III
AZCC3A	Ann Arbor, stadium IIIA
AZCC3B	Ann Arbor, stadium IIIB
AZCC4	Ann Arbor, stadium IV
AZCC4A	Ann Arbor, stadium IVA
AZCC4B	Ann Arbor, stadium IVB
AZCC9	Ann Arbor, oplysning om stadium foreligger ikke i afdelingen

Ann Arbor stadium angives med mindst 5 karakterer

13.5.2 Diagnosegrundlag

For at dokumentere hvilke undersøgelser, der ligger til grund for diagnosen, skal der ved anmeldelsen registreres **mindst én** kode fra hver af nedenstående 2 grupper:

SKS-kode	Klinisk - makroskopisk diagnosegrundlag
AZCK0	operation
AZCK1	endoskopisk undersøgelse/operation
AZCK2	billeddiagnostisk undersøgelse <i>røntgen, CT-skanning, ultralyd, MR-skanning og lign.</i>
AZCK3	autopsi
AZCK4	klinisk undersøgelse <i>inkluderer eksploration, palpation og lign.</i>
AZCKX	Klinisk-makroskopisk diagnosegrundlag ikke aktuel ved denne anmeldelse

Biopsi opfattes som operation hhv. endoskopisk undersøgelse/operation afhængigt af adgangsmåde

SKS-kode	Klinisk - mikroskopisk diagnosegrundlag
AZCL0	histologi/cytologi fra primær tumor <i>inkl. knoglemarvsundersøgelse</i>
AZCL1	histologi/cytologi fra metastase
AZCL2	histologi/cytologi, uvist om fra primær tumor eller metastase
AZCL3	andre klinisk/mikroskopiske undersøgelser <i>blodanalyse, differentialetælling, immunologi, cytogenetik, tumormarkører o. lign.</i>
AZCL9	ingen histologisk/cytologisk/klinisk-mikroskopisk undersøgelse <i>udover almindelige blodprøver, fx Hgb, elektrolytter og lign.</i>
AZCLX	Klinisk-mikroskopisk diagnosegrundlag ikke aktuel ved denne anmeldelse

I de tilfælde, hvor en anden afdeling på et tidspunkt overtager behandlingen af en patient med anmeldelsespligtig sygdom, typisk onkologisk efterbehandling af tidligere anmeldt patient, skal denne patient nyanmeldes med anmeldelsesstatus AZCA1.

Hvis den nye afdeling ikke umiddelbart har kendskab til makro- og mikroskopisk diagnosegrundlag, anvendes AZCKX og AZCLX.

13.5.3 Sideangivelse

Der skal obligatorisk registreres sideangivelse ved tumorer på ekstremiteter og i parrede organer.

Sideangivelse registreres med én af følgende koder som tillægskode til diagnosekoden:

TUL1	højresidig
TUL2	venstresidig
TUL3	dobbeltsidig

Følgende diagnoser skal obligatorisk have tillægskode for sideangivelse:

DC079	DC437	DC492	DC62	DC764	DD300	DD411
DC08	DC442	DC50	DC630	DC765	DD301	DD412
DC301	DC446	DC56	DC631	DC780	DD302	DD441
DC34	DC447	DC570	DC64	DC782	DD381	DD486
DC384	DC450	DC571	DC65	DC790	DD382	
DC40	DC471	DC572	DC66	DC796	DD391	
DC432	DC472	DC573	DC69	DC797	DD401	
DC436	DC491	DC574	DC74	DD05	DD410	

13.5.4 Anatomisk lokalisation

I Cancerregisteret registreres tumorerne efter mikroskopisk udseende men også efter deres lokalisation. I ICD-10 er visse tumortyper kun repræsenteret af deres mikroskopiske udseende uden lokalisation.

Dette gælder for maligne lymfomer. Følgende diagnoser skal obligatorisk have tillægskode for lokalisation:

SKS-kode	Diagnoser
DB211	AIDS medførende Burkitts lymfom
DB212	AIDS medførende andre typer af non-Hodgkins lymfom
DB213	AIDS medførende anden ondartet svulst i lymfatisk og bloddannende væv
DC81	Malignt lymfom af Hodgkin type
DC82	Malignt lymfom non-Hodgkin af follikulær type
DC83	Malignt lymfom non-Hodgkin af diffus type
DC84	T-celle malignt lymfom lokaliseret i hud eller systemisk
DC85	Andet og ikke specificeret malignt lymfom af non-Hodgkin type

SKS-kode	Diagnoser
DC902	Plasmacytoma extramedullare
DC923	Sarcoma myeloides

Tillægskoden for lokalisation baseres på en anatomiklassifikation, der kan findes på: <http://www.sst.dk/patientregistrering>

13.6 Eksempler på fuld anmeldelse

Eksempel 1

(A)DC509	Neoplasma malignum mammae uden specification
(+)AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
(+)AZCK0	operation
(+)AZCL0	histologi/cytologi fra primær tumor
(+)TUL1	højresidig
(+)AZCD13	TNM, T1: Primær tumors størrelse/udstrækning
(+)AZCD31	TNM, N1: Regionale lymfeknudemetastaser
(+)AZCD40	TNM, M0: Ingen fjerne metastaser

Eksempel 2

(A)DC508	Neoplasma malignum mammae overgribende flere regioner
(+)AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
(+)AZCK0	operation
(+)AZCL0	histologi/cytologi fra primær tumor
(+)TUL3	dobbelt-sidedig
(+)AZCD16B	TNM, T4b: Primær tumors størrelse/udstrækning
(+)AZCD33B	TNM, N3b: Regionale lymfeknudemetastaser
(+)AZCD41	TNM, M1: Fjerne metastaser tilstede (i organer eller ikke-regionale lymfeknuder)
(B)DC793A	Neoplasma malignum cerebri metastaticum
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen [%]

[%]) anmeldelsesstatus 4 anvendes her for ikke at skulle anmelde den samme sygdom 2 gange på samme kontakt – anmeldes via tillægskodningen til aktionsdiagnosen.

Eksempel 3

(A)DC830	Lymphoma malignum non-Hodgkin af diffus type 'small cell'
(+)AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
(+)AZCK0	operation
(+)AZCL0	histologi/cytologi fra primær tumor
(+)T000670	ventrikel
(+)AZCC3	Ann Arbor, stadium III

13.7 Revision af tidligere anmeldt diagnose

Anmeldelsespligten omfatter også opfølgning af tidligere anmeldelser, således at Cancerregisteret kan dannes på det korrekte datagrundlag. Dette gælder uanset tidspunktet for erkendelse af de indberettede fejlbehæftede oplysninger.

Dette er især aktuelt i alle tilfælde, hvor der er blevet indberettet en afsluttet patientkontakt, hvor diagnosen viser sig ikke at være korrekt. Eksempler er indberettet malign diagnose, der ikke var malign alligevel, indberettet 'obs. pro', der viser sig at være malign (eller andet) og indberettet fejlagtig ikke-malign diagnose, der viser sig at være malign.

Ovenstående tilfælde opstår ofte, når der efter kontaktafslutning og indberetning fremkommer nye oplysninger fx histologi-svar, der ændrer ved den indberettede diagnose og/eller ved de indberettede oplysninger (tillægskoder) for udbredelse mv.

I disse tilfælde skal kontaktens diagnose(r) og evt. tilhørende tillægskoder rettes, således at de er korrekte, og kontakten skal genindberettes.

13.8 Procedureregistrering ved anmeldelsespligtig sygdom

Der er krav om indberetning af en række procedurer, der anvendes i forbindelse med undersøgelse og behandling af anmeldelsespligtige sygdomme. Kravene omfatter bl.a. operationer, billeddiagnostik, kemoterapi, strålebehandling og medicinsk antihormonel behandling – *se afsnit 10.8.1.*

Det anbefales udover de skitserede krav at registrere de væsentligste undersøgelser, der førte frem til diagnosen, også selv om det ikke er noget indberetningskrav.

Der findes følgende kodemuligheder (registreres som procedurekoder), der kan anvendes i de tilfælde, hvor der af forskellige årsager ikke foregår nogen klinisk behandling af patienten:

SKS-kode	procedurer
ZWCM0	Alternativ cancerbehandling
ZWCM7	Besluttet behandling i anden afdeling
ZWCM8	Besluttet ingen behandling
ZWCM9	Patienten ønsker ingen udredning/behandling

ZWCM8 anvendes i de tilfælde, hvor behandling ikke er mulig, eller de tilfælde, hvor man skønner, at behandling ikke er nødvendig.

14 Data til brug for kvalitetsmåling

- 14.1 Brud på lårbenshals
- 14.2 Hofteledsalloplastik
- 14.3 Luxation af hofteledsprotese

Registrering og indberetning til brug for opgørelse af kvalitetsmål omfatter alle patienttyper.

De enkelte områder er skitseret i det følgende.

Vedr. begrundelserne for de udvalgte data henvises til kvalitetsmåle-udvalgets rapport.

14.1 Brud på lårbenshals

Hvis aktions- eller bidiagnosen er én af koderne:

DS720	Fractura colli femoris
DS721	Fractura pertrochanterica
DS721A	Fractura intertrochanterica femoris
DS721B	Fractura trochanterica femoris
DS722	Fractura subtrochanterica femoris
DS727	Fractura femoris multiplex
DS728	Fraktur i andre dele af lår
DS728A	Fractura capitis femoris

...skal der **obligatorisk** registreres tillægskode for lateralitet:

(+)TUL1 'højre side' *eller*

(+)TUL2 'venstre side'

14.2 Hofteledsalloplastik

Hvis operationskode tilhører afsnittene:

KNFB*	Primære indsættelser af ledprotese i hofteledet
KNFC*	Sekundære indsættelser af ledprotese i hofteledet
KNFW*	Reoperationer efter op. på hofte og lår

...skal der **obligatorisk** registreres tillægskode for lateralitet:

(+)TUL1 'højre side' *eller*

(+)TUL2 'venstre side'

14.3 Luksation af hofteledsprotese

Luxation af hofteledsprotese registreres ved hjælp af diagnosekoden:
DT840A Complicatio mechanica protheseos internae coxae

Der skal **obligatorisk** registreres tillægskode for lateralitet:

(+)TUL1 'højre side' *eller*

(+)TUL2 'venstre side'

15 Definitioner til patientregistreringen

- 15.1 Organisatoriske begreber
- 15.2 Administrative begreber
- 15.3 Henvisning og venteperiode
- 15.4 Indlæggelseskontakter
- 15.5 Ambulante kontakter
- 15.6 Skadestuekontakter
- 15.7 Kliniske termer
- 15.8 Diagnoseregistrering
- 15.9 Procedureregistrering
- 15.10 Komplikationsregistrering
- 15.11 Psykiatri
- 15.12 Graviditet, abort, fødsel og barsel
- 15.13 Cancer
- 15.14 Skaderegistrering
- 15.15 Genoptræning

15.1 Organisatoriske begreber

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
adresseafsnit (opholdsadresse)	det afsnit, der på et givet tidspunkt har det plejemæssige ansvar for patienten <i>Patientens fysiske opholdsadresse under indlæggelsesperiode</i>
afdeling	del af et sygehus, der er under fælles lægelig-administrativ ledelse eller afdelingsledelse <i>Svarer til enheder, der er medtaget i sygehus-afdelingsklassifikationens 6-karakters niveau. Afdeling opdeles i afsnit</i>
afsnit	del af en afdeling bestemt for én eller få afgrænsede funktioner <i>Svarer til sygehus-afdelingsklassifikationens 7-karakters niveau. Alle indberetninger knyttes til afsnitsniveauet</i>

Definitioner

akut modtageafsnit	sengeafsnit til brug for akut indlagte patienter <i>Patienter ligger almindeligvis under et døgn på akut modtageafsnit og flyttes derfra til andet afsnit eller udskrives</i>
ambulatorium (ambulatorieafsnit)	afsnit, der varetager undersøgelse, behandling og kontrol af ambulante patienter
intensivafsnit	sengeafsnit med udstyr til intensiv behandling og overvågning <i>Intensivafsnittets senge kan indgå i normeringen i egen (intensiv) afdeling eller i normeringen i klinisk stamafdeling</i>
normeret sengeplads (normeret seng) (sengeplads)	seng i et sengeafsnit til anvendelse for indlagt patient <i>I normeringen indgår personale til overvågning og pleje. Normerede sengepladser inkluderer senge på akut modtageafsnit, senge til intensiv behandling, hotelsenge (til indlagte patienter), kuvøser samt senge på neonatalafsnit. Vugger til nyfødte på fødeafsnit og senge på opvågningsafsnit medregnes ikke til de normerede sengepladser</i>
opvågningsafsnit	afsnit med udstyr til overvågning af patienter efter anæstesi <i>Afsnittet kan anvendes til såvel ambulante som indlagte patienter. Indlagte patienter disponerer desuden over en plads på et sengeafsnit. Sengepladserne i opvågningsafsnit medregnes ikke til sygehusets normerede sengepladser. Sengedage på opvågningsafsnit medregnes under stamafdelingen</i>
patienthotel	afsnit på eller i tilknytning til sygehuset, der alene yder det til opholdet hørende kost og logi <i>Patienthotellet er stamafsnit for 'hotelpatient', og adresseafsnit for patienter indskrevet på sengeafsnit</i>

sengeafsnit	afsnit med normerede sengepladser med personale til overvågning og pleje, der varetager undersøgelse og behandling af indlagte patienter <i>Hertil regnes også akutte modtageafsnit og intensivafsnit, men ikke opvågningsenge og vugger til nyfødte eller observationspladser i ambulatorier</i>
serviceafsnit	afsnit, der yder assistanceydelse til klinisk stamafsnit <i>Serviceafsnit er fx laboratorieafsnit eller røntgenafsnit. Denne definition omfatter ikke afsnittets "egne patienter"</i>
skadestue (skadestueafsnit)	afsnit, der modtager akutte patienter til undersøgelse og behandling
stamafdeling	den afdeling, der har det lægelige ansvar for den aktuelle kontakt, og som har ansvaret for journalføringen samt gennemførelsen af de krævede registreringer og indberetninger <i>Svarer til sygehus-afdelingsklassifikationens 6-karakters niveau. Patienten er indskrevet på et stamafsnit (sengeafsnit eller ambulatorium) under stamafdelingen</i>
stamafsnit	det afsnit, som patienten er indskrevet på <i>Et stamafsnit er et sengeafsnit eller et ambulatorieafsnit</i>

15.2 Administrative begreber

afslutning af patientkontakt	ophør af patientkontakt
afslutning ved død (mors)	afslutning af patientkontakt ved patients død <i>Afslutningsmåde 8 = Død anvendes i alle tilfælde, hvor en kontakt afsluttes pga. patientens død. Kontaktens afsluttes på den dato, hvor afdelingen modtager besked om dødsfaldet</i>

Definitioner

afslutningsmåde	angivelse af hvilken instans, patientkontakten afsluttes til <i>Fx: (til) Alment praktiserende læge</i>
akut patient	patient, der er modtaget uden iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner <i>Patienter med en akut tilstand, der kræver umiddelbar klinisk handling. Patienten indskrives uden oprettelse af en henvisningsperiode, uanset patientens "vej" til sygehuset. En akut patient kan også være en oprindeligt planlagt patient, der indskrives akut før det planlagte tidspunkt</i>
akut patientkontakt (akut kontakt)	patientkontakt der ikke følger afdelingens normale planlægning <i>'Akut' anvendes i betydningen "i forhold til akut tilstand". 'Akut' betyder således, at fx indlæggelse skal ske umiddelbart, uanset om der er ledig kapacitet ("hul i kalenderen") eller ej</i>
besøg	patients fremmøde i forbindelse med en patientkontakt, der ikke omfatter indlæggelse
barnepatient	patient der ikke er fyldt 15 år <i>Patienter der ikke er fyldt 15 år betragtes ifølge loven som inhabile, men patientens tilkendegivelser skal, i det omfang de er aktuelle og relevante, tillægges betydning</i>
færdigbehandlet patient	<i>en patient er færdigbehandlet i stationært regi, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs. når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling</i>
habil patient	voksenpatient der er i stand til at give informeret samtykke <i>Afgørende er om den pågældende kan forholde sig fornuftsmæssigt til behandlingsforslag m.m.</i>

hjemmebesøg	<p>en klinisk persons besøg i patientens hjem <i>Inkluderer det sted, hvor patienten bor eller fremtidigt skal bo. Indberetningen er afgrænset til sygehusansat klinisk personale.</i> <i>Ambulante patienter indberettes efter aftale med regionerne som besøg (besøgsdato) med obligatorisk procedurekode AAF6 for hjemmebesøg.</i> <i>For indlagte patienter indberettes hjemmebesøg med procedurekode AAF6(uden besøgsdato)</i></p>
hotelpatient	<p>patient, der er indskrevet på et patienthotel <i>Hotelpatienter indberettes som særskilte ambulante kontakter. Dette gælder dog ikke for patienter indskrevet som indlagte på klinisk stamafsnit med adresseafsnit på patienthotellet.</i> <i>Der kan ikke knyttes ydelser til denne særlige kontaktype. Ydelser skal knyttes til kontakten (ambulant eller indlagt) på det kliniske stamafsnit</i></p>
indbragt patient	<p>patient der uden aftale bringes i kontakt med sundhedsvæsenet af en anden person</p>
indlæggelsesmåde	<p>angivelse af prioritet for kontaktstart <i>Akut eller planlagt</i></p>
informeret samtykke	<p>samtykke der er givet ved en konkret kontakt på grundlag af fyldestgørende information fra en sundhedsprofessionel <i>Dette samtykke kan være mundtligt eller skriftligt.</i> <i>Et samtykke til behandling (undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og sundhedsfaglige forebyggelses-tiltag mv.) er patientens frivillige accept af at ville modtage en bestemt behandling</i></p>
inhabil patient	<p>voksenpatient der ikke er i stand til selv at give informeret samtykke <i>Patienter der ikke er fyldt 15 år betragtes ifølge loven som inhabile, men patientens tilkendegivelser</i></p>

Definitioner

skal, i det omfang de er aktuelle og relevante, tillægges betydning

kontaktslutdato (slutdato)	dato for afslutning af en kontakt <i>Omfatter udskrivningsdato og ambulante slutdato. Registreres som 'slutdato'. For ambulante patienter vil slutdato normalt være lig med sidste besøgsdato, fx hvor der træffes beslutning om at afslutte behandlingen. Slutdato kan godt ligge efter sidste besøgsdato, hvis patienten udebliver, hvis der afventes svar, før færdigregistrering kan foretages, eller hvis patienten dør før næste aftalte besøg</i>
kontaktstartdato (startdato)	dato for påbegyndelse af en kontakt <i>Anvendes for alle kontaktyper. Omfatter indlæggelsesdato, ambulante startdato og dato for skadestuebesøg. Registreres som 'startdato'</i>
kontaktårsag (kontaktårsagskode)	overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset <i>Omfatter kontaktårsagerne: (1) sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion, (2) ulykke, (3) vold, (4) selvmordsforsøg, (5) senfølge, (8) andet og (9) ukendt/uoplyst</i>
kvalitetsmåling	del af kvalitetsovervågning hvor kvaliteten af en ydelse eller et produkt objektivt konstateres <i>Kan evt. udføres vha. kvalitetsindikatorer. Resultat af kvalitetsmåling indgår i kvalitetsvurdering.</i>
midlertidigt inhabil patient	voksenpatient der midlertidigt ikke er i stand til selv at give informeret samtykke <i>fx bevidstløs patient</i>
mundtligt samtykke	informeret samtykke der er afgivet mundtligt af en patient <i>Er tilstrækkeligt for, at en sundhedsprofessionel kan indlede eller fortsætte en behandling, men det skal fremgå af patientens journal, hvilken information</i>

	<i>patienten har fået, og hvad patienten har tilkendegivet på baggrund af denne</i>
patient	sundhedsaktør, der er genstand for en sundhedsaktivitet
patientkontakt (kontakt)	konkret kontakt mellem en patient og sundhedsvæsenet som udløser en administrativ registrering
patienttype	angivelse af en patients administrative relation til sygehuset <i>Patienttype er: (0) indlagt patient, (2) ambulant patient og (3) skadestuepatient. Svarer således til kontaktyperne</i>
planlagt patient (ikke akut patient) (elektiv patient)	patient, der er modtaget med iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner <i>Patienten er klar til "første ledige hul" i kalenderen</i>
planlagt patientkontakt (planlagt kontakt) (elektiv patientkontakt)	patientkontakt, der følger afdelingens normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner (ikke akut)
pårørende (patientpårørende)	person der har et tilknytningsforhold til en patient i forbindelse med en kontakt <i>Se evt. Sundhedsstyrelsens vejledning, 1998-09-16 nr. 161</i>
rask forsøgsperson	Person, der modtager sundhedsrelateret aktivitet alene af forskningsmæssige grunde <i>Er uden kendt eller formodet sygdom eller tilstand, der er relevant for den sundhedsrelaterede aktivitet</i>
screening (systematisk screening)	tidlig opsporing der systematisk søger at finde ikke erkendte sygdomme og risikofaktorer <i>Målgruppen er raske personer</i>

Definitioner

selvhenvender	patient, der på egen hånd kontakter sundhedsvæsenet uden aftale
skriftligt samtykke	informeret samtykke der er afgivet skriftligt af en patient <i>Anvendes i forbindelse med videnskabelige forsøg, ved større indgreb, komplicerede behandlinger med risiko for omfattende komplikationer, og hvor en sundhedsprofessionel vil være sikker på, at der ikke efterfølgende kan blive rejst tvivl om samtykkets indhold</i>
stiltiende samtykke	informeret samtykke hvor en patients signaler og opførsel må forstås således, at der foreligger en accept <i>Vil som regel kun være aktuelt i forbindelse med delelementer i et undersøgelses- og behandlingsforløb. Hvis en patient fx kommer til en konsultation hos egen læge, må lægen gå ud fra, at patienten stiltiende har givet sit samtykke til de almindelige undersøgelser, som foregår ved en konsultation</i>
sundhedsaktivitet	sundhedsrelateret aktivitet, der er rettet mod én patient
sundhedsaktør	aktør, der deltager i sundhedsrelateret aktivitet
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>Ydelsen (uden besøg) kan erstatte et fremmøde på hospitalet eller et hjemmebesøg, registreres med relevante SKS-koder, BVAA33* på den ambulante kontakt</i>
udebesøg	møde mellem en patient og sundhedsfagligt uddannet personale på fx dagcentre, væresteder, kriminalforsorgen, rådgivningscentre m.m. <i>Besøget sker som led i ambulans udredning, undersøgelse, behandling eller kontrol.</i>

Indberetningen inkluderer ikke ambulante besøg, hjemmebesøg, institutionsbesøg eller virksomhedsbesøg. Der må ikke indberettes besøgsdato for udebesøg

udtrykkeligt samtykke	informeret samtykke hvor en patient bevidst og tydeligt giver udtryk for, at han/hun er indforstået <i>Dette samtykke kan være mundtligt eller skriftligt</i>
varigt inhabil patient	voksenpatient der ikke varigt er i stand til selv at give informeret samtykke <i>fx pga. manglende udvikling eller pga. alderssvækkelse eller lignende. Endvidere må kronisk sindslidende ofte henregnes til denne gruppe af patienter</i>
voksenpatient	patient der er fyldt 15 år <i>Hos 15 til 17-årige er kompetencen endeligt lagt hos den unge ved uenighed mellem den unge og indehavere af forældremyndighed</i>

15.3 Henvisning og venteperiode

afslået behandlingstilbud	patientens afslag af tilbud om behandling på andet sygehusafsnit <i>Der indberettes dato for afslag. Hvis denne dato ikke er kendt, indberettes dato for afsendt brev til patient med vejledning om behandlingstilbud</i>
aktiv ventetid	del af venteperiode, hvor en patient har status som ventende <i>Status i aktive venteperioder kan fx være: venter på udredning, venter på behandling, venter på assistance</i>
beslutningstidspunkt	tidspunkt for endelig stillingtagen til, hvilken behandling, som patienten skal modtage <i>Beslutningstidspunkt afslutter udredningen</i>
endelig behandling	den behandling, der klinisk vurderes til bedst at kunne afhjælpe det aktuelle sygdomsproblem

Definitioner

	<i>Endelig behandling kan have et kurativt og/eller et palliativt sigte</i>
erfarede ventetider	summen af de indberettede venteperioder hvor patienten har været aktivt <i>ventende</i> i hele venteforløbet.
henvisning	anmodning fra en henvisningsinstans til en sundhedsproducent om udførelse af eller medvirken til en sundhedsaktivitet <i>Henvisninger oprettes udelukkende til planlagte kontakter. Henvisende instans kan være primærsektoren eller en anden afdeling eller afsnit. Denne definition omfatter ikke rekvisition til serviceafsnit eller andet afsnit, der ikke skal være stamafsnit for patienten</i>
henvisningsdato	dato for modtagelse af en henvisning på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten <i>Startdato for henvisningsperioden</i>
henvisningsinstans (henvisende instans)	sundhedsaktør med henvisningsret til sundhedsvæsenet
henvisningsperiode	periode fra henvisningsdatoen til dato for første fremmøde på sygehuset <i>Første fremmøde er indlæggelse eller første ambulante besøg</i>
intern ventetid, til udredt	perioden fra henvisningsdato, til dato for beslutningstidspunkt for endelig behandling
intern ventetid, behandling	perioden fra dato for beslutningstidspunkt til dato for start af endelig behandling
omvisitering	afslutning af henvisning ved videre henvisning til andet sygehusafsnit på grund af samme helbredsproblem

udredning	afklaring af, hvilken endelig behandling, der skal ske <i>Udredning kan foregå ambulant, omfattende et eller flere besøg, eller under indlæggelse. Start på udredning afslutter henvisningsperioden. Udredning under indlæggelse afslutter venteperioden</i>
udredningsperiode	periode fra start af udredning til beslutningstidspunkt <i>Der kan i udredningsperioden ske behandling, dog ikke endelig behandling</i>
udvidet fritvalgsordning	tilbud om behandling på andet sygehusafsnit end det afsnit, hvortil patienten oprindeligt er henvist <i>Hvis ventetiden til behandling overstiger 1 måned, skal patienten modtage et tilbud om behandling på andet sygehusafsnit</i>
ventende patient (ventepatient) (ventelistepatient)	patient som afventer endelig behandling <i>Patienten er ventende fra henvisningsdato indtil endelig behandling bortset fra eventuel mellemliggende udredningsperiode</i>
venteperiode	periode i forhold til den enkelte kontakt <i>fx ventetiden før en udredning eller ventetid før en behandling</i>
ventestatus	status for om en patient er ventende eller ikke ventende <i>I hele henvisningsperioden skal der være en ventestatus. Hvis patienten udredes ambulant og der tages stilling til, at patienten skal behandles ambulant, indberettes ventestatus fra dato for stillingtagen til endelig behandling og til dato for endelig behandling</i>
visitation	sundhedsfaglig vurdering af en patients behov for sundhedsaktiviteter og prioritering heraf på baggrund af en henvisning eller en patientkontakt

15.4 Indlæggelseskontakter

akut indlæggelse	indlæggelse, der har fundet sted uden iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner
indlagt patient (stationær patient)	patienttype for patient, der er indskrevet på et sengeafsnit og optager en normeret sengeplads <i>Indberettes som patienttype (0)</i>
indlæggelsesdato	dato for påbegyndelse af en indlæggelseskontakt <i>Se kontaktstartdato</i>
indlæggelseskontakt (indlæggelse)	patientkontakt på et sengeafsnit <i>Ved indlæggelse registreres startdato og indlæggelsestid og -minut</i>
indlæggelsesmåde	angivelse af prioritet for start af indlæggelseskontakt <i>Akut eller planlagt</i>
indlæggelsesperiode	periode fra indlæggelsesdato til udskrivningsdato
intern flytning (lille flytning)	flytning af en patient indenfor samme sengeafsnit. <i>Adskiller sig fra overflytning ved at foregå inden for samme afsnit (samme 7-karakters niveau)</i>
overflytning (stor flytning)	udskrivning fra et sengeafsnit med umiddelbart efterfølgende indlæggelse på et andet sengeafsnit <i>Overflytning regnes som udskrivning og ny indlæggelse (andet 7-karakters niveau)</i>
patientorlov (orlov)	periode i en indlæggelseskontakt, hvor patienten har tilladelse til at forlade sygehuset i op til 3 døgn <i>I forbindelse med helligdage kan orlovsperioden dog forlænges. Patienten disponerer over en sengeplads efter behov. Orlovsperioder skal ikke indberettes</i>

stationær ydelse ydelse givet til en indlagt patient
Inkluderer eventuelle assistancer givet under indlæggelsesperioden

udskrivningsdato dato for afslutning af en indlæggelseskontakt
Se kontaktslutdato

15.5 Ambulante kontakter

ambulant besøg besøg i forbindelse med ambulant patientkontakt, hvor stamafdelingen er involveret
*Hermed menes ethvert fremmøde på sygehuset, hvor der er deltagelse af klinisk personale fra stamafsnittet, uanset hvor besøget fysisk finder sted. Ambulant besøg omfatter ikke fremmøde på serviceafsnit uden besøg på klinisk stamafsnit (assistance) eller fremmøde på andet klinisk afsnit til assistanceydelse. **Assistancer registreres som ambulant ydelse uden besøg.** Se også ambulant ydelse og assistance*

ambulant besøgsdato (besøgsdato) dato for ambulant besøg
Se også ambulant ydelse

ambulant kontakt patientkontakt på et ambulatorium
Indberettede ambulante kontakter kan indeholde ambulante ydelser såvel som besøg (besøgsdato)

ambulant patient patienttype for patient, der er indskrevet på et ambulatorium
Indberettes som patienttype (2). En patient kan ikke modtage ydelser på en ambulant kontakt samtidig med, at der er en indlæggelsesperiode for samme sygdom. Alle ydelser givet i indlæggelsesperioden, skal registreres på indlæggelsen

ambulant ydelse ydelse givet til en ambulant patient
Omfatter ydelser produceret af stamafsnittet, assistancer produceret af andre kliniske afsnit og assistanceydelser produceret af serviceafsnit. Ydelser givet i en indlæggelsesperiode for samme sygdom registreres på indlæggelseskontakten, jf.

kommentar under "ambulant patient". Se også assistance og ambulant besøg

dato for første ambulante besøg dato for den ambulante patients første ambulante besøg
Kan være til udredning eller behandling

kontrolbesøg (kontrol) planlagt ambulant besøg mhp. klinisk kontrol

15.6 Skadestuekontakter

skadestuekontakt kontakt med et skadestueafsnit som stamafsnit
Ethvert fremmøde (besøg) registreres som en selvstændig afsluttet kontakt

skadestuepatient patienttype for patient, der er indskrevet på et skadestueafsnit
Indberettes som patienttype (3). Indskrivning sker efter selvhenvendelse, henvisning eller indbringelse på grund af tilskadekomst eller anden akut opstået tilstand

15.7 Kliniske termer

kodeart angivelse af den efterfølgende SKS-kodes registreringsmæssige betydning
Inkluderer arten "tillægskode" (+), der angiver, at den efterfølgende SKS-kode er en tillægskode

primærkode den første kode i en SKS-registrering
Primærkoden skal ses sammen med den foranstillede kodeart, fx (A)DA180F aktionsdiagnosen 'tuberculosis coxae'

SKS-klassifikation klassifikation der indgår i Sundhedsvæsenets KlassifikationsSystem (SKS)
SKS-klassifikationerne vedligeholdes af Sundhedsstyrelsen

SKS-kode	kode fra SKS-klassifikation <i>Til registrering kan kun anvendes SKS-koder, der har en gyldighedsperiode, der omfatter en del af eller hele kontakten. Procedurekoder skal være gyldige på proceduredato. Der gælder herudover særlige regler i forbindelse med de forskellige registreringer</i>
(1) tillægskode	kodeart, der angiver, at den efterfølgende SKS-kode er en tillægskode til den foranstillede primærkode
(2) tillægskode	SKS-kode, der supplerer primærkodens betydning <i>Tillægskoden specificerer primærkodens betydning, fx sideangivelse til operationskode eller underbygger primærkodens information, fx indikation for procedure</i>

15.8 Diagnoseregistrering

aktionsdiagnose	den diagnose, der ved afslutning af en kontakt bedst angiver den vigtigste tilstand, som kontakten drejede sig om <i>Registreres med diagnosearten (A). Det er en klinisk vurdering, hvad der er den vigtigste tilstand (diagnose)</i>
bidiagnose	diagnose, der supplerer beskrivelsen af den afsluttede kontakt <i>Registreres med diagnosearten (B). Bidiagnoser supplerer aktionsdiagnosens beskrivelse af den afsluttede kontakt. Kun de klinisk betydende bidiagnoser skal registreres</i>
diagnose (diagnosetekst)	vurderet helbredstilstand der er formaliseret <i>Omfatter egentlige sygdomme, skader, andre lidelser, symptomer og kontaktårsager, inkl. "obs. pro", "kontrol" m.m. Klassificeres efter "Klassifikation af sygdomme"</i>
diagnose	klassificeret betegnelse for en diagnose, der er

Definitioner

(diagnosekode)	optaget i gældende ”Klassifikation af sygdomme” <i>Registreres med SKS-kode og specificeres evt. med tillægskode. I SKS-format (til indberetning) har disse koder et foranstillet ‘D’. Indberettes med angivelse af diagnoseart</i>
diagnoseart	angivelse af den efterfølgende SKS-diagnosekodes registreringsmæssige betydning <i>Diagnosearten vil normalt først blive endeligt fastlagt ved kontaktens færdigregistrering</i>
henvisningsdiagnose	diagnose, der angives af henvisende instans som årsag til henvisning <i>Registreres med diagnosearten (H)</i>
indikation	vurderet helbredstilstand der benyttes som begrundelse for en intervention
midlertidig diagnose (arbejdsdiagnose)	diagnose, der anvendes som arbejdsdiagnose i det kliniske undersøgelses- og behandlingsforløb <i>Diagnosearten (M) er reserveret til denne anvendelse. Indberettes ikke på afsluttede kontakter. Diagnosearten (M) må ikke anvendes for psykiatriske patienter</i>

15.9 Procedureregistrering

akut procedure	procedure, der er gennemført uden iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner <i>Procedurer udført akut kan registreres med tillægskoden (+)ATA1 akut</i>
aflyst procedure	procedure, som ikke gennemføres på det tidspunkt, der er meddelt patienten <i>Patienten er skriftligt eller mundtligt meddelt det oprindeligt planlagte tidspunkt</i>
assistance	procedure, hvor producenten er forskellig fra stamafdelingen <i>Der skelnes på sygehus-afdelingsklassifikationens</i>

6-karakters afdelingsniveau. Der kan indberettes assistancer i henvisningsperioden

behandling	<p>intervention, hvor sundhedsformål er at påvirke en patients helbredstilstand</p> <p><i>Behandlingsprocedurer foretaget af klinisk personale. Klassificeres efter gældende "Behandlings- og Plejeklassifikation", operationer dog efter gældende "Klassifikation af operationer". Der vil ved en række procedurer ofte samtidig ske "behandling" og "profylakse". Man vil i disse tilfælde tale om blot "behandling" eller "behandling og profylakse". Rent profylaktiske handlinger bør betegnes "profylakse" eller "forebyggelse"</i></p>
deloperation	<p>operation, der indgår som en del af et kirurgisk indgreb uden at være den "vigtigste operation"</p> <p><i>Indberettes med procedurearten 'D'</i></p>
kirurgisk indgreb (indgreb)	<p>èn eller flere operationer udført i samme seance</p> <p><i>De operationer (operationskoder), der indgår i et kirurgisk indgreb, vil typisk være udført under samme anæstesi. Der skal foretages en klinisk vægtning af indgrebets operationer, se procedureart</i></p>
klinisk kontrol (kontrolundersøgelse) (kontrol)	<p>kontrol af patientens tilstand eller af en tidligere iværksat behandling</p> <p><i>Kontrol foretaget af klinisk personale</i></p>
operation (operationskode)	<p>procedure klassificeret i gældende operationsklassifikation</p> <p><i>En operation omfatter kun én operationskode. Klassificeres efter gældende "Klassifikation af operationer". I SKS-format (til indberetning) har disse koder et foranstillet 'K'. Flere operationer kan indgå i ét kirurgisk indgreb</i></p>
planlagt procedure (elektiv procedure)	<p>procedure, der ønskes gennemført under iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner</p>

Definitioner

pleje	procedure med plejemæssigt sigte <i>Plejehandling foretaget af klinisk personale. Klassificeres efter gældende "Behandlings- og Plejeklassifikation"</i>
primære operation	den vigtigste operation i et kirurgisk indgreb <i>Der skal udpeges én "vigtigste operation" pr. indgreb. Denne indberettes med procedurearten 'P'</i>
procedure (intervention) (handling) (ydelse)	handling, der kan udføres på eller gives til en person med kontakt til sygehusvæsenet <i>Procedurer omfatter undersøgelse, behandling pleje, forebyggelse og rådgivning. Klassificeres efter SKS-procedureklassifikationer</i>
procedureart (operationsart)	angivelse af den efterfølgende SKS-procedurekodes registreringsmæssige betydning <i>Omfatter "primære operation" og "deloperation". Disse anvendes i registreringen af kirurgisk indgreb. Andre procedurer indberettes med procedurearten "blank"</i>
proceduredato	dato for udførelse af procedure <i>Generelt registreres starttidspunktet</i>
procedurekode	klassificeret betegnelse for en procedure, der er optaget i gældende SKS-procedureklassifikation <i>Registreres med SKS-kode og specificeres evt. med tillægskode. Operationskoder indberettes med angivelse af procedureart</i>
procedureminut	angivelse af minut for en procedures udførelse <i>Generelt registreres starttidspunktet</i>
proceduretime	angivelse af time for en procedures udførelse <i>Generelt registreres starttidspunktet</i>

producent	det afsnit, der har udført en procedure <i>Registreres på sygehus-afdelingsklassifikationens 7-karakters afsnitsniveau</i>
profylakse	procedure med forebyggende sigte <i>Forebyggende handling foretaget af klinisk personale</i>
rekvirent	det afsnit, der har bestilt en procedure <i>Registreres på sygehus-afdelingsklassifikationens 7-karakters afsnitsniveau</i>
reoperation	operation foretaget pga. en postoperativ komplikation inden for en måned efter den første operation <i>Omfatter ikke operationer, der udføres, fordi den første operation (indgreb) ikke er lykkedes. Ekskluderer "sekundær operation"</i>
sekundær operation (sekundært indgreb)	opfølgende operation <i>Omfatter indgreb, der indgår i serielle behandlingsprogrammer, inkl. korrektioner efter tidligere foretaget indgreb, fx ved behandling af misdannelser eller ved plastikkirurgiske behandlingsserier. Indgreb, hvor der tidligere har været foretaget indgreb, uden at dette kan betegnes som en komplikation til behandling. Der findes på en række områder koder for "sekundære operationer", fx udskiftning af en tidligere indsat hofteledsprotese</i>
telemedicin	digitalt understøttede sundhedsfaglige ydelser over afstand
undersøgelse	intervention hvor sundhedsformål er at belyse en patients helbredstilstand <i>Diagnostiske procedurer foretaget af klinisk personale, udført med eller uden anvendelse af instrument/apparatur. Klassificeres efter gældende "Undersøgelsesklassifikation" (under udarbejdelse).</i>

Profylaktiske handlinger bør betegnes ”profylakse” eller ”forebyggelse”

ydelse procedure, der er udført

15.10 Komplikationsregistrering

komplikation til procedure (komplikation) tilstand som er en utilsigtet følge af en procedure
Omfatter utilsigtet følge af en procedure, uanset om denne har været gennemført korrekt eller mangelfuldt, om der har været svigt af anvendt apparatur, eller om komplikationen må tilskrives patientens tilstand eller andre forhold i øvrigt. Kan angives med relevant SKS-kode, der kan indberettes med arten ‘C’

15.11 Psykiatri

familieterapi Samtaleterapeutisk behandlingsmetode udført overfor familie af certificeret læge eller psykolog eller læge eller psykolog under uddannelse med henblik på certificering

individuel psykoterapi Samtaleterapeutisk behandlingsmetode udført overfor enkelt person af certificeret læge eller psykolog, eller læge eller psykolog under uddannelse med henblik på certificering

længerevarende patientfravær periode i en indlæggelseskontakt, hvor en patient har tilladelse til at forlade sygehuset op til 30 døgn
Gælder kun for psykiatrisk indlagte patienter. Patienten disponerer over en sengeplads efter behov. Må ikke forveksles med orlov som er op til 3 døgn. Længerevarende fravær skal ikke indberettes

parterapi Samtaleterapeutisk behandlingsmetode udført overfor par af certificeret læge eller psykolog eller læge eller psykolog under uddannelse med henblik på certificering

patientfravær uden periode i en indlæggelseskontakt, hvor en patient

aftale	forlader sygehuset uden at der foreligger en aftale <i>Gælder kun for retspsykiatriske indlæggelseskontakter. Med ordet retspsykiatri menes den form for psykiatri, der udøves på et retsligt grundlag enten ved undersøgelse eller ved behandling. Patienten disponerer over en sengeplads ved genindbringelse. Patientfravær uden aftale skal ikke indberettes</i>
psykiatrisk dagbehandling	Ophold på ambulans dagafsnit med deltagelse af personale tilknyttet dagafsnittet. <i>'Dagbehandling' registreres uanset varigheden af opholdet</i>
psykoedukation i gruppe	Undervisning af personer med sindslidelse og/eller deres pårørende med det formål at formidle viden om de pågældendes psykiske lidelse, behandling og om andre tiltag, som indgår i behandlingen og støtten til de pågældende, fx sociale tiltag
psykologisk undersøgelse	En psykologisk undersøgelse er en metode til belysning af intellektuelle, abstrakte og praktiske kompetencer, personlighedstræk, karakter og evt. psykopatologi. Den afdækker såvel den kognitive som den personlighedsmæssige struktur hos et menneske
startvilkår	angivelse af de juridisk-administrative forhold ved start af en psykiatrisk kontakt
ydelse uden besøg	<i>Denne betegnelse anvendes om ambulante ydelser, der ikke indgår i ambulans besøg og i hjemmebesøg. Visse "ydelser uden besøg" skal obligatorisk indberettes</i>

15.12 Graviditet, abort, fødsel og barsel

abort	abort af et foster <u>uden livstegn</u> før fulde 22 svangerskabsuger ($\leq 21+6$) <i>Omfatter spontan og provokeret abort <22 uger</i>
-------	--

Definitioner

dødfødsel	<p>fødsel af barn uden livstegn efter 22 svangerskabsuger ($\geq 22+0$)</p> <p><i>Dette gælder uanset, om baggrunden er et indgreb efter abortloven.</i></p> <p><i>Dødfødsler indberettes til LPR via moderens fødselsoplysninger og desuden via særlig papirblanket. Der skal i disse tilfælde ikke indberettes en kontakt på barnet, men der skal foretages ligsyn og udstedes dødsattest.</i></p>
flernummer	angivelse af barnets nummer indenfor aktuelle graviditet
fødsel	<p>(mor) se fødselstidspunkt.</p> <p><i>Fødslen som periode fra aktiv fødsel til barnet er helt ude (fødselstidspunkt) indgår ikke i registreringsdefinitioner.</i></p> <p><i>En graviditet kan omfatte flere fødsler, idet graviditeten kan fortsætte efter fx elektivt kejsersnit af et foster</i></p>
fødselstidspunkt	<p>tidspunkt, hvor barnet er helt ude af moderen</p> <p><i>Fødselstidspunktet bestemmer fødested, dvs. typen af fødsel (sygehus/hjemme/"på vej") ud fra en registreringsmæssig betragtning</i></p>
"fødsel på vej"	<p>fødsel, hvor barnet fødes udenfor hjem og sygehus</p> <p>Registreres på sygehuset som "fødsel på vej"</p>
hjemmefødsel	<p>fødsel, hvor barnet fødes i hjemmet</p> <p><i>Hjemmefødsler indberettes på blanket.</i></p> <p><i>Fødsel, der er startet i hjemmet, men hvor barnet ikke er født i hjemmet, betragtes ikke som hjemmefødsel</i></p>
inkomplet hjemmefødsel	<p>fødsel, hvor fødslen er startet i hjemmet eller på vej til sygehuset, hvor fødslen afsluttes på sygehus</p> <p><i>Fødslen er først komplet, når moderkagen (placenta) er kvitteret. Medregnes til sygehusfødsler</i></p>
komplet hjemmefødsel	fødsel, hvor såvel barnet som moderkagen er født i hjemmet

Medregnes ikke til sygehusfødsler

levendefødt barn	barn, der efter fødsel/fremhjælpning viser livstegn <i>Dette gælder uanset svangerskabslængde, og uanset, om baggrunden er et indgreb efter abortloven</i>
paritet	antallet af gennemførte graviditeter inkl. dødfødsler <i>Ved flere fødsler indenfor samme graviditet er pariteten for alle fødsler den samme - pariteten ved afslutning af den aktuelle graviditet</i>
placentavægt	ved flerfoldfødsel registreres hver placenta for sig. Ved sammenhængende placenta registreres den totale vægt på hvert barn
provokeret abort	provokeret abort af et foster uden livstegn før udgangen af 22. svangerskabsuge
spontan abort	spontan abort af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger <i>Efter 22 uger anvendes betegnelsen "spontan fødsel af dødt barn"</i>
sygehusfødsel	fødsel, hvor barnet fødes på sygehus

15.13 Cancer

anatomisk lokalisation	angivelse af tumors anatomiske lokalisation
anmeldelsespligtig sygdom (til Cancerregisteret)	sygdom, hvor der gælder særlige krav om indberetning til Cancerregisteret
anmeldelsesstatus	angivelse af en anmeldelsespligtig sygdoms status i forhold til anmeldelse til Cancerregisteret <i>Registreres som tillægskode til den anmeldelsespligtige diagnose</i>
diagnosegrundlag	angivelse af undersøgelser der ligger til grund for diagnosen

Definitioner

recidiv (sygdomsrecidiv)	tilbagefald af sygdom efter periode med komplet eller partiel remission <i>Den generelle betydning dækker enhver klinisk genkomst af en sygdom efter en periode uden klinisk erkendelig sygdomsaktivitet. For neoplastiske sygdomme inkluderer dette lokalt recidiv og fund af metastase efter sygdomsfri periode</i>
stadium	den anmeldelsespligtige sygdoms udbredelse <i>Registreres ved kontaktens start eller snarest derefter, dog senest 4 måneder efter kontaktens start</i>

15.14 Skaderegistrering

aktivitet	aktivitet, som den skaderamte var i gang med på hændelsestidspunktet
branche	skadesramtes arbejdsgivers brancheområde <i>anvendes ved arbejdsulykker</i>
hændelse	begivenhed, der forudgår skademekanismen og er en forudsætning for opståen af skade
produkt ved hændelse	involveret produkt i hændelse
produkt ved skademekanisme	involveret produkt i skademekanisme
selvmordshandling (selvskadehandling)	hændelse i form af tilsigtet handling, der med fortsæt fører til skade på egen person <i>- se dog afgrænsning af selvmordsforsøg i afs. 8.3</i>
skademekanisme	direkte skadevoldende effekt på den skaderamte
skadested	sted, hvor skaderamte befandt sig på tidspunkt for skadens opståen
sportsaktivitet	<i>kan anvendes til yderligere specificering af skaderamtes sportsaktivitet på ulykkestidspunktet eller tidspunktet for voldshandling</i>

trafikantrolle for tilskadekomne	skaderamtes trafikantrolle på ulykkestidspunktet <i>eks. fodgænger, buspassager</i>
transportform for modpart	modpartens transportform på ulykkestidspunktet
transportform for tilskadekomne	skaderamtes transportform på ulykkestidspunktet
transportmiddel	transportmiddel involveret i ulykkeshændelse
uheldssituation	<i>specificerer omstændighederne ved en køretøjsulykke eks. enueheld, modpart i modsat færdselsretning</i>
voldshandling	hændelse i form af tilsigtet handling, der med fortsæt fører til skade på anden person

15.15 Genoptræning

genoptræning	genoptræning er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en patient, eventuelt pårørende og personale med formålet, at patienten opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne – bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt
almindelig ambulante genoptræning	almindelig genoptræning anvendes som betegnelse for den ambulante genoptræning på sygehus, der ikke er specialiseret ambulante genoptræning
specialiseret ambulante genoptræning	specialiseret ambulante genoptræning anvendes som betegnelse for en samlet genoptræningsindsats, der kræver et samtidigt eller tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau med henblik på en tæt koordinering af genoptræning, udredning og behandling
genoptræningsplan	for at regionerne kan opkræve betaling fra kommunen, skal der til grund for den ambulante genoptræning, ligge en genoptræningsplan. Udarbejdelsen og registreringen af genoptræningsplanen sker i syge-

Definitioner

husregi, inden patienten udskrives. Denne registrering indberettes til LPR

Teknisk del

16 Oversigt over data, der indgår i registreringen

Nedenstående tabel er en oversigt over hvilke data, der indgår i registrering af henholdsvis indlagte, ambulante patienter og skadestuepatienter.

Datanavn	Indgår i registreringen for		
	Indlagte patienter	Ambulante patienter	Skadestuepatienter
Sygehusnummer	X	X	X
Afdelings/afsnitsnummer	X	X	X
Personnummer	X	X	X
Kommunennummer	X	X	X
Startdato	X	X	X
Patienttype	X	X	X
Indlæggelsestidspunkt/Starttidspunkt for ambulans kontakt/tidspunkt for ankomst til skadestue	X	X	X
Indlæggelsesminut/Startminut for ambulans kontakt/Minut for ankomst til skadestue	X	X	X
Henvissningsdato	X	X	
Henvissningsmåde	X	X	
Indlæggelsesmåde	X		
Startvilkår (kun for psykiatriske afd.)	X	X	
Slutdato	X	X	X ¹⁾
Udskrivningstidspunkt	X		X ¹⁾
Afsluttet til sygehusafsnit	X	X	X
Afslutningsmåde	X	X	X
Kontaktårsagskode	X		X
Kode for fritvalgsordning (kun private sygehuse)	X	X	
Henvissende sygehusafsnit	X	X	

Datanavn	Indgår i registreringen for		
	Indlagte patienter	Ambulante patienter	Skadestuepatienter
Diagnoseart (indberettes sammen med SKS-diagnosekode)	X	X	X
Diagnosekodenummer	X	X	X
Procedureart (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	X	X	X
Procedurekodenummer (SKS-kode)	X	X	X
Proceduredato (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	X	X	X
Proceduretime (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	X	X	X
Procedureminut (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	X	X	X
Kodenummer for producerende afsnit (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	X	X	X
Dato for besøg		X	
Ventestatus	X	X	
Startdato for ventestatus	X	X	
Slutdato for ventestatus	X	X	
Dato for afslået tilbud om behandling i andet sygehusafsnit	X	X	
Sygehusafsnitskode for det afsnit det afslåede behandlingstilbud er givet til	(X)	(X)	
Kun for fødsler			
Paritet	X		
Barnets vægt	X		
Barnets længde	X		

Datanavn	Indgår i registreringen for		
	Indlagte patienter	Ambulante patienter	Skadestuepatienter
Besøg hos jordemoder	X		
Besøg hos egen læge	X		
Besøg hos sygehusafsnit/speciallæge	X		
Nummer ved flerfoldfødsel	X		

1) Fakultativ for somatiske skadestuepatienter

(X) = fakultativ

17 Databeskrivelser

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Sygehusnummer	SGH	4
Definition/beskrivelse det sygehus, hvor patienten er indskrevet		
Værdisæt Ifølge den gældende sygehusklassifikation		
Indgår i registrering for Indlagte patienter Ambulante patienter Skadestuepatienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Afdelings/afsnitsnummer	AFD	3
Definition/beskrivelse sengeafsnit, ambulatorium eller skadestue, hvor patienten er indskrevet (stamafsnit) De 2 første positioner angiver en administrerende overlæges/afdelings ledelses område (afd.) 3. position angiver afsnit som vedrører ”subspeciale”, ambulatorium, skadestue og lignende		
Værdisæt Ifølge den gældende sygehusklassifikation		
Indgår i registrering for Indlagte patienter Ambulante patienter Skadestuepatienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Personnummer	CPRNR	10
Definition/beskrivelse		
<p>for patienter, der har fået tildelt et dansk CPR-nummer, anvendes dette som personnummer, uanset om patienten har fast bopæl i udlandet.</p> <p>Hvis det danske CPR-nummer ikke foreligger ved kontaktens start, kan der benyttes et midlertidigt erstatningsnummer, som udskiftes med CPR-nummeret, når dette foreligger og senest inden indberetning til Landspatientregisteret.</p> <p>For patienter, som ikke har noget dansk CPR-nummer, benyttes et erstatningsnummer, hvor de første 6 cifre angiver fødselsdag, -måned og -år; det 7. ciffer er 0 for patienter født i år 1900 - 1999, og 5 for patienter født før 1900 og 6 for patienter født efter 1999; 8. og 9. position udfyldes med bogstaver, og 10. ciffer er ulige for mænd og lige for kvinder</p>		
Værdisæt		
Indgår i registrering for		
<ul style="list-style-type: none"> Indlagte patienter Ambulante patienter Skadestuepatienter 		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Kommunennummer	KOMNR	3
Definition/beskrivelse		
<p>bopælskommunennummer, kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Der anføres nummeret på bopælskommunen umiddelbart før indlæggelsen/ 1. ambulatoriebesøg/skadestuebesøg For personer med fast bopæl i Grønland kodes et af numrene 901 - 961 For personer med fast bopæl på Færøerne kodes 970 For personer med fast bopæl i udlandet kodes et af numrene 971 - 998 For personer uden bopæl eller ukendt bopæl kodes 999</p>		
Værdisæt		
<p>Ifølge gældende kommunekoder, kan ses på www.sst.dk/patientregistrering KOMNR skal være numerisk</p>		
Indgår i registrering for		
<p>Indlagte patienter Ambulante patienter Skadestuepatienter</p>		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Startdato	STARTDATO	6
Definition/beskrivelse		
<p>For indlagte patienter: datoen for påbegyndelse af indlæggelseskontakten For ambulante patienter: datoen for påbegyndelse af den ambulante kontakt. Normalt dato for patientens første besøg i ambulatorium efter henvisning For skadestue patienter: dato for ankomst til skadestue FØDSELSDATO ≤ STARTDATO ≤ SLUTDATO</p>		
Værdisæt		
<p>På formen dag, måned og år. STARTDATO skal være en valid dato på formen DDMMÅÅ</p>		
Indgår i registrering for		
<p>Indlagte patienter Ambulante patienter Skadestuepatienter</p>		

Systemdatanavn Patienttype	Programdatanavn PATTYPE	Max. antal positioner 1
Definition/beskrivelse angivelse af patientens administrative relation til sygehuset		
Indlagt patient: patienttype for patient, der er indskrevet på et sengeafsnit og optager en normeret sengeplads Ambulant patient: patienttype for patient, der er indskrevet på et ambulatorium Skadestuepatient: patienttype for patient, der er indskrevet på et skadestueafsnit		
Værdisæt 0 indlagt patient 2 ambulant patient 3 skadestuepatient		
Indgår i registrering for Indlagte patienter Ambulante patienter Skadestuepatienter		

Systemdatanavn Indlæggelsestid eller Starttid for ambulant kontakt eller Tid for ankomst til skadestue	Programdatanavn INDLÆGTIME TANSKA	Max. antal positioner 2
Definition/beskrivelse klokkeslæt i hele timer for kontaktstart på sengeafsnit/kontaktstart på ambulatorium/ankomst til skadestue		
Værdisæt 00-23		
Indgår i registrering for Indlagte patienter Ambulante patienter Skadestuepatienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Indlæggelsesminut eller Startminut for ambulante kontakt eller Minut for ankomst til skadestue	MIANSKA	2
Definition/beskrivelse klokkeslæt i minutter for kontaktstart på sengeafsnit/kontaktstart på ambulatorium/ankomst til skadestue		
Værdisæt 00-59		
Indgår i registrering for Indlagte patienter Ambulante patienter Skadestuepatienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Henvisningsdato	HENVISDTO	6
Definition/beskrivelse dato for modtagelse af henvisningen på den afdeling, der skal være stamafsnit for patienten Ved omvisitering registreres den oprindelige henvisningsdato – se vejledningsdelen		
Værdisæt På formen dag, måned og år, på formen DDMMÅÅ		
FØDSELSDATO ≤ HENVISDTO ≤ STARTDTO		
Indgår i registrering for Indlagte patienter Ambulante patienter		

Systemdatanavn Indlæggelsesmåde	Programdatanavn INDMÅDE	Max. antal positioner 1
Definition/beskrivelse angivelse af prioritet for kontaktstart		
Værdisæt 1 akut 2 ikke akut		
Indgår i registrering for Indlagte patienter		

Systemdatanavn Henvissningsmåde	Programdatanavn HENVISNMÅDE	Max. antal positioner 1
Definition/beskrivelse angivelse af hvilken instans patienten er henvist fra		
Værdisæt 0 Ingen henvisning Henvist fra: 1 Alment praktiserende læge 2 Praktiserende speciallæge 8 Herfødt A Andet E Udlandet (kun patienter, der direkte henvises fra udlandet) F Henvist fra sygehusafsnit G Henvist fra sygehusafsnit, venteforløb		
Indgår i registrering for Indlagte patienter Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Startvilkår	INDVILK	1
Definition/beskrivelse		
angivelse af de juridisk-administrative forhold ved start af en psykiatrisk kontakt		
Værdisæt		
For indlagte patienter:		
1	Almindelig frivillig indlagt	
2	Tvang ("rød blanket")	
3	Tvang ("gul blanket")	
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	
For ambulante patienter:		
K	Almindelig frivillig ambulant	
L	Ambulant behandling i henhold til vilkår	
M	Ambulant behandling i henhold til dom	
N	Ambulant mentalundersøgelse	
P	Barn til ambulant undersøgelse i henhold til Lov om Social Service	
R	Andet ambulant retsligt forhold	
Indgår i registrering for		
Indlagte patienter på psykiatriske afdelinger		
Ambulante patienter på psykiatriske afdelinger		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Slutdato	SLUTDATO	6
Definition/beskrivelse		
Datoen for afslutning af indlæggelses-/ambulant/skadestuekontakten		
Værdisæt		
På formen dag, måned og år., på formen DDMMÅÅ		
SLUTDATO skal være en valid dato.		
SLUTDATO skal være blank for uafsluttede forløb		
Indgår i registrering for		
Indlagte patienter		
Ambulante patienter		
Psykiatriske skadestuepatienter		
Fakultativ for somatiske skadestuepatienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Udskrivningstime/Time for afslutning fra skadestue	UDTIME	2
Definition/beskrivelse		
klokkeslæt i hele timer for afslutning af indlæggelses-/skadestuekontakten		
Værdisæt		
00-23		
Indgår i registrering for		
Indlagte patienter		
Psykiatriske skadestuepatienter		
Fakultativ for somatiske skadestuepatienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Afsluttet til sygehusafsnit	UDSKRTILSGH	7
Definition/beskrivelse angivelse af, hvilket afsnit patienten afsluttes til		
Værdisæt Ifølge den gældende sygehusklassifikation. UDSKRTILSGH skal være alfanumerisk eller blank Obligatorisk for kontakter der registreres med afslutningsmåde F, G, K og L		
Indgår i registrering for Indlagte patienter Ambulante patienter Skadestuepatienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Afslutningsmåde	AFSLUTMÅDE	1
Definition/beskrivelse angivelse af hvilken instans patienten afsluttes til		
Værdisæt Blank Uafsluttet forløb Udskrevet/afsluttet til: 1 Alment praktiserende læge 2 Praktiserende speciallæge 4 Ingen lægelig opfølgning (må kun anvendes for psykiatriske afdelinger) 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)		
Indgår i registrering for Indlagte patienter Ambulante patienter Skadestuepatienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Kontaktårsagskode	KONTÅRS	1
Definition/beskrivelse		
overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset		
Værdisæt		
1	sygdom/tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion	
2	ulykke	
3	vold	
4	selvmordsforsøg	
5	senfølge	
8	andet	
9	ukendt/uoplyst	
<p>For somatiske indlagte patienter skal kontaktårsagskoden registreres, hvis der er en aktionsdiagnose i intervallet DS000 - DT799.</p> <p>For psykiatriske indlagte patienter skal kontaktårsagskoden altid registreres.</p> <p>For skadestuepatienter skal der altid registreres kontaktårsag. Ved kontaktårsag 2, 3 eller 4 skal der være en aktionsdiagnose i intervallerne DR00-DR999, DS00-DT799 eller DZ00-DZ999 for somatiske skadestuepatienter</p> <p>For psykiatriske skadestuepatienter med kontaktårsag 3 skal aktionsdiagnosen være i intervallerne DX85*-DX99* eller DY00*-DY09*. For psykiatriske skadestuepatienter med kontaktårsag 4 skal aktionsdiagnosen være i intervallet DX60*-DX84*. Begge disse valideringer gælder også for indlagte psykiatriske patienter, som indlægges direkte uden skadestuebesøg</p> <p>Vedrørende vejledning henvises til den gældende ”Klassifikation af sygdomme”, som udgives af Sundhedsstyrelsen.</p>		
Indgår i registrering for		
Indlagte patienter		
Skadestuepatienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Kode for fritvalgsordning	FRITVALG	1
Definition/beskrivelse kode for om patienten er omfattet af den udvidede fritvalgsordning		
Værdisæt Registreres kun på kontakter ved private sygehuse/klinikker. 1 Patienten er omfattet af den udvidede fritvalgsordning Patienter, der ikke er omfattet af den udvidede fritvalgsordning, indberettes med kode for fritvalgsordning blank		
Indgår i registrering for Indlagte patienter Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Henvisende sygehusafsnit	HENVSGH	7
Definition/beskrivelse angivelse af, hvilket afsnit patienten er henvist fra		
Værdisæt Ifølge den gældende Sygehusklassifikation. HENVSGH skal være alfanumerisk eller blank. Obligatorisk for kontakter der registreres med henvisningsmåde F og G		
Indgår i registrering for Indlagte patienter Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Diagnoseart	DIAGART	1
Definition/beskrivelse		
angivelse af den efterfølgende SKS-diagnosekodes registreringsmæssige betydning		
Værdisæt		
A Aktionsdiagnose		
B Bidiagnose		
H Henvisningsdiagnose		
M Midlertidig diagnose (kan kun anvendes for åbne, somatiske ambulante forløb)		
C Komplikation		
Der skal altid være anført en aktionsdiagnose på en afsluttet kontakt. Vedr. uafsluttede kontakter henvises til databeskrivelsen for diagnosekodenummer.		
For A og H: kun 1 forekomst pr. kontakt.		
For bidiagnoser kan psykiatriske afdelinger foretage en prioritering efter indberetningsrækkefølge.		
H er obligatorisk hvis henvisningsmåde er 1, 2, E, F eller G		
Til arten C må der kun forekomme ”diagnoser” fra SKS-kapitlerne D (diagnose) og E (andre diagnoser. SKS-kode EU* må ikke anvendes).		
Indberettes sammen med en SKS-diagnosekode.		
Indgår i registrering for		
Indlagte patienter		
Ambulante patienter		
Skadestuepatienter		

Systemdatanavn Diagnosekodennummer	Programdatanavn DIAG	Max. antal positioner 10
<p>Definition/beskrivelse klassificeret betegnelse for en diagnose, der er optaget i gældende "Klassifikation af sygdomme" Kodenummer/numre for patientens diagnose(r) skal registreres efter følgende regler:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Henvisningsdiagnose på henvisningstidspunktet • Diagnose(r) for patienter indlagt på somatisk afdeling på udskrivningstidspunktet • Diagnose(r) for patienter indlagt på psykiatrisk afdeling senest 1 måned efter indlæggelse – se vejledningsdelen for specielle regler • For patienter i en ambulante kontakt, skal der senest 1 måned efter 1. besøg være registreret mindst en diagnose • For skadestuepatienter ved udskrivning/afslutning fra skadestue 		
<p>Værdisæt I følge den gældende klassifikation af sygdomme i SKS-format, udgivet af Sundhedsstyrelsen (ICD-10). 1. position: skal være D i overensstemmelse med kapitelinddelingen i SKS 2.-10. position: skal følge kodelængden i "Klassifikation af Sygdomme". Diagnoser skal registreres med minimum 5 positioner, med mindre det drejer sig om følgende, hvor kun 4 positioner er nødvendige:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skadestuepatienter, bortset fra forgiftninger • Midlertidige diagnoser • Henvisningsdiagnoser <p>Henvisningsdiagnoser fra før 1. januar 1994 kan indberettes som ICD-8 diagnosekoder. Hvis SKS-formatet anvendes skal ICD-8 koden knyttes til diagnosearten H. For visse sygdomme klassificeret med en ICD-10 kode kræves obligatorisk anvendelse af tillægskoder eller bidiagnoser. Der kan herudover frivilligt registreres SKS-tillægskoder. Indberettes som SKS-kode (SKSKO).</p>		
<p>Indgår i registrering for Indlagte patienter Uafsluttede psykiatriske indlagte patienter senest 1 måned efter indlæggelse Ambulante patienter Uafsluttede ambulante kontakter senest 1 måned efter 1. besøg Skadestuepatienter</p>		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Procedureart	PROCART	1
Definition/beskrivelse		
angivelse af den efterfølgende SKS-procedure (operations) kodes registreringsmæssige betydning		
Værdisæt		
Registrering af operationer (kapitlerne A - Y inkl.) ifølge gældende "Klassifikation af operationer".		
V = Vigtigste operation i en afsluttet kontakt		
P = Vigtigste operation i et kirurgisk indgreb		
D = Deloperation: Anden/andre operation(er) i et kirurgisk indgreb		
På kontakter afsluttet efter 1. januar 2004 er det frivilligt at anføre et "V" på én operationskode inden for en afsluttet kontakt. På kontakter afsluttet efter 1. januar 2005 kan "V" ikke anvendes. Der kan kun anføres ét "V" på én operationskode inden for en afsluttet kontakt.		
Operationer med procedurearten "V" på uafsluttede kontakter indberettes til Landspatientregisteret med procedureart "P".		
Kontakter påbegyndt før 1. januar 1996 og afsluttet efter 31. december 1995 kan være uden markering af vigtigste operationer, når vigtigste operationer er udført før 1. januar 1996.		
Andre procedurer indberettes med procedureart blank.		
Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO)		
Indgår i registrering for		
Indlagte patienter, indberettes sammen med procedurekode		
Ambulante patienter, indberettes sammen med procedurekode		
Skadestuepatienter, indberettes sammen med procedurekode		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Procedurekodennummer	PROC	10
Definition/beskrivelse		
klassificeret betegnelse for en procedure, der er optaget i gældende SKS-klassifikationer		
Værdisæt		
Ifølge gældende SKS-klassifikationer af procedurer (inklusive operationer), udgivet af Sundhedsstyrelsen.		
<p>1. position: skal være fra gældende SKS-hovedgrupper</p> <p>2.-10. position: skal følge kodelængden fra gældende SKS-klassifikation</p>		
Procedurer med koden K* skal mindst være 6 positioner. Ikke-kirurgiske procedurer skal mindst være på 3 positioner. For visse procedurer kræves højere specificeringsniveau.		
Midlertidige procedurekoder er oprettet i SKS-hovedgruppe "Z". For operationer udført før 1. januar 1996 anvendes koder fra 3. udgave af Operations- og behandlingsklassifikationen (1988).		
Indberettes som SKS-procedurekode (SKSKO).		
Indgår i registrering for		
Indlagte patienter: for operationer og radiologiske procedurer. Øvrige procedurer fakultative, bortset fra specifikt nævnte obligatoriske undersøgelses- og/eller behandlingskoder		
Ambulante patienter: som for indlagte patienter		
Skadestuepatienter: alle radiologiske procedurer. Øvrige procedurer er fakultativ		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Proceduredato	PROCDTO	6
Definition/beskrivelse		
dato for udførelse af procedure		
HENVISDТО ≤ PROCDТО ≤ SLUTDATО for indlagte og ambulante patienter		
STARTDATО ≤ PROCDТО for skadestuepatienter		
Værdisæt		
På formen dag, måned og år, DDMMÅÅ		
Proceduredato er fakultativ i forbindelse med aflyste operationer		
Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO)		
Indgår i registrering for		
Indlagte patienter, indberettes sammen med procedurekode		
Ambulante patienter, indberettes sammen med procedurekode		
Skadestuepatienter, indberettes sammen med procedurekode		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Proceduretime	PROCTIM	2
Definition/beskrivelse		
angivelse af time for en procedures udførelse		
Startklokkeslæt		
Hvis STARTDATО = PROCDТО skal INDLÆGTIME eller TANSKA ≤ PROCTIM		
Værdisæt		
00-23		
Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO)		
Indgår i registrering for		
Indlagte patienter, indberettes sammen med procedurekode		
Ambulante patienter, indberettes sammen med procedurekode		
Skadestuepatienter, indberettes sammen med procedurekode		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Procedureminut	PROCMIN	2
Definition/beskrivelse angivelse af minut for en procedures udførelse		
Startminut		
Værdisæt 00-59		
Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO)		
Indgår i registrering for Indlagte patienter, indberettes sammen med procedurekode Ambulante patienter, indberettes sammen med procedurekode Skadestuepatienter, indberettes sammen med procedurekode		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Kodenummer for producerende afsnit	PROCAFD	7
Definition/beskrivelse den instans, der har udført en procedure		
Værdisæt PROCAFD består af kodenummer for SGH og AFD ifølge den gældende sygehusklassifikation		
Skal også registreres, hvis producent er eget afsnit		
Kodenummer for producerende afsnit er fakultativ for procedurer foretaget før 1. januar 1996		
Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO)		
Indgår i registrering for Indlagte patienter, indberettes sammen med procedurekode Ambulante patienter, indberettes sammen med procedurekode Skadestuepatienter, indberettes sammen med procedurekode		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Dato for besøg	DTOBES	6
Definition/beskrivelse		
dato for ambulant patients fremmøde på stamafsnit		
Besøg kan ikke indberettes, hvis patienten ikke har en åben ambulant kontakt på behandlende afsnit		
Værdisæt		
På formen dag, måned og år, DDMMÅÅ		
Indgår i registrering for		
Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Ventestatus	VENTESTATUS	2
Definition/beskrivelse		
status for om en patient er ventende eller ikke ventende		
Værdisæt		
11	ventende på udredning	
12	ventende på behandling	
13	ventende, omvisiteret fra andet afsnit	
14	ventende pga. manglende oplysninger	
15	ventende på assistance	
21	ikke ventende, på udredning/behandling	
22	ikke ventende, til kontrol	
23	ikke ventende efter patientens ønske	
24	ikke ventende pga. udredning/behandling andet afsnit	
25	ikke ventende, under udredning	
26	ikke ventende, under behandling	
Kode 25 og 26 må kun benyttes for ambulante patienter, og perioden må kun ligge efter kontaktens startdato		
Indgår i registrering for		
Indlagte patienter		
Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Startdato for ventestatus	DATOSTVENTE	6
Definition/beskrivelse		
dato for start af en periode med ventestatus		
For hver periode med ventestatus skal der registreres en startdato.		
På den VENTE-struktur der har den ældste DATOSTVENTE, skal DATOSTVENTE = HENVISDTO		
Værdisæt		
På formen dag, måned og år, DDMMÅÅ		
Indgår i registrering for		
Indlagte patienter		
Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Slutdato for ventestatus	DATOSLVENTE	6
Definition/beskrivelse		
dato for slut af en periode med ventestatus		
For hver periode med ventestatus skal der registreres en slutdato		
Der må ikke være overlap af venteperioderne indenfor samme kontakt		
Værdisæt		
På formen dag, måned og år, DDMMÅÅ		
Indgår i registrering for		
Indlagte patienter		
Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Dato for afslået tilbud om behandling på anden sygehusafsnit	DTOAFTLB	6
Definition/beskrivelse dato for hvornår tilbud om behandling på andet sygehusafsnit er afslået af patienten		
Værdisæt For indlagte patienter: Datoen for afslået tilbud skal ligge imellem henvisningsdatoen og startdato. $HENVISDTO \leq DTOAFTLB \leq STARTDATO$ For ambulante patienter: Datoen for afslået tilbud skal ligge imellem henvisningsdatoen og slutdato. $HENVISDTO \leq DTOAFTLB < SLUTDATO$ På formen dag, måned og år, DDMMÅÅ		
Indgår i registrering for Indlagte patienter Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Sygehusafsnitskode for det afsnit det afslåede behandlingstilbudet er givet til	BEHANDTILSGH	7
Definition/beskrivelse angivelse af, hvilket sygehusafsnit behandlingstilbudet er givet til		
Værdisæt Ifølge den gældende sygehusklassifikation BEHANDTILSGH skal være alfanumerisk eller blank. De 3 sidste cifre i BEHANDTILSGH må være "000"		
Indgår i registrering for Indlagte patienter, fakultativ Ambulante patienter, fakultativ		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Paritet	PARITET	2
Definition/beskrivelse angivelse af antallet af gennemførte svangerskaber, inkl. dødfødsler og aktuel fødsel		
Værdisæt Antal 01-20 Uoplyst = U (2. position blank)		
Skal registreres, hvis der er en DO80*-84* som aktionsdiagnose		
Indgår i registrering for Indlagte patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Barnets vægt	VÆGT	4
Definition/beskrivelse		
Værdisæt Angives i gram (0000-9999). Ved vægt > 9999 gram registreres 9999 Ved uoplyst registreres ”0000”		
Skal registreres, hvis der er en DZ38* som aktionsdiagnose		
Indgår i registrering for Indlagte patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Barnets længde	LÆNGDE	2
Definition/beskrivelse		
Værdisæt Angives i cm (00-99) Ved uoplyst registreres ”00”		
Skal registreres, hvis der er en DZ38* som aktionsdiagnose		
Indgår i registrering for Indlagte patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Besøg hos jordemoder	BESJORD	2
Definition/beskrivelse		
antal besøg hos jordemoder som led i svangerkontrollen		
Oplysningen fås evt. fra vandrejournalen		
Værdisæt		
Antal 00-25		
Uoplyst = U (2. position blank)		
Skal registreres, hvis der er en DO80* – 84* som aktionsdiagnose		
Indgår i registrering for		
Indlagte patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Besøg hos egen læge	BESLÆGE	1
Definition/beskrivelse		
antal besøg hos egen læge (praktiserende læge) som led i svangerkontrollen		
Oplysningen fås evt. fra vanderjournalen.		
Værdisæt		
Antal 0-9		
Uoplyst = U		
Skal registreres, hvis der er en DO80* – 84* som aktionsdiagnose		
Indgår i registrering for		
Indlagte patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Besøg hos sygehusafsnit/speciallæge	BESSPEC	1
Definition/beskrivelse		
antal besøg hos læge på obstetrisk eller kirurgisk afsnit eller hos praktiserende speciallæge som led i svangerkontrollen Oplysningen fås evt. fra vandrerjournalen		
Værdisæt		
Antal 0-9 Uoplyst = U		
Skal registreres, hvis der er en DO80* – 84* som aktionsdiagnose		
Indgår i registrering for		
Indlagte patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Nummer ved flerfoldsfødsel	FLERNR	1
Definition/beskrivelse		
angiver barnets nummer i rækkefølgen ved flerfoldfødsel		
Værdisæt		
Alfabetisk A–F:		
A første barn		
B andet barn		
C tredje barn		
D fjerde barn		
E femte barn		
F sjette barn		
<i>Ved enkeltfødsel registreres A</i>		
Skal registreres, hvis der er en DZ38* som aktionsdiagnose		
Indgår i registrering for		
Indlagte patienter		

18 Fejlsøgning

Fejlsøgning for indlagte, ambulante patienter og skadestuepatienter beskrives samlet med følgende opdeling:

- Først beskrives valideringen (fejlsøgningen) for de enkelte felter. Det vil sige syntaksvalidering mod feltet selv samt simpel validering i forhold til andre felter. Felterne er rubriceret efter deres placering i strukturerne.
- Herefter beskrives valideringerne pr. område.

Deldøgnsbegrebet er afskaffet pr. 01.01.2002. Der skal dog foretages fejl-søgning på deldøgnskontakter afsluttet før 01.01.2002 efter regler gældende før 01.01.2002.

18.1 Valideringer for de enkelte felter

18.1.1 Strukturen INDUD

SGH

Skal findes i Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation på SLUTDATO (hvis udfyldt) ellers på STARTDATO.

AFD

Skal findes i Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation på SLUTDATO (hvis udfyldt) ellers på STARTDATO.

Hvis PATTYPE = 0 eller 2 og SLUTDATO er før 01.01.1995, må AFD ikke have speciale 50 eller 52.

PATTYPE

En af værdierne 0, 2, 3.

PATTYPE 1 må kun forekomme hvis SLUTDATO er udfyldt og hvis SLUTDATO ligger før 01.01.2002

CPRNR

Pos 1 - 6 valid dato (DDMMÅÅ)

Pos 7 - 9 001 – 999

Pos 10 numerisk

Erstatnings-CPRNR

Pos 1 - 6 valid dato (DDMMÅÅ)

Pos 7 0 eller 8☐) person født i år 1900 – 1999
5 eller 9☐) person født før år 1900
6 person født efter år 1999

Pos 8 - 9 alfabetisk

Pos 10 numerisk

☐) Hvis kontakten er påbegyndt før 01.01.97 må pos. 7 også være 8 eller 9.

STARTDATO

Gyldig dato (DDMMÅÅ)

FØDSELSDATO skal være før eller lig med STARTDATO

INDLÆGTIME / TANSKA

Blank eller 00-23

Hvis PATTYPE = 0, skal INDLÆGTIME være forskellig fra blank

Hvis PATTYPE = 2 og STARTDATO er før 01.01.2005, skal INDLÆGTIME være blank

Hvis PATTYPE = 2 og STARTDATO er efter 31.12.2004, skal INDLÆGTIME være forskellig fra blank

Hvis PATTYPE = 3, skal TANSKA være forskellig fra blank

MIANSKA

Blank eller 00-59

Hvis PATTYPE = 0 eller 2 og STARTDATO er før 01.01.2005, skal MIANSKA være blank

Hvis PATTYPE = 0 eller 2 og STARTDATO er efter 31.12.2004, skal MIANSKA være forskellig fra blank

Hvis PATTYPE = 3, skal MIANSKA være forskellig fra blank

KOMNR

Skal være en officiel kode. Koderne kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside

Hvis CPRNR indeholder alfabetiske tegn, skal KOMNR være lig 970-999

DISTKOD

Ingen validering (anvendt indtil 31.12.2000)

HENVISD TO

Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ)

Hvis PATTYPE = 0 eller 2 og STARTDATO er efter 31.12.1998, skal HENVISD TO være forskellig fra blank

Hvis PATTYPE = 0 eller 2, skal HENVISD TO være før eller lig med STARTDATO

Hvis STARTDATO er mindre end 01.01.2004 og PATTYPE = 2 skal HENVISD TO være før eller lig med DTOFORU (hvis denne udfyldt), som skal være før eller lig med DTOENBH (hvis denne udfyldt)

Hvis PATTYPE = 3, skal HENVISD TO være blank

FØDSELSDATO skal være før eller lig med HENVISD TO

HENVISNMÅDE

En af værdierne blank, 0, 1, 2, 8, A, E, F eller G

På kontakter, der er begyndt efter 31.12.1998 er 6 ikke længere tilladt, hvorimod koderne B, C og D tillades

Hvis HENVISD TO ligger efter 31.12.03 er 3, 5, 9, B, C, og D ikke længere tilladt, hvorimod koderne F og G tillades

På kontakter med HENVISNMÅDE E skal HENVISD TO ligge efter 31.12.2001

På kontakter med HENVISNMÅDE F eller G skal HENVSGH være udfyldt

Hvis PATTYPE = 0 eller 2, skal HENVISNMÅDE være forskellig fra blank

Hvis PATTYPE = 3, skal HENVISNMÅDE være blank

INDMÅDE

En af værdierne blank, 1 eller 2

Hvis PATTYPE = 0, skal INDMÅDE være forskellig fra blank

Hvis PATTYPE = 2 eller 3, skal INDMÅDE være blank

Hvis STARTDATO ligger efter 31.12.2003, er 9 ikke længere tilladt

SLUTDATO

Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ)

STARTDATO skal være mindre eller lig med SLUTDATO

Hvis PATTYPE = 0 og AFD ikke har speciale 50 eller 52, skal SLUTDATO være forskellig fra blank

Hvis PATTYPE = 0 og AFD har speciale 50 eller 52, må SLUTDATO være blank

Hvis PATTYPE = 3 og AFD har speciale 50 eller 52, og STARTDATO ligger efter 31.12.2006, så skal SLUTDATO være forskellig fra blank

UDTIME

Blank eller 00-23

Hvis PATTYPE = 0 og AFD ikke har speciale 50 eller 52 og SLUTDATO er efter 31.12.1993, så skal UDTIME være forskellig fra blank

Hvis PATTYPE = 0 og AFD har speciale 50 eller 52, må UDTIME være blank

Hvis PATTYPE = 2, skal UDTIME være blank

Hvis PATTYPE = 3 og AFD har speciale 50 eller 52 og STARTDATO ligger efter 31.12.2006, så skal UDTIME være forskellig fra blank

AFSLUTMÅDE

En af værdierne blank, 1, 2, 4, 7, 8, A, E, F, G, K eller L

Hvis PATTYPE = 0 og AFD har speciale 50 eller 52, må AFSLUTMÅDE være blank

Hvis PATTYPE = 2 og SLUTDATO er blank, skal AFSLUTMÅDE være blank

Hvis PATTYPE = 2 og SLUTDATO ikke er blank, skal AFSLUTMÅDE være forskellig fra blank

Hvis PATTYPE = 3, skal AFSLUTMÅDE være forskellig fra blank

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 er efter 31.12.1998 og AFD ikke har speciale 50 eller 52, så må AFSLUTMÅDE ikke være lig 4

På kontakter, der er afsluttet efter 31.12.1998 er 6 ikke længere tilladt, hvorimod koderne B og C tillades

Hvis SLUTDATO ligger efter 31.12.03 er 3, 5, 9, B og C ikke længere tilladt, hvorimod koderne F, G, K og L tillades

På kontakter med AFSLUTMÅDE E skal SLUTDATO for PATTYPE = 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligge efter 31.12.2001

UDSKRIVTILSGH

Blank eller i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation på SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3

De sidste 3 cifre (afdelingskoden) kan være "000", såfremt sygehuskode er forskellig fra egen sygehuskode (SGH)

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 er efter 31.12.98 og AFSLUTMÅDE er lig med 3, 5, B eller C, så skal UDSKRIVTILSGH være udfyldt og i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens klassifikationer på SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3. Dog tillades "000" som afdelingskode, såfremt sygehuskode er forskellig fra egen sygehuskode (SGH)

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 er efter 31.12.03 og AFSLUTMÅDE er lig med F, G, K eller L, så skal UDSKRIVTILSGH være udfyldt og i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens klassifikationer på SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3. Dog tillades "000" som afdelingskode, såfremt sygehuskode er forskellig fra egen sygehuskode (SGH)

KONTÅRS

Blank eller 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9

Hvis PATTYPE = 2, skal KONTÅRS være blank

Hvis PATTYPE = 3, skal KONTÅRS være forskellig fra blank

Hvis PATTYPE = 0 og AFD har speciale 50 eller 52 og STARTDATO ligger efter 31.12.2005, skal KONTÅRS være forskellig fra blank

BEHDAGE

Skal være blank for kontakter der har STARTDATO efter 31.12.2001

DTOFORU / DTOENBH

Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ)

DTOFORU (hvis udfyldt) skal være før eller lig med DTOENBH (hvis udfyldt)

Hvis PATTYPE = 2 og DTOFORU og SLUTDATO begge er udfyldt, så skal DTOFORU være før eller lig med SLUTDATO

Hvis PATTYPE = 0 eller 3, skal DTOFORU og DTOENBH være blank

Hvis HENVISDTO er større end 31.12.2003 skal både DTOFORU og DTOENBH være blanke

FRITVALG

En af værdierne blank eller 1

HENVSGH

Blank eller i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation på HENVISDTO for PATTYPE 0 eller 2. De sidste 3 cifre (afdelingskoden) kan være "000", såfremt sygehuskode er forskellig fra egen sygehuskode (SGH)

18.1.2 Strukturen SKSKO

ART

En af værdierne blank, A, B, C, H, M, V, P, D eller +

KODE

I overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens klassifikationer (se under Diagnoser, Procedurer og Tillægskoder)

PROCAFD

Blank eller i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens Sygehusklassifikation på PROCDTO. Hvis PROCDTO ikke er udfyldt, så på en dato efter eller lig med STARTDATO og før eller lig med SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 (hvis udfyldt). For PATTYPE = 3 og PROCDTO ikke er udfyldt, så på STARTDATO

PROCDTO

Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ)

PROCTIM

Blank eller 00-23

PROCMIN

Blank eller 00-59

18.1.3 Strukturen DIAGN

(Anvendt indtil 31.12.1994)

DIAG

Skal være en ICD-8 eller ICD-10 kode

Skal findes i Sundhedsstyrelsens ”Klassifikation af sygdomme”

MOD

En af værdierne blank, 0, 1, 2, 3, 4, 5 eller 7 (anvendt indtil 31.12.1993)

18.1.4 Strukturen OPERA

(Anvendt indtil 31.12.1995)

OPR

Skal findes i Sundhedsstyrelsens ”Klassifikation af operationer”

OPRAFD

Blank eller i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation

18.1.5 Strukturen OKOMB

(Anvendt indtil 31.12.1995)

OPR

Skal findes i Sundhedsstyrelsens ”Klassifikation af operationer”

18.1.6 Strukturen BESØG

PATTYPE = 2 og STARTDATO er efter 31.12.1999, så skal der være mindst en BESØG - struktur eller mindst en ydelse med SKS-kode

DTOBES

Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ). Skal indberettes i stigende orden på ÅÅÅMMDD

Efter 31.12.2002 må der indberettes flere besøg pr. dag pr. afdeling. Dvs. hvis der blandt en kontakts besøgsdatoer er flere DTOBES der er ens, skal disse datoer ligge efter 31.12.2002

DTOBES skal være lig med eller efter STARTDATO og lig med eller før SLUTDATO

Hvis PATTYPE = 0 eller 3, skal DTOBES være blank

18.1.7 Strukturen PASSV

PATTYPE = 3 må ikke have PASSV-struktur

Indenfor samme kontakt må der ikke være datooverlap mellem PASSV-strukturerne

Hvis HENVISDTO ligger efter 31.12.2003 må ÅRSAGPAS, DTOSTPAS og DTOSLPAS ikke være udfyldt

PASSV-strukturen kan have følgende kombinationer af indhold:

- ÅRSAGPAS og DTOSTPAS og DTOSLPAS og DTOAFTLB og
- BEHANDTILSGH
- ÅRSAGPAS og DTOSTPAS og DTOSLPAS og DTOAFTLB
- ÅRSAGPAS og DTOSTPAS og DTOSLPAS
- DTOAFTLB og BEHANDTILSGH
- DTOAFTLB

Der må kun indberettes én PASSV indeholdende DTOAFTLB og BEHANDTILSGH pr. kontakt

ÅRSAGPAS

En af værdierne 0, 1, 2, 3, 4, A

Hvis DTOSTPAS er efter 30.06.2002 må ÅRSAGPAS ikke være 2, 4 eller A

DTOSTPAS

Gyldig dato (DDMMÅÅ)

Flere PASSV-strukturer skal komme i stigende orden på DTOSTPAS (på ÅÅMMDD)

DTOSTPAS skal være efter eller lig med HENVISDTO

DTOSLPAS

Gyldig dato (DDMMÅÅ)

DTOSLPAS skal være større end eller lig med DTOSTPAS

Der må ikke være et besøg i en passiv periode, dog må DTOSTPAS og DTOSLPAS godt være lig besøgsdato

DTOAFTLB

Gyldig dato (DDMMÅÅ) og hvor STARTDATO er efter 30.06.2002

Hvis PATTYPE = 0, så skal DTOAFTLB være lig med eller efter HENVISDTO og lig med eller før STARTDATO

Hvis PATTYPE = 2, så skal DTOAFTLB være lig med eller efter HENVISDTO og før SLUTDATO

BEHANDTILSGH

Skal være blank eller findes i Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation på DTOAFTLB.

De 3 sidste cifre i BEHANDTILSGH må være ”000”

18.1.8 Strukturen VENTE

PATTYPE = 3 må ikke have VENTE-struktur

Skal indberettes i stigende orden på DATOSTVENTE (på ÅÅMMDD)

Ved indberetning af flere VENTE-strukturer gælder at for VENTE-strukturerne efter første VENTE-struktur, skal DATOSTVENTE være lig med dagen efter DATOSLVENTE i foregående VENTE-struktur

Dvs. indenfor samme kontakt skal VENTE-strukturerne dække en sammenhængende periode, og der må ikke være datooverlap mellem VENTE-strukturerne

Hvis HENVISDTO ligger efter 31.12.2003 og HENVISDTO er forskellig fra STARTDATO, skal der være mindst én VENTE-struktur

VENTESTATUS

En af værdierne 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24, 25 eller 26

DATOSTVENTE

Gyldig dato (DDMMÅÅ)

DATOSTVENTE på den første VENTE-struktur skal være lig med HENVISDTO

DATOSLVENTE

Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ)

DATOSLVENTE skal være større end eller lig med DATOSTVENTE

Hvis PATTYPE = 0 skal DATOSLVENTE på den sidste VENTE-struktur være lig med STARTDATO

Hvis PATTYPE = 2 skal DATOSLVENTE på den sidste VENTE-struktur (hvis den er udfyldt) være lig med eller større end STARTDATO og lig med

eller mindre end SLUTDATO hvis udfyldt. Ellers kun større end eller lig med STARTDATO

Hvis PATTYPE = 2 og VENTESTATUS = 25 eller 26, skal DATOSTVENTE på VENTE-struktur være lig med eller større end STARTDATO

Hvis PATTYPE = 2 må DATOSLVENTE på den sidste VENTE-struktur være blank

18.1.9 Strukturen ULYKK

(Anvendt indtil 31.12.1994)

1. ciffer = Stedkode. En af værdierne blank, 0, 1, ...9
2. ciffer = Blank (reserveret til fremtidig brug)
3. ciffer = Skademekanismekode. En af værdierne blank, 0, 1, ...9
4. ciffer = Blank (reserveret til fremtidig brug)
5. ciffer = En af værdierne blank, 1, 2
6. ciffer = En af værdierne blank, 1, 2
7. ciffer = Blank (reserveret til fremtidig brug)
8. ciffer = Blank (reserveret til fremtidig brug)

ULK skal være blank for PATTYPE = 2

18.1.10 Strukturen BOBST

PATTYPE = 0

FLERNR

En af værdierne A-F

Hvis PATTYPE = 2 eller 3, skal FLERNR være blank

VÆGT

0000-9999

Hvis PATTYPE = 2 eller 3, skal VÆGT være blank.

LÆNGDE

00-99

Hvis PATTYPE = 2 eller 3, skal LÆNGDE være blank

18.1.11 Strukturen MOBST

PATTYPE = 0

PARITET

01-20 eller U efterfulgt af blank

Hvis PATTYPE = 2 eller 3, skal PARITET være blank

BESJORD

00-25 eller U efterfulgt af blank

Hvis PATTYPE = 2 eller 3, skal BESJORD være blank

BESLÆGE

0-9 eller U

Hvis PATTYPE = 2 eller 3, skal BESLÆGE være blank

BESSPEC

0-9 eller U

Hvis PATTYPE = 2 eller 3, skal BESSPEC være blank

SIDMEN

Skal være blank for kontakter hvor STARTDATO er efter 31.12.2001

18.1.12 Strukturen PSYKI

PATTYPE = 0 eller 2

INDVILK

En af værdierne 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, B, C, D, E, F, G, K, L, M, N, P, R, S

Hvis AFD har speciale 50 eller 52, og PATTYPE = 0 og SLUTDATO eller STARTDATO er efter 31.12.1994 og før 01.01.2006, så skal INDVILK være en af værdierne 1, 2, 3, 4, 6

Hvis AFD har speciale 50 eller 52, og PATTYPE = 0 og STARTDATO er efter 31.12.2005 og før 01.01.2007, så skal INDVILK være en af værdierne 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, B, C, D, E

Hvis AFD har speciale 50 eller 52, og PATTYPE = 0 og STARTDATO er efter 31.12.2006 og før 01.01.2008, så skal INDVILK være en af værdierne 1, 2, 3, 6, E, F, G

Hvis AFD har speciale 50 eller 52, og PATTYPE = 0 og STARTDATO er efter 31.12.2007, så skal INDVILK være en af værdierne 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, B, C, D, E, G

Hvis AFD har speciale 50 eller 52, og PATTYPE = 2 og STARTDATO er efter 31.12.2005 og før 01.01.2007, så skal INDVILK være en af værdierne K, L, M, N, P, R

Hvis AFD har speciale 50 eller 52, og PATTYPE = 2 og STARTDATO er efter 31.12.2006 og før 01.01.2008, så skal INDVILK være en af værdierne K, P, R, S

Hvis AFD har speciale 50 eller 52, og PATTYPE = 2 og STARTDATO er efter 31.12.2007, så skal INDVILK være en af værdierne K, L, M, N, P, R

Hvis INDVILK = 7, 8, 9, B, C, D, E, L, M, N, R og STARTDATO er efter 31.12.2007, så skal der være en KODE = DZ046* på mindst 6 karakterer med ART = A, B

Hvis PATTYPE = 3, skal INDVILK være blank

18.2 Valideringer pr. område

18.2.1 Skaderegistrering

Hvis STARTDATO er efter 31.12.2007, så skal KODE = EU* angives med mindst 4 karakterer samt have ART = blank.

Indlagte patienter

Hvis PATTYPE = 0 og ART = A og KODE tilhører DS000-DT799, så skal KONTÅRS være forskellig fra blank

Hvis PATTYPE = 0 og KONTÅRS = 2, 3, 4 og speciale forskellig fra 50 og 52 og STARTDATO er før 01.01.2008, så skal der være en diagnose i intervallet DS000-DT799 med ART = A samt en EUG*, EUS*, EUA* og EUK* kode. Hvis EUK1 er registreret, skal der være en EUP* og EUM* kode

Hvis PATTYPE = 0 og KONTÅRS = 2, 3, 4 og speciale lig 50 og 52 og STARTDATO er før 01.01.2008, så skal der være en EUG*, EUS*, EUA* og EUK* kode. Hvis EUK1 er registreret, skal der være en EUP* og EUM* kode

Hvis PATTYPE = 0 og KONTÅRS = 2, 3, 4 og speciale forskellig fra 50 og 52 og STARTDATO er efter 31.12.2007, så skal der være en aktionsdiagnose i intervallet DS000-DT799

Ambulante patienter

Hvis PATTYPE = 2 må der ikke være KODE = EU*

Skadestuepatienter

Hvis PATTYPE = 3 og KONTÅRS = 2, 3, 4 og STARTDATO er før 01.01.2008, så skal der være en aktions- eller bidiagnose DR00-DR999, DS00-DT799 eller DZ00-DZ999. Hvis AFD har speciale 50 eller 52 og KONTÅRS = 4 tillades desuden aktionsdiagnose i intervallet DX60*-DX84* samt aktionsdiagnose DF*. Hvis PATTYPE = 3 og KONTÅRS = 2, 3, 4 og STARTDATO er før 01.01.2008, så skal der være registreret en EUG*, EUS*, EUA* og EUK* kode. Hvis EUK1 er registreret, så skal der være en EUP* og EUM* kode

Hvis STARTDATO er efter 31.12.2007, gælder

- Hvis PATTYPE = 3 og KONTÅRS = 2, 3, 4 og speciale forskellig fra 50 og 52, så skal der være en diagnose DR00-DR999, DS00-DT799 eller DZ00-DZ999 med ART = A
- Hvis PATTYPE = 0, 3 og AFD har speciale 50 eller 52 og KONTÅRS = 3 skal der være en diagnose i intervallet DX85*-DX99* eller DY00*-DY09* med ART = A
- Hvis PATTYPE = 0, 3 og AFD har speciale 50 eller 52 og KONTÅRS = 4 skal der være en diagnose i intervallet DX60*-DX84* med ART = A

Valideringer efter kontaktårsag

Hvis KONTÅRS = 2 og STARTDATO er efter 31.12.2007, så skal der være

- KODE = EUH* og KODE = EUS* på mindst 5 karakterer
- KODE = EUA* og KODE = EUG*

Hvis KONTÅRS = 2 og EUA0* eller EUA2* er registreret, så skal der være KODE = EUK*

Hvis KONTÅRS = 2 og EUK0* er registreret, så skal der være KODE = EUM* og KODE = EUP*

Hvis KONTÅRS = 3 og STARTDATO er efter 31.12.2007, så skal der være

- KODE = EUV* og KODE = EUS* på mindst 5 karakterer
- KODE = EUA* og KODE = EUG*

Hvis KONTÅRS = 4 og STARTDATO er efter 31.12.2007, så skal der være

- KODE = EUW* og KODE = EUS* på mindst 5 karakterer
- KODE = EUG*

Hvis KONTÅRS = 2, 3, 4 og KODE = EUX eller EUY, så skal KODE være angivet på mindst 6 karakterer

Hvis KONTÅRS = 2, 3 og KODE = EUC og STARTDATO er efter 31.12.2007, så skal KODE være angivet på mindst 5 karakterer

18.2.2 Diagnoser

Generelt

I overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens klassifikation af sygdomme

Hvis ART = H på HENVISDIO hvis udfyldt, ellers følges reglerne for ART= A

Hvis ART = A, B, C, G eller M på SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 (hvis udfyldt) ellers på STARTDATO for PATTYPE = 3 eller en dato herefter

Hvis ART = A, B, G, H eller M, skal position 1 i KODE være D. Gælder ikke hvis ART = H og KODE er numerisk

Hvis ART = C skal position 1 i KODE være D eller E. Hvis KODE starter med E må KODE ikke være EU*

Hvis 1. position i KODE er D, skal KODE være mindst 5 karakterer lang; med undtagelse af hvis ART = H, M eller hvis PATTYPE = 3, så skal KODE som hovedregel være mindst 4 karakterer lang

For visse koder er der krav om højere antal karakterer. Fx forgiftninger

ART = A, G og/eller H må kun forekomme en gang pr. kontakt

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.1994, skal der være en og kun en ART = A

Hvis PATTYPE = 0 og AFD ikke har speciale 50 eller 52, skal der være en og kun en aktionsdiagnose

Hvis PATTYPE = 0 og SLUTDATO er blank og AFD har speciale 50 eller 52 og STARTDATO ligger mere end en måned tilbage, skal der være en og kun en aktionsdiagnose

Hvis PATTYPE = 2 og SLUTDATO er blank og AFD har speciale 50 eller 52 og første besøg ligger mere end en måned tilbage, skal der være en og kun en aktionsdiagnose

Hvis PATTYPE = 3, skal der være en aktionsdiagnose

Hvis SLUTDATO er blank og AFD ikke har speciale 50 eller 52 og første besøg ligger mere end en måned tilbage, skal der for PATTYPE = 2 være en diagnose med ART = A, B, G eller M

Såfremt STARTDATO ligger efter 31.12.2001 og ART = G skal AFD have speciale 50 eller 52

Såfremt STARTDATO ligger efter 31.12.2003, må der ikke forekomme en ART = G

Registrering af diagnoser - brug af diagnosearter

Hvis 1. position i KODE er D, skal eventuelle alders- og kønsbetingelser i Sundhedsstyrelsens "Klassifikation af sygdomme" være i overensstemmelse med alder og køn ud fra CPRNR ved kontaktens start

Hvis STARTDATO er efter 31.12.98 og HENVISDIO er mindre end STARTDATO og HENVISMÅDE er 1, 2, 3, 5, B, C, D, E, F eller G, så skal der være en SKS-kode med ART = H

Hvis PATTYPE = 0 eller 3, så må ART ikke være lig med M

Hvis PATTYPE = 2 og SLUTDATO er udfyldt, så må ART ikke være lig med M

Hvis PATTYPE = 2 og AFD har speciale 50 og 52, så må ART ikke være lig med M

18.2.3 Procedurer

Generelt

Hvis ART = V, P, D eller blank, skal KODE være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens klassifikationer på pågældende PROCDTO. Hvis PROCDTO ikke er udfyldt, så på en dato efter eller lig med STARTDATO og før eller lig med SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 (hvis udfyldt). For PATTYPE = 3 og PROCDTO ikke er udfyldt, så på STARTDATO

Hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.1997 og før 01.01.2003 og STARTDATO er lig med PROCDTO, så skal PROCTIM være større end eller lig med INDLÆGTIME eller TANSKA

Hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2000, må der ikke for ART = V eller P findes procedurer med samme PROCDTO, PROCTIME og PROCMIN

Hvis PROCDTO beskriver en dato før 31.12.2002, skal PROCDTO være efter eller lig med STARTDATO

Hvis PATTYTYPE 0 eller 2 og PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2002, skal PROCDTO være efter eller lig med HENVISDTO. Hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2002 og PATTYTYPE = 3, skal PROCDTO være større end eller lig med STARTDATO og PROCTIM være større end eller lig med TANSKA

Hvis ART = blank, skal PROCDTO være udfyldt

Hvis ART = blank og PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2000, så skal KODE være mindst 3 karakterer lang

Hvis ART = blank og PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2000 og KODE tilhører UXA*, UXC*, UXM* eller UXR*, så skal pågældende kode være mindst 6 karakterer lang

Hvis KODE er forskellig fra ZPP*, skal PROCDTO være før eller lig med SLUTDATO for PATTYTYPE 0 og 2

Hvis ART = blank og PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2000 og KODE tilhører ZWCM*, så skal pågældende kode være mindst 5 karakterer lang

Hvis position 1 i KODE er F skal ART = blank

Registrering af operationer

Hvis ART = V, P eller D, skal position 1 i KODE være K

Hvis ART = V, P eller D og 1. position i KODE er K, skal KODE være mindst 6 karakterer lang

Hvis ART = V / P skal PROCDTO og PROCAFD være udfyldt

Hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.1995 og KODE tilhører K-koder, så skal PROCAFD være udfyldt

Hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.1997 og KODE tilhører K-koder, så skal PROCTIM og PROCMIN være udfyldt

Procedurearter

ART = V må kun forekomme en gang pr. kontakt

Hvis PATTYTYPE = 0 eller 2 og SLUTDATO ligger før 01.01.2004 og PROCDTO er udfyldt og STARTDATO er efter 31.12.1995 og 1. position i KODE = K, så skal der i kontakten være en og kun en ART = V

Hvis ART = D, skal der umiddelbart før komme en ART = V / P / D (evt. med tillægskode)

Radiologiske procedurer

Hvis der findes en KODE på 6 karakterer tilhørende Sundhedsstyrelsens "Klassifikation af radiologiske procedurer" og PROCDTO til pågældende kode ligger efter 31.12.2000, så gælder for visse procedurer obligatorisk tillægskodning for lateralitet og kontrastindgift. (Se "Klassifikation af radiologiske procedurer")

Hvis ART = blank og PROCDTO beskriver en dato efter 30.06.2000 og KODE er forskellig fra ZPP1*-ZPP*, så skal PROCAFD være udfyldt

Hvis ART = blank og PROCDTO beskriver en dato efter 30.06.2000 og KODE er forskellig fra ZPP1*-ZPP5* eller ZWCM*, så skal PROCTIM og PROCMIN være udfyldt

Klassifikation af aflysningsårsager

Hvis PROCDTO ligger efter 31.12.1999 og SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 er udfyldt eller STARTDATO for PATTYPE = 3 og 1-3 position i KODE = ZPP, så skal KODE være mindst 5 karakterer lang

Genoptræning

Hvis KODE tilhører ZZ0175* og PROCDTO ligger efter 01.01.2007, så skal pågældende kode være mindst 7 karakterer lang. Hvis KODE = AWX21 og PROCDTO efter 01.01.2007, så skal der være KODE = AWG1* med PROCDTO mindre end eller lig med PROCDTO for AWX21.

Hvis KODE = AWX23 og PROCDTO efter 01.01.2007, så skal der også være KODE = AWG2* med PROCDTO mindre end eller lig med PROCDTO for AWX23.

Hvis KODE = AWG1* med PROCDTO efter 01.01.2007 og SLUTDATO er udfyldt, så skal der være KODE = AWX21 med PROCDTO større end eller lig med PROCDTO for AWG1*

Hvis KODE = AWG2* med PROCDTO efter 01.01.2007 og SLUTDATO er udfyldt, så skal der være KODE = AWX23 med PROCDTO større end eller lig med PROCDTO for AWG2*

18.2.4 Funktionsevne

Hvis KODE tilhører FA, så skal være tilknyttet en tillægskode fra FZAG1*

Hvis KODE tilhører FB, så skal være tilknyttet en tillægskode fra FZBG1*

Hvis KODE tilhører FE, så skal være tilknyttet en tillægskode fra FZEG1*

Hvis KODE tilhører FP, så skal være tilknyttet en tillægskode fra FZPG1*

Hvis KODE tilhører FS, så skal være tilknyttet en tillægskode fra FZSG1*

18.2.5 Neonatal hørescreening

Hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2004 og PROCDTO ligger mindre end 90 dage efter FØDSELSDATO og KODE tilhører ZZ1450A, ZZ1450D, ZZ1450D1, ZZ7100A, ZZ7100D, ZZ7306, ZZ7306A, ZZ7306D, ZZ7307, ZZ7307A, eller ZZ7307D, skal der være tilknyttet en af følgende tillægskoder: ZPR01A, ZPR00A eller ZPR00B

18.2.6 Komplikationer til undersøgelse og behandling

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2005 og ART = A eller B og KODE tilhører DT814* så skal der til hver KODE være tilknyttet en af tillægskoderne fra hver af grupperne:

- En KODE tilhørende K*, B*, U* og Z* som er mindst 4 karakterer lang eller KX
- En KODE tilhørende ZT, som er 10 karakterer lang
- En KODE tilhørende A1*-A9* som er 5, 7 eller 8 karakterer lang eller AXXXX eller AYYYY*

18.2.7 Tillægskoder

Skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens klassifikationer. Datovalideringen følger samme regel, som gælder for den primærkode, som tillægskoden er tilknyttet

Tillægskode (ART = +) kan kobles på en forudgående SKSKO med ART = blank, A, B, C, G, H, M, V, P eller D

Alle SKS-koder kan registreres som tillægskoder. (Der er dog få undtagelser herfra, fx ZPP1*-ZPP5*, som kun kan have ART = blank)

Der må maks. registreres 50 tillægskoder pr. KODE med tilhørende ART forskellig fra ”+”

Følgende koder må kun registreres som tillægskoder:

- Koder i Tillægskodeklassifikationen
- Koder i Lægemiddelklassifikationen
- Koder i Datoklassifikationen
- V* (Talliste)
- DUnnDn og DU001 - DU045 (Svangerskabslængde)
- DUT* (Rygevaner)
- DUP* (Fosterpræsentation)
- DUM* (Misdannelsesoplysning)

På procedurer med proceduredato efter 31.12.2000 må kun anvendes TUL1 og TUL2. Der valideres for, at TUL3 ikke er tilladt

På procedurer med proceduredato efter 31.03.2001 må der pr. procedure højest anvendes én af koderne TUL1 eller TUL2

ZKC* må kun registreres som tillægskode til en K-kode

18.2.8 Fødsler og aborter

Svangerskabslængde

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.12.1995 og KODE tilhører de i vejledningsdelen nævnte diagnosekoder ("Registrering af tillægskode for svangerskabslængde"), så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU**D* (svangerskabslængde)

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.12.1995 og KODE tilhører DO04*, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU01D*-DU11D* (svangerskabslængde)

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.03.2004 og KODE tilhører DO03*, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU01D*-DU21D* (svangerskabslængde)

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.12.1995 og før 01.04.2004 og KODE tilhører DO05*, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU12D*-DU27D* (svangerskabslængde)

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.03.2004 og KODE tilhører DO05*, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU12D*-DU21D* (svangerskabslængde)

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.12.1995 og KODE tilhører DO060, DO062, DO064 eller DO066, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU01D*-DU11D* (svangerskabslængde)

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.12.1995 og før 01.04.2004 og KODE tilhører DO061, DO063, DO065 eller DO067, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU12D*-DU27D* (svangerskabslængde)

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.3.2004 og KODE tilhører DO061, DO063, DO065 eller DO067, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU12D*-DU21D* (svangerskabslængde)

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.12.1995 og KODE tilhører DO80*-DO84*, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU15D*-DU45D* eller DU99DX (svangerskabslængde)

Moderens record

Hvis ART = A og PATTYPE = 0 og SLUTDATO ligger efter 31.03.1998 og KODE ligger i intervallet DO80*-DO84*, så skal:

- DUT* og DUnnDn være registreret som tillægskode
- Der findes en MOBST-struktur
- DZ37* være tilknyttet som bidiagnose

Hvis PATTYPE = 0 og KODE er i intervallet DO80*-DO84* og SLUTDATO ligger efter 31.12.1999, så skal tilhørende ART = A

Hvis PATTYPE = 0 og KODE er i intervallet DO60*-DO75* og SLUTDATO ligger efter 31.12.1999 og tilhørende ART = B, så skal der findes en aktionsdiagnose i intervallet DO80*-DO84*

Hvis PATTYPE = 0 og aktionsdiagnosen er i intervallet DO80*-DO84* og SLUTDATO ligger efter 31.12.1999 og der forekommer bidiagnoser forskellig fra DA34*, DB20*-DB24*, DF53*, DO*, DS*, DT* eller DZ*, så skal der samtidig være en bidiagnose i intervallet DO98*-DO99*

Hvis PATTYPE = 0 og aktionsdiagnosen er i intervallet DO80*-DO84* og SLUTDATO ligger efter 31.12.2003, så skal der være en ART = blank og en procedurekode ZZ0241 med følgende tillægskoder tilknyttet

- VPH* eller VV00005
- DU0000

Hvis PATTYPE = 0 og aktionsdiagnosen er i intervallet DO80*-DO84* og SLUTDATO ligger efter 31.12.2003, så skal der være en ART = blank og en procedurekode ZZ0240 med følgende tillægskoder tilknyttet

- VPH* eller VV00005
- DU0000

Hvis procedurekoden er ZZ0241 eller ZZ0240, må følgende felter være blanke

- PROCAFD
- PROCDTO
- PROCTIM

- PROCMIN

og PROCDTO må ligge før STARTDATO

Barnets record

Hvis ART = A og PATTYPE = 0 og SLUTDATO ligger efter 31.12.1996 og KODE tilhører DZ38*, så skal der være:

- en bidiagnose inden for hver af grupperne DUA*, DUH*, DV* og DVA*
- en udfyldt BOBST-struktur

Hvis ART = A og PATTYPE = 0 og SLUTDATO ligger efter 31.03.1998 og KODE tilhører DZ38*, så skal der være en tillægskode inden for gruppen DUP*

ART = B. Koderne inden for arterne DUA*, DUH*, DV*, DVA* og DZ37* skal registreres som bidiagnoser ved fødselsregistrering

Hvis ART = A og PATTYPE = 0 og SLUTDATO ligger efter 31.12.2003 og KODE tilhører DZ38*, og der samtidig findes en ART = blank og en procedurekode ZZ4232 skal følgende tillægskode være tilknyttet ZZ4232

- VPK

Hvis ART = A og PATTYPE = 0 og SLUTDATO ligger efter 31.12.2003 og KODE tilhører DZ38*, og der samtidig findes en ART = blank og en procedurekode ZZ4229, skal være tilknyttet en af følgende tillægskoder til ZZ4229:

- VNK
- VPK

Abortregistrering

Hvis KODE er i intervallet DO040-DO067, så skal tilhørende ART = A, H eller +

Såfremt DO040-DO067 forekommer som aktionsdiagnose, skal der være en operationskode i intervallet KLCH00-KLCH99 eller en behandlingskode BKHD4*

Hvis der er en operationskode i intervallet KLCH00-KLCH99 eller en behandlingskode BKHD4, BKHD41-BKHD49, så skal der være en KODE i

intervallet DO040-DO067, DO088J-DO088K, DO836* eller DO846* med tilhørende ART=A

Hvis KODE er DO836* eller DO846* og ART = A, skal denne være mindst 6 karakterer lang

Misdannelsesregistrering

Hvis ART = A og hvis enten SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 er udfyldt eller STARTDATO for PATTYPE = 3 og hvis KODE tilhører DO00*-DO06*, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhører de i vejledningsdelen nævnte (svangerskabslængde)

Hvis ART = A og SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.1998 og før 01.04.2004 og hvis:

- KODE tilhører DO053 eller DO054 og tilhørende tillægskode tilhører DU12D*-DU27D*, så skal der være en tilhørende ART = + samt KODE lig DUM01, DUM02 eller DUM09
- KODE tilhører DO03* og tilhørende tillægskode tilhører DU16D*-DU27D*, så skal der være en tilhørende ART = + samt KODE lig DUM01, DUM02 eller DUM09

Hvis ART = A og SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.3.2004 og hvis:

- KODE tilhører DO053, DO054, DO836D, DO836E, DO846D eller DO846E og tilhørende tillægskode tilhører DU12D*-DU21D*, så skal der være en tilhørende ART = + samt KODE lig DUM01, DUM02, DUM03 eller DUM09
- KODE tilhører DO03* og tilhørende tillægskode tilhører DU16D*-DU21D*, så skal der være en tilhørende ART = + samt KODE lig DUM01, DUM02, DUM03 eller DUM09

Såfremt SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.1998 og der forekommer tillægskoden DUM01 eller DUM03, så skal samme primærkode have mindst en tillægskode med DQ*.

18.2.9 Psykiatri Generelt

Hvis ART = A eller G og AFD har speciale 50 eller 52, skal diagnosen være fra listen af godkendte psykiatridiagnoser (se vejledningsdelen). Kravet gælder hvis et af nedenstående kriterier er opfyldt:

- SLUTDATO ligger efter 31.12.1995
- SLUTDATO er blank og PATTYPE = 0 eller 2
- STARTDATO er efter 31.12.95 og PATTYPE = 3

Ambulante ydelser ved ambulante besøg og hjemmebesøg

Hvis AFD har speciale 50 eller 52 og PATTYPE = 2 og DTOBES efter 31.12.2005, så skal der være KODE = AAF22* eller AAF6* med ART blank og PROCDTO = DTOBES, samt en af følgende koder tilknyttet som tillægskode ZPVA1B, ZPVA2C, ZPVA4A, ZPVA6A, ZPVA8A, ZPVA9A, ZPVA9B, ZPVA9C eller ZPVA9D

Hvis AFD har speciale 52 og PATTYPE = 2 og DTOBES efter 31.12.2005, så skal der være KODE = AAF22* eller AAF6* med ART blank og PROCDTO = DTOBES, samt en af følgende koder tilknyttet som tillægskode BZFD7 eller BZFD8

Ambulante ydelser uden ambulans besøg eller hjemmebesøg

Hvis AFD har speciale 50 eller 52 og PATTYPE = 2 og KODE tilhører BVAW2, ZZ0231A, BVAA33A, ZZ0182, BVAW1, AAF83, BVAA5, BVAA97 eller BVAA99 og PROCDTO efter 31.12.2005 og PROCDTO ikke er lig DTOBES, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + hvor KODE er en af følgende ZPVA1B, ZPVA2C, ZPVA4A, ZPVA6A, ZPVA8A, ZPVA9A, ZPVA9B, ZPVA9C eller ZPVA9D

Hvis AFD har speciale 52 og PATTYPE = 2 og KODE tilhører BVAW2, ZZ0231A, BVAA33A, ZZ0182, BVAW1, AAF83, BVAA5, BVAA97 eller BVAA99 og PROCDTO efter 31.12.2005 og PROCDTO ikke er lig DTOBES, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + hvor KODE er en af følgende BZFD7 eller BZFD8

18.2.10 Forgiftninger

Generelt

Såfremt SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2000 og ART = A og KODE tilhører de forgiftningsdiagnosekoder, der står anført i kapitel vedrørende tillægskodning vejledningsdelen (DD521-DT500), så skal der umiddelbart efter følge en ART = + hvor KODE er en ATC-kode. ATC-koderne er kendetegnet ved, at 1. position er "M"

Forgiftningskoder for narkotika

Såfremt SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2000 og ART = A / B og KODE tilhører DF11*, DF15*, DF16*, eller DF19*, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + hvor KODE er en fra gruppe DT400*-DT409*, DT430A, DT436* eller DT438*. Tillægskoden kan også være en ATC-kode. ATC-koderne er kendetegnet ved, at 1. position er "M"

Såfremt SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2000 og før 01.01.2003 og ART = A / B og KODE tilhører DZ036, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + hvor KODE er en fra gruppe DT400*-DT409*, DT430A, DT436* eller DT438*. Tillægskoden kan også være en ATC-kode. ATC-koderne er kendetegnet ved, at 1. position er "M"

Såfremt SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2002 og før 01.01.2006 og ART = A / B og KODE tilhører DZ036, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + hvor KODE er en fra gruppe DT401*-DT409*, DT430A eller DT51*-DT65*. Tillægskoden kan også være en ATC-kode. ATC-koderne er kendetegnet ved, at 1. position er "M"

Såfremt SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2005 og ART = A / B og KODE tilhører DZ036, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + hvor KODE er en fra gruppe DT40*, DT436*, DT438*, DT439* eller DT51*-DT65*. Tillægskoden kan også være en ATC-kode. ATC-koderne er kendetegnet ved, at 1. position er "M"

Såfremt SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 30.06.2002 og ART = A / B og KODE = DF19*, er det ikke obligatorisk, at koden efterfølges af tillægskode fra gruppe DT400*-DT409*, DT430A, DT436* eller DT438* eller en ATC-kode

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2000 og der findes en diagnose med ART = A / B / + og KODE tilhørende DT406* eller DT436*, så skal pågældende kode være 6 karakterer lang

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2003 og der findes en diagnose med ART = A / B / + og KODE tilhørende DT409*, så skal pågældende kode være 6 karakterer lang

18.2.11 Cancer

Anmeldelsesstatus

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2000 og DIAGART = A / B og KODE er en anmeldelsespligtig cancerdiagnose (for diagnosen DD05* dog: STARTDATO efter 30.06.2004 for PATTYPE 0 og 2 eller for PATTYPE = 3 først STARTDATO efter 30.06.2004) jf. vejledningsdelen, så skal der pr. diagnose være tilknyttet en og maksimalt en tillægskode med anmeldelsesstatus AZCA1, AZCA2 eller AZCA4. Anmeldelsesstatus AZCA3 er kun tilladt for DIAGART = B

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.1998 og DIAGART = A og KODE er en anmeldelsespligtig cancerdiagnose (for diagnosen DD05* dog: STARTDATO efter 30.06.2004 for PATTYPE 0 og 2 eller for PATTYPE = 3 først STARTDATO efter 30.06.2004) jf. vejledningsdelen, så må der ikke være tilknyttet tillægskoden AZCA3

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2002 og DIAGART = A/B og KODE er en anmeldelsespligtig cancerdiagnose (for diagnosen DD05* dog: STARTDATO efter 30.06.2004 for PATTYPE 0 og 2 eller for PATTYPE = 3 først STARTDATO efter 30.06.2004) jf. vejledningsdelen, så må der ikke være tilknyttet tillægskoden AZCA2

Stadium

Hvis følgende betingelser er opfyldt:

- STARTDATO ligger efter 31.12.2003 og før 01.07.2004 og
- DIAGART = A/B og
- DIAG findes i tabellen ”stadium” ekskl. DD05* og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1 og
- kontakten er afsluttet (SLUTDATO udfyldt), eller kontakten er uafsluttet og STARTDATO ligger mere end 4 måneder før seneste ambulante besøg

så skal følgende betingelser være opfyldt for sygdommens udbredelse:

1. hvis DIAG tilhører gruppen DC81*-DC85*, skal der være tilknyttet en tillægskode fra gruppen AZCC*, og koden skal være mindst 5 karakterer lang.

2. hvis DIAG tilhører tabellen ”stadium” og er forskellig fra DC81* - DC85*, skal der pr. diagnose være tilknyttet 3 tillægskoder, en i hver af grupperne AZCD1*, AZCD3* og AZCD4*, og koderne skal være mindst 6 karakterer lange.

Hvis følgende betingelser er opfyldt:

- STARTDATO ligger efter 30.06.2004 og
- DIAGART = A/B og
- DIAG findes i tabellen ”stadium” og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1 og
- kontakten er afsluttet (SLUTDATO udfyldt), eller kontakten er uafsluttet og STARTDATO ligger mere end 4 måneder før seneste ambulante besøg

så skal følgende betingelser være opfyldt for sygdommens udbredelse:

1. hvis DIAG tilhører grupperne DB211, DB212, DB213, DC81* - DC85*, DC902, DC923, DC96*, skal der være tilknyttet en tillægskode fra gruppen AZCC*, og koden skal være mindst 5 karakterer lang.
2. hvis DIAG tilhører tabellen ”stadium” og er forskellig fra DB211, DB212, DB213, DC81*-DC85*, DC902, DC923, DC96*, skal der pr. diagnose være tilknyttet 3 tillægskoder. En i hver af grupperne AZCD1*, AZCD3* og AZCD4*, og koderne skal være mindst 6 karakterer lange.

Hvis STARTDATO efter 30.06.2004 så gælder at:

- AZCD11 kan kun anvendes for koderne: DD30*, DD37*-DD44*, DD48*
- AZCD12 kan kun anvendes for koderne: DD05*, DD06*, DD076, DD090, DD091

Hvis STARTDATO efter 30.06.2004 og før 01.07.2005 så gælder at:

- AZCD10 kan kun anvendes i kodeintervallet: DC78*-DC80*

Hvis STARTDATO efter 30.06.2005 så gælder at:

- AZCD10 kan kun anvendes i kodeintervallet: DC78*-DC80*, DC77*

Diagnosegrundlag

Hvis følgende betingelser er opfyldt

- STARTDATO ligger efter 31.12.2003 og
- DIAGART = A/B og
- DIAG tilhører anmeldelsespligtige diagnosekoder (for diagnosen DD05* dog: SLUTDATO efter 30.06.2004 for PATTYPE 0 og 2 eller for PATTYPE = 3 først STARTDATO efter 30.06.2004) og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1

så skal følgende betingelse være opfyldt:

Der skal være tilknyttet mindst en af tillægskoderne fra hver af grupperne AZCK* og AZCL*, og koderne skal være mindst 5 karakterer lange.

Lateralitet

Hvis følgende betingelser er opfyldt

- STARTDATO ligger efter 31.12.2003 og
- DIAGART = A/B og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1 og
- DIAG findes i tabellen over diagnoser hvor der obligatorisk skal registreres lateralitet (for diagnosen DD05* dog: SLUTDATO efter 30.06.2004 for PATTYPE 0 og 2 eller for PATTYPE = 3 først STARTDATO efter 30.06.2004)

så skal følgende betingelse være opfyldt:

Der skal være tilknyttet mindst en af tillægskoderne TUL1, TUL2 eller TUL3.

Lokalisation

Hvis:

- STARTDATO ligger efter 31.12.2003 og før 01.07.2006 og
- DIAGART = A/B og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1 og
- DIAG tilhører grupperne DB211, DB212, DC81*-DC85*, DC902 og DC923

eller

- STARTDATO ligger efter 30.06.2004 og før 01.07.2006 og
- DIAGART = A/B og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1 og

- DIAG tilhører DB213

så skal følgende betingelse være opfyldt:

Der skal være tilknyttet mindst en tillægskode i grupperne DC00*-DC41*, DC44*, DC47*-DC77*

Hvis

- STARTDATO ligger efter 30.06.2006 og
- DIAGART = A/B og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1 og
- DIAG tilhører grupperne DB211, DB212, DB213, DC81*-DC85*, DC902 og DC923

så skal der skal være tilknyttet mindst en tillægskode fra listen over tilladte koder fra anatomiklassifikationen

18.2.12 Lokal validering af anvendelsen af anmeldelsesstatus: AZCA1 og AZCA4

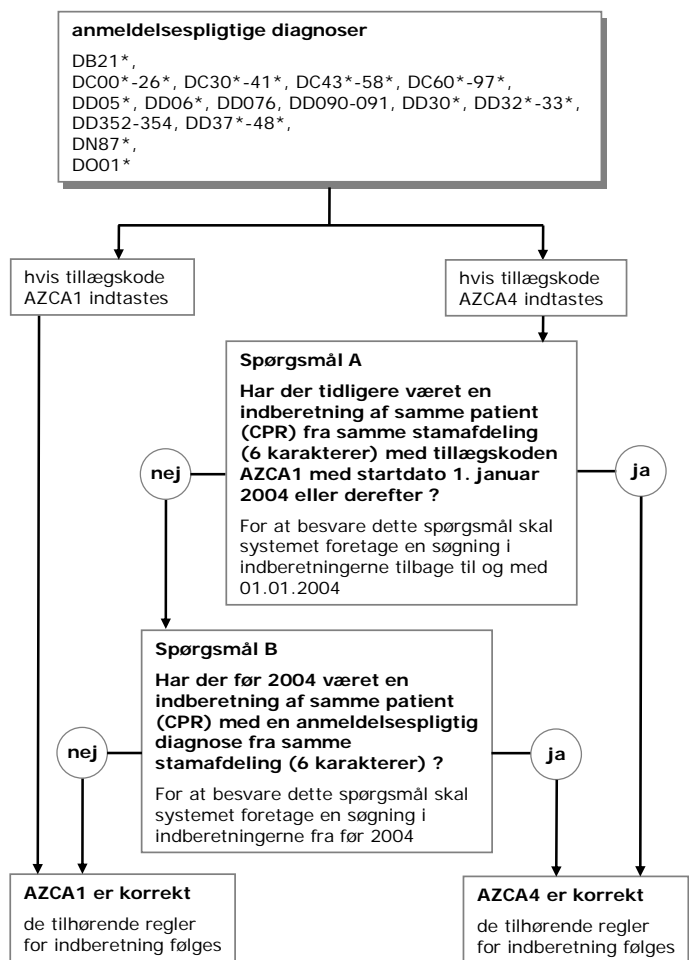
Nedenstående figur beskriver overordnet set, hvordan reglerne for anvendelsen af anmeldelsesstatus AZCA1 og AZCA4 automatisk skal valideres i sygehusenes lokale IT-systemer. Der fokuseres altså udelukkende på statuskoderne AZCA1 og AZCA4. Nedenstående punkter gennemgår figuren fra toppen af og nedefter.

1. Øverst i figuren illustreres det, at man har med en indberetningspligtig cancerdiagnose at gøre
2. Dernæst viser figuren, at der enten forsøges registreret en statuskode AZCA1 eller AZCA4 på indberetningen
3. Registrering af AZCA1 er altid som en valid indtastning. Dette er illustreret i figurens venstre side
4. Valideringen, som følger af en indtastning af statuskode AZCA4, er illustreret i figurens højre side
5. Registrering af statuskode AZCA4 resulterer først i Spørgsmål A, som den lokale validering skal kunne besvare
6. Hvis Spørgsmål A kan besvares med et JA, er registrering af statuskode AZCA4 valid, og koden må dermed anvendes under hensyntagen til fællesindholdets regler. Dette er illustreret i figurens højre side

7. Hvis svaret på Spørgsmål A er NEJ, følger Spørgsmål B
8. Hvis Spørgsmål B kan besvares med et JA, er registrering af statuskode AZCA4 valid, og koden må dermed anvendes under hensyntagen til fællesindholdets regler. Dette er illustreret i midten af figuren.
9. Hvis Spørgsmål B kan besvares med et NEJ, betragtes registreringen af statuskode AZCA4 som en fejl. Statuskode AZCA1 skal følgelig anvendes i stedet for AZCA4. Dette er illustreret i midten af figuren

Diagram: Oversigt over den automatiske validering

Canceranmeldelse – automatisk validering



18.2.13 Kvalitetsindikatorer

Brud på lårbenshals

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 30.06.2000 og DIAGART = A / B og KODE tilhører DS720*-DS722*, DS727* eller DS728*, så skal der pr. diagnose være tilknyttet en af tillægskoderne TUL1 eller TUL2

Hoftesaloplastik

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 er udfyldt og ART = V / P / D og KODE tilhører KNFB*, KNFC* eller KNFW* og PROCDTO til pågældende kode ligger efter 30.06.2000, så skal der pr. operationskode være tilknyttet en af tillægskoderne TUL1 eller TUL2

Luksation af hofteledsprotese

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2000 og DIAGART = A / B og KODE lig med DT840A, så skal der til pågældende diagnose være tilknyttet en af tillægskoderne TUL1 eller TUL2

19 Detaljeret teknisk beskrivelse

19.1 Indberetning til LPR

Dette afsnit indeholder en vejledning i, hvorledes data skal opbygges for at kunne indrapporteres til LPR. Vejledningen, som er forholdsvis teknisk, henvender sig primært til de IT-afdelinger, som står for LPR indberetningen.

Ved indberetning til LPR skal data opbygges i strukturer identificeret med nøgleord. Strukturerne indeholder foreningsmængden af de datafelter, der kan indrapporteres i dag og de datafelter, som tidligere har kunnet indrapporteres.

Hvilke datafelter, der skal indrapporteres fra de enkelte afdelinger på de enkelte patienttyper, er anført tidligere i rapporten. Ved indberetning af datafelter, som ikke er angivet i denne rapport, skal definitionen findes i tidligere udgaver.

De enkelte strukturer er oprettet, så de primært indeholder data fra en patientkontakt som logisk hører sammen, fx indlæggelses- og udskrivningsoplysninger. Da recorden med de forskellige strukturer bliver modtaget i et stort felt, skal de enkelte strukturer identificeres med et nøgleord på 5 karakter efterfulgt af en længdeangivelse på 3 karakter. En record skal afsluttes med nøgleordet "SLUT%".

En indberetning til LPR kræver, at alle data skal kunne identificeres.

Følgende data kan indberettes til LPR:

Sygehusnummer

Afdelings/afsnitsnummer

Patienttype

Personnummer

Indlæggelsesdato/

Startdato for ambulant kontakt/

Dato for ankomst til skadestue

Indlæggelsestidspunkt/

Time for ankomst til skadestue

Minut for ankomst til skadestue

Kommunenummer

Distriktskode

Før 01.01.2001

Henvisningsdato	
Henvisningsmåde	
Indlæggelsesmåde	
Indlagt fra	Før 01.01.2001
Startvilkår	
Udskrivningsdato/	
Slutdato for ambulans kontakt/	
Slutdato for skadestuekontakt	
Udskrivningstime	
Afslutningstime for skadestuekontakt	
Afslutningsmåde	
Afsluttet til sygehusafsnit	
Udskrevet til	Før 01.01.2001
Kontaktårsagskode	
Ulykkeskode	På udskrivninger før den 01.01.1995 Indberette ulykkeskoder i struktur ULYKK. På udskrivninger fra den 01.01.1995 indberettes ulykkeskoder i struktur SKSKO
Behandlingsdage	Før 01.01.2002
Dato for forundersøgelse	Før 01.01.2004
Dato for endelig behandling	Før 01.01.2004
Kode for fritvalgsordning	Kun for private sygehuse/klinikker
Henvisende sygehusafsnit	
Diagnoseart	Kun for kontakter udskrevet fra den 01.01.1995. Indberettes i struktur SKSKO
Diagnosekodennummer	På kontakter udskrevet før den 01.01.1995 indberettes diagnosekodennummer i strukturen DIAGN. På kontakter udskrevet fra den 01.01.1995 indberettes diagnosekode nummer i strukturen SKSKO

Teknisk del

Modifikation	Kun for kontakter udskrevet før den 01.01.1994
Procedureart	Kun for procedurer fra den 01.01.1996. Indberettes i strukturen SKSKO
Procedurekodennummer	For operationer før den 01.01.1996 indberettes operationskodennummer i strukturen OPERA. For procedurer fra den 01.01.1996 i indberettes procedurekodennummer i strukturen SKSKO
Proceduredato	Kun for procedurer fra den 01.01.1996. Indberettes i strukturen SKSKO
Kode for opererende/ producerende afsnit	For operationer før den 01.01.1996 indberettes kode for opererende afsnit i strukturen OPERA For procedurer inkl. operationer fra den 01.01.1996 indberettes kode for producerende afsnit i strukturen SKSKO
Proceduretime	Kun for procedurer fra den 01.01.1998. Indberettes i strukturen SKSKO
Procedureminut	Kun for procedurer fra den 01.01.1998. Indberettes i strukturen SKSKO
Kombination	Kun for operationer før den 01.01.1996
Dato for besøg	
Personalekategori	Før 01.01.2001
Psykiatrisk ydelse	Før 01.01.2001
Ydelsessted	Før 01.01.2001
Årsag til passiv ventetid	Før 01.01.2004
Startdato for passiv ventetid	Før 01.01.2004
Slutdato for passiv ventetid	Før 01.01.2004
Dato for afslået tilbud om behandling i andet sygehusafsnit	
Sygehusafsnitskode for det afsnit det afslåede behandlingstilbud er givet til	

Paritet
 Antal besøg hos jordemoder
 Antal besøg hos egen læge
 Antal besøg hos sygehusafsnit/
 speciallæge
 Dato for sidste menstruation Før 01.01.2002
 Nummer ved flerfoldfødsel
 Barnets vægt
 Barnets længde
 Ventestatus
 Startdato for periode med ventestatus
 Slutdato for periode med ventestatus

19.2 Strukturoversigt

INDUD

Indlæggelses-/udskrivningsoplysninger

SKSKO

SKS kode (udskrivninger eller indlæggelser fra 01.01.1995). Første karakter i data er reserveret til artsfeltet, som kan antage følgende værdier:

Diagnoser:

A	aktionsdiagnose
B	bidiagnose
C	komplikation
H	henvisningsdiagnose
M	midlertidig diagnose

Operationer:

V	vigtigste operation i en afsluttet kontakt
P	vigtigste operation i et operativt indgreb
D	deloperation: anden/andre operation(er) i et operativt indgreb Skal indberettes efter en operationskode med arten 'V' eller 'P'. Såfremt der er tillægskoder til 'V' eller 'P' koder, så skal 'D' indberettes efter tillægskoderne.

Uspecificeret SKS-kode:

= blank uspecificeret SKS primærkode,
fx procedurekode (ikke operation), ulykkeskode

Tillægskoder:

+ uspecificeret SKS tillægskode
Skal indberettes umiddelbart efter den primærkode den knyt
ter sig til. Hvis der er flere tillægskoder til samme primærko-
de, indberettes de umiddelbart efter hinanden.

A, B, C, H og M angiver diagnosearten. Skal efterfølges af en ICD-10 diag-
nosekode.

V, P og D angiver procedurearten ved operationsregistrering. Skal efterføl-
ges af en operationskode. V og P skal yderligere efterfølges af en procedure-
dato, proceduretime, procedureminut og kode for producerende sygehusafde-
ling.

For procedurer (ikke kirurgiske) med arten ”blank” er proceduredato, -time,
-minut og kode for producerende afdeling obligatorisk.

Visse procedurer er undtaget dette krav.

DIAGN

Diagnoser (udskrivninger før 01.01.1995)

OPERA

Operationer (operationer før 01.01.1996)

OKOMB

Sammenhørende operationer, skal forekomme umiddelbart efter OPERA
(kun for operationer før 01.01.1996)

BESØG

Besøgs oplysninger

PASSV

Passiv ventetid (indlæggelses- / startdato efter 31.12.1998 og henvisningsda-
to før 31.12.2003) samt dato for afslået tilbud om behandling og tilhørende
sygehusafdeling.

VENTE

Ventestatus og start- og slutdato for perioden med ventestatus.

ULYKK

Ulykkeskoder (udskrivninger før 01.01.1995)

BOBST

Barn - obstetrik oplysninger

MOBST

Moder - obstetrik oplysninger

PSYKI

Specifikke oplysninger fra psykiatriske afdelinger

SLUT%

Slutmarkering

En struktur består af nøgleord, længde og data, fx:

- SKSKO Nøgleord på 5 karakterer
- 006 Datalængde på 3 karakterer
- ADZ769 Data (A for aktionsdiagnose + ICD-10 DZ769)

19.3 Eksempler på indberetningsrecords

Strukturen for de enkelte nøgleord er vist på de efterfølgende sider.

= blank karakter

19.3.1 Eksempel på indberetning af operationskoder som SKS-koder

INDUD06713010310010101000102010112##701#####02010111100101
121#####20008

SKSKO006HDN801**SKSKO006**ADN801**SKSKO005**+TUL1

SKSKO006BDN830**SKSKO005**+TUL2

SKSKO028VKLAD00####02010113013311430**SKSKO005**+TUL1

SKSKO028DKLAB10####02010113013311430**SKSKO005**+TUL2**SLUT**
%

Følgende SKS-koder er anvendt:

- HDN801 Henvisningsdiagnose
- ADN801 Aktionsdiagnose

- +TUL1 Tillægskode (sideangivelse)
- BDN830 Bidiagnose
- +TUL2 Tillægskode (sideangivelse)
- VKLAD00 Vigtigste operative indgreb
- +TUL1 Tillægskode (sideangivelse)
- DKLAB1 Deloperation
- +TUL2 Tillægskode (sideangivelse)

19.3.2 Eksempel på indberetning af en operationskontakt med skaderegistrering startet efter 31.12.2007

INDUD0631309100001010100010201081200101#####02010810080108115#####2

SKSKO006ADS427**SKSKO006**BDS060**SKSKO006**BDS417

SKSKO007VKNBJ61**SKSKO007**DKNBJ12

SKSKO007#EUHE02**SKSKO009**#EUXH6020

SKSKO006#EUSA0**SKSKO009**#EUYC0212

SKSKO006#EUA12**SKSKO007**#EUE445**SLUT%**

Ovenstående er blandt andet eksempel på indberetning af ulykkeskoder til LPR. Følgende SKS-koder er anvendt:

- ADS427 aktionsdiagnose
- BDS060 bidiagnose
- BDS417 bidiagnose
- VKNBJ61 vigtigste operation
- DKNBJ12 deloperation
- #EUHE02 ulykkeshændelse
- #EUXH6020 produkt (ulykkeshændelse)
- #EUSA0 skademekanisme
- #EUYC0212 produkt (skademekanisme)
- #EUA12 aktivitet
- #EUE445 branche

19.3.3 Eksempel på indberetning af cancerdiagnose, aflyst operation, henvisende sygehusafsnit samt venteoplysninger

IDUD087130129920101010001150304####701#####260204#G100504
##F1309349#####1309349

SKSKO006HDC437SKSKO007ADC437ASKSKO006+AZCA1

SKSKO008+AZCD13BSKSKO007+AZCD31SKSKO007+AZCD49

SKSKO006+AZCK0SKSKO006+AZCL0SKSKO005+TUL1

SKSKO006BDC819SKSKO006+AZCA1SKSKO007+AZCC2A

SKSKO006+AZCK0SKSKO006+AZCK4SKSKO006+AZCL1

SKSKO007+DC774A

SKSKO028#ZPP21B####17030413012991000SKSKO007+KQDE10

SKSKO028VKQDE10A###24030413012991430SKSKO005+ZKC0

BESØG006150304BESØG006240304BESØG006290304

BESØG006150404BESØG006100504

VENTE01413260204020304VENTE01411030304080304

VENTE01423090304150304VENTE01412160304190304

VENTE01426200304240304SLUT%

Følgende SKS-koder er anvendt:

- HDC437 Henvisningsdiagnose
(henvisningsdato = 26.02.2004)
- ADC437A Aktionsdiagnose
- +AZCA1 Tillægskode(Anmeldelsesstatus)
- +AZCD13B Tillægskode(Stadium-primær tumor)
- +AZCD31 Tillægskode (Stadium-regionale metastaser)
- +AZCD49 Tillægskode (Stadium-fjern metastaser)
- +AZCK0 Tillægskode (Diagnosegrundlag - makroskopisk)
- +AZCL0 Tillægskode (Diagnosegrundlag - mikroskopisk)
- +TUL1 Tillægskode(Lateralitet)
- BDC819 Bidiagnose
- +AZCA1 Tillægskode (Anmeldelsesstatus)
- +AZCC2A Tillægskode (Stadium-Ann Arbor lymfom)

- +AZCK0 Tillægskode (Diagnosegrundlag – makroskopisk)
- +AZCK4 Tillægskode (Diagnosegrundlag – makroskopisk)
- +AZCL1 Tillægskode (Diagnosegrundlag - mikroskopisk)
- +DC774A Tillægskode.(Lokalisation)
- #ZPP21B Proc. aflyst pga. tekniske problemer et døgn før fastlagt dag (aflyst proceduredato = 17.03.2004)
- +KQDE10 Tillægskode til den aflyste procedure
- VKQDE10A Vigtigste operative indgreb (operationsdato= 24.03.2004)
- +ZKC0 Tillægskode (cancerrelateret kirurgisk indgreb)

Følgende BESØG indgår:

- 150304 Besøg (svarer til startdato og udredningsdag)
- 240304 Besøg (svarer til operations-/behandlingsdato)
- 290304 Besøg
- 150404 Besøg
- 100504 Besøg (svarer til slutdato)

Følgende VENTE-oplysninger indgår:

- 260204-020304 Ventestatus = 13 (Ventende omvisitering fra andet afsnit)
- 030304-080304 Ventestatus = 11 (Ventende på udredning)
- 090304-150304 Ventestatus = 23 (Ikke ventende efter patientens ønske)
- 160304-190304 Ventestatus = 12 (Ventende på behandling)
- 200304-240304 Ventestatus = 26 (Ikke ventende under behandling)

19.3.4 Eksempel på indberetning af en uafsluttet ambulans kontakt med startdato efter 31.12.2004

INDUD0871301299201010100011501051115701#####261004#F#####

#####1309349

SKSKO006HDE109**SKSKO007**ADE109A

BESØG006180105

VENTE01411261004180105

VENTE01425190105#####SLUT%

Følgende SKS-koder er anvendt:

- HDE109 Henvisningsdiagnose (henvisningsdato = 26.10.2004)
- ADE109 Aktionsdiagnose

Følgende BESØG indgår:

- 180105 Besøg

Følgende VENTE-oplysninger indgår:

- 261004-180105 Ventestatus = 11 (Ventende på udredning)
- 190105-##### Ventestatus = 25 (Ikke ventende under udredning)

19.3.5 Sletning af kontakt

En kontakt slettes i Landspatientregisteret ved kun at indberette nøgleoplysninger.

Pr. 01.01.2005 er det muligt at indberette flere ambulante kontakter pr. patient pr. dag pr. sygehusafdeling. Derfor er forskellige krav til sletterecords alt efter om startdatoen ligger før eller efter denne dato.

For kontakter med startdato før 01.01.2005 indberettes:

- Sygehusnummer
- Afdelings/afsnitsnummer
- Patienttype (altid blank ved sletning)
- Personnummer
- Indlæggelsesdato/Startdato for ambulans forløb/Dato for ankomst til skadestue
- Indlæggelsestid/Time for ankomst til skadestue
- Minut for ankomst til skadestue

For kontakter med startdato efter 31.12.2004 indberettes:

- Sygehusnummer
- Afdelings/afsnitsnummer
- Patienttype
- Personnummer

- Indlæggelsesdato/Startdato for ambulans forløb/Dato for ankomst til skadestue
- Indlæggelsestid/Time for ankomst til skadestue/starttid for ambulans kontakt
- Minut for ankomst til skadestue/Indlæggelsesminut/startminut for ambulans kontakt

Såfremt der foretages ændringer til en given kontakts nøgleoplysninger, skal der altid indberettes en sletterecord, før kontakten genindberettes.

19.3.6 Eksempler på indberetning af en sletterecord

INDUD0281301031#010101000102019412##SLUT%

INDUD0281401032201020500010301051205SLUT%

19.4 Detaljeret indhold af struktur

INDVID/ FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/ FORMULARNAVN
Indlæggelses-/udskrivningsoplysninger				INDUD
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR .	BESKRIVELSE
1	SGH	4	CH	Sygehusnummer
5	AFD	3	CH	Afdelingsnummer
8	PATTYPE	1	CH	Patienttype
9	CPRNR	10	CH	CPR-nummer
19	STARTDATO	6	CH	Indlæggelses-/startdato
25	INDLÆGTIME TANSKA	2	CH	Indlæggelses-/starttime
27	MIANSKA	2	CH	Startminut
29	KOMNR	3	CH	Bopælskommune
32	DISTKOD til 31.12.2000	7	CH	Distriktskode
39	HENVISDTO	6	CH	Henvisningsdato
45	INDMÅDE	1	CH	Indlæggelsesmåde
46	HENVISNMÅDE	1	CH	Henvisningsmåde
47	SLUTDATO	6	CH	Udskrivningsdato
53	UDTIME	2	CH	Udskrivningstime
55	AFSLUTMÅDE	1	CH	Afslutningsmåde
56	UDSKRTILSGH	7	CH	Afsluttet til sygehus- /afdeling
63	KONTÅRS	1	CH	Kontaktårsag
64	BEHDAGE til 31.12.2001	4	CH	Behandlingsdage
68	DTOFORU til 31.12.2003	6	CH	Dato for forundersøgelse
74	DTOENBH til 31.12.2003	6	CH	Dato for endelig behand- ling
80	FRITVALG	1	CH	Kode for fritvalgsordning
81	HENVSGH	7	CH	Henvisende sygehusafsnit

INDIVID/ FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/ FORMULARNAVN
SKS-koder				SKSKO
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	ART	1	CH	Relationsfelt med følgende værdier: A = Aktionsdiagnose B = Bidiagnose C = Komplikation H = Henvisningsdiagnose M = Midlertidig diagnose V = Vigtigste operation i en afsluttet kontakt P = Vigtigste operation i et operativt indgreb D = Deloperation: anden/andre operation(er) i et operativt indgreb = Blank, uspecificeret SKS primærkode + = Tillægskode
2	KODE	10	CH	SKS kode
12	PROCDTO	6	CH	Proceduredato
18	PROCAFD	7	CH	Producerende sygehusafsnit
25	PROCTIM	2	CH	Proceduretime
27	PROCMIN	2	CH	Procedureminut

INDIVID/ FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/ FORMULARNAVN
Diagnoser				DIAGN
	PROGRAM DATANAVERN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	DIAG til 31.12.1994	6	CH	Diagnosekode
7	MOD til 31.12.1993	1	CH	Modifikation

INDIVID/ FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/ FORMULARNAVN
Operationer				OPERA
	PROGRAM DATANAVERN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	OPR til 31.12.1995	5	CH	Operationskode
6	OPRAFD til 01.12.1995	7	CH	Opererende sygehusafsnit

INDIVID/ FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/ FORMULARNAVN
Sammenhørende operationer				OKOMB
	PROGRAM DATANAVERN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	OPR til 31.12.1995	5	CH	Sammenhørende operation

INDIVID/ FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/ FORMULARNAVN
Besøgs oplysninger				BESØG
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	DTOBES	6	CH	Besøgsdato
7	PERSKAT til 31.12.2000	3	CH	Personalekategori
10	YDESTED til 31.12.2000	1	CH	Ydelsessted
11	PSYKYD til 31.12.2000	1	CH	Psykiatrisk ydelse

INDIVID/ FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/ FORMULARNAVN
Passiv ventetid				PASSV
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR .	BESKRIVELSE
1	ÅRSAGPAS til 31.12.2003	1	CH	Årsag til passiv ventetid
2	DTOSTPAS til 31.12.2003	6	CH	Startdato for passiv ventetid
8	DTOSLPAS til 31.12.2003	6	CH	Slutdato for passiv ventetid
14	DTOAFTLB	6	CH	Dato for afslået tilbud om be- handling i anden sygehusafsnit
20	BEHAND- TILSGH	7	CH	Sygehusafsnitskode for den af- snit det afslåede behandlings- tilbud er givet til

INDIVID/ FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/ FORMULARNAVN
Venteoplysninger				VENTE
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	VENTE- STATUS	2	CH	Status for venteperiode.
3	DATOST- VENTE	6	CH	Startdato for periode med ven- testatus.
9	DATOSL- VENTE	6	CH	Slutdato for periode med ven- testatus.

INDIVID/ FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/ FORMULARNAVN
Ulykkeskoder				ULYKK
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	ULK	8	CH	

INDIVID/ FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/ FORMULARNAVN
Barn - obstetrik oplysninger				BOBST
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	FLERNR	1	CH	Nummer ved flerfoldfødsel
2	VÆGT	4	CH	Barnets vægt
6	LÆNGDE	2	CH	Barnets længde

INDIVID/ FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/ FORMULARNAVN
Moder - obstetrik oplysninger				MOBST
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	PARITET	2	CH	Paritet
3	BESJORD	2	CH	Antal besøg hos jordemoder
5	BESLÆGE	1	CH	Antal besøg hos egen læge
6	BESSPEC	1	CH	Antal besøg hos sygehusaf- snit/speciallæge
7	SIDMEN til 31.12.2001	6	CH	Dato for sidste menstruation

INDIVID/ FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/ FORMULARNAVN
Psykiatri oplysninger				PSYKI
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	INDFRA til 31.12.2000	1	CH	Indlagt fra
2	INDVILK	1	CH	Startvilkår
3	UDSKRTIL til 31.12.2000	1	CH	Udskrevet til

20 Stikordsregister

A

abdominalomfang 135
abnorme fund 128
abort 135;136;195
abortprocedure 129;136;138;141
abortregistrering 247
administrative begreber 177
administrative ydelser 116
adresseafsnit 36;58;175
afbud 28
AFD 204;227
afdeling 175
afdelings/afsnitsnummer 204
aflysning 243
aflyst procedure 190
aflyste besøg 66
aflyste operationer 120
AFSLUTMÅDE 212;230
afslutning af patientkontakt 177
afslutning ved død 177
afslutningsdato 24
afslutningsmåde
..... 21;23;24;29;34;178;212
afsluttet til sygehusafsnit 212
afslået behandlingstilbud
..... 26;39;183;223
afsnit 175
aktionsdiagnose
15;44;45;54;87;89;91;108;124;189
aktiv ventetid 31;183
aktivitet 78;79;198
akut 35
akut fremmøde 50
akut indlæggelse 186
akut kontakt 178
akut modtageafsnit 176
akut patient 178
akut patientkontakt 178
akut procedure 190
almindelig genoptræning 105;107;199

ambulant besøg
..... 42;61;65;115;116;128;187;249
ambulant besøgsdato 187
ambulant fødsel 129
ambulant kontakt 187
ambulant patient 42;187;238
ambulant udredningskontakt 26
ambulant ydelse 42;115;187
ambulante psykiatriske patienter ... 59
ambulatorieafsnit 176
anamnese 96
anatomiklassifikation 170
anatomisk lokalisation 197
anmeldelsespligtig sygdom
..... 94;146;151;171;197
anmeldelsesstatus
..... 153;155;158;197;251
Ann Arbor klassifikationen 167
antal behandlere 66
apparscore 135
arbejdsdiagnose 190
ART 232
assistance
. 19;27;30;31;36;42;53;68;101;108;
113;116;190
assistanceafsnit 116
ATC-kode 83;84;92;93;97;119

B

barnepatient 178
barnets kontakt 129
barnets længde 224
barnets record 247
barnets vægt 224
barselpleje 131
barselsperiode 126
base-excess 135
behandling 30;99;106;107;112;191
behandlingskontakt 45;46
behandlingsmodning 29
behandlingsperiode 45
behandlingstilbud 27

- BEHANDTILSGH..... 223;235
 BEHDAGE 231
 BESJORD 225;237
 beslutningstidspunkt..... 183
 BESLÆGE..... 225;237
 BESSPEC..... 226;237
 besøg 178
 BESØG 233;262;272
 besøg hos egen læge..... 225
 besøg hos jordemoder 225
 besøg hos sygehusafsnit/speciallæge
 226
 besøg på skadestue 50
 besøgsdato 61;64;112;115;116;187
 besøgsindberetning..... 115
 betænkningstid 29
 bidiagnose 87;88;89;90;124;189
 bilateralt 103
 biologiske stoffer 84
 bivirkninger 83;125
 blanketanmeldelse 131
 BOBST..... 236;263;273
 bogens opbygning 11
 bopælskommune 39
 branche 78;198
 brud på lårbenshals..... 173
- C**
- cancer 197;251
 cancerdiagnosen 155
 CPRNR 205;227
- D**
- dagbehandling 63
 DAGS..... 100
 dato for første ambulante besøg ... 188
 DATOSLVENTE..... 222;235
 DATOSTVENTE..... 222;235
 definitioner 175
 deloperation..... 102;103;191
 DIAG 216;233
 DIAGART..... 215
 DIAGN..... 262;271
 diagnoser 44;87;189;190;204
- diagnoseart..... 87;88;190;215;241
 diagnosegrundlag
 146;163;168;197;253
 diagnosekodenummer 216
 diagnoseregistrering 87;189
 diagnosetekst 189
 DIPSY 66
 DISTKOD 229
 DRG 100
 DTOAFTLB 223;234
 DTOBES 221;233
 DTOSLPAS 234
 DTOSTPAS 234
 dødfødsel
 127;128;129;134;136;138;196
 dødfødt..... 132;140;141
- E**
- efterambulant kontakt 46
 egentræning 104;105
 elektiv 181
 elektiv procedure 191
 elektroshockbehandling 56
 e-mailkonsultation 182
 endelig behandling..... 18;20;24;183
 erfarede ventetider 25;184
 ergo- og fysioterapeutiske ydelser. 64
 ergoterapeuter 43
 erstatnings-CPRNR 228
- F**
- familieterapi..... 194
 fejlsøgning 227
 flerfoldsfødsel 131;135
 FLERNR..... 226;236
 flernummer 127;196
 forgiftninger..... 53;71;83;84;249
 fosterpræsentation..... 135
 fravær..... 59
 FRITVALG 214;232
 funktionsevne 104;199;243
 fysio- og ergoterapeutiske ydelser 108
 fysio- og ergoterapi..... 104;106;109
 fysioterapeuter 43

færdigbehandlet patient..... 36;178
 fødsel..... 126;128;129;196
 fødsel på skadestue..... 129
 fødsel på vej..... 127;130;196
 fødselsanmeldelser..... 129
 fødselsdiagnose..... 140
 fødselsindberetning..... 138
 fødselskomplikationer..... 131
 fødselskontakt
30;126;132;134;139;140
 fødselsoplysninger..... 126;128;130
 fødselstidspunkt..... 126;130;196
 fødsler og aborter..... 245
 følgetilstand..... 96

G

genoptræning
46;104;105;106;108;199;243
 genoptræningsplan
104;105;106;107;199
 graviditet..... 30;126
 graviditetskomplikation..... 128

H

habil patient..... 178
 handling..... 192
 HENVISDTO..... 208;229
 henvisende instans..... 184
 henvisende sygehusafsnit..... 24;214
 henvisning 17;20;21;26;28;29;30;184
 henvisning og venteperiode..... 17;183
 henvisningsdato.20;24;28;29;184;208
 henvisningsdiagnose
21;87;88;91;95;190
 henvisningsinstans..... 184
 henvisningsmåde...21;23;24;29;39;47
 henvisningsperiode..... 17;20;184
 HENVISNMÅDE..... 209;229
 henvist patient..... 30
 HENVSGH..... 214;232
 hjemmebesøg
61;64;65;111;115;116;179;249
 hjemmedialyse..... 115
 hjemmefødsler.. 127;129;130;131;196

hoftedealsalloplastik..... 173
 hotelpatient..... 36;43;179
 hovedomfang..... 135
 hændelse..... 74;198

I

ICF..... 117
 ICF-status..... 117
 ICF-vurderinger..... 117
 indberetningsrecord..... 263
 indbragt patient..... 179
 indgreb..... 103;191
 indikation..... 190
 individuel psykoterapi..... 194
 indlagt patient..... 35;186;238
 indlagte psykiatriske patienter..... 57
 indlæggelse..... 186
 indlæggelsesdato..... 186
 indlæggelseskontakt..... 186
 indlæggelsesminut..... 208
 indlæggelsesmåde..... 35;179;186;209
 indlæggelsesperiode..... 186
 indlæggelsestid..... 207
 INDLÆGTID..... 207;228
 INDMÅDE..... 209;229
 INDUD..... 227;261;269
 INDVILK..... 210;237
 infektion..... 122;123;124
 informeret samtykke..... 179
 inhabil patient..... 179
 inkomplet hjemmefødsel..... 196
 intensivafsnit..... 176
 intern flytning..... 186
 intern ventetid til behandling.. 25;184
 intern ventetid til udredt..... 25;184
 interne ventetider..... 25
 intervention..... 192
 intoksikation..... 84
 involverede produkt..... 74;78;83

J

jordemoderbesøg..... 128

K

kirurgisk abortindgreb 137
 kirurgisk indgreb 102;191
 klinisk kontrol 96;191
 klinisk ydelse 115
 kliniske termer 188
 kliniske ydelser 112
 kobling 45
 kobling af venteforløb 21
 kobling af venteperiode 23
 kobling af ventetid 22
 KODE 232
 kode for fritvalsordning 214
 kodeart 188
 kodeart C 92;124
 kodenummer for producerende afsnit
 220
 kommunenummer 206
 KOMNR 206;228
 komplet hjemmefødsel 196
 komplicerende tilstand 31
 komplikation
 87;92;103;121;124;125;131;137;1
 62;194;244
 komplikationer til behandling 71
 komplikationsregistrering 194
 kontakt 14;181
 kontaktmodellen 14
 kontaktslutdato 180
 kontaktstartdato 180
 kontaktårsag
 40;52;67;69;71;79;125;180;213;23
 9
 kontrol
 30;44;45;90;96;105;155;156;188;1
 91
 kontrolbesøg 128;188
 kontroldiagnose 45
 kontrolpatient 19;30;45
 kontrolundersøgelse 96;157;191
 KONTÅRS 213;231
 kromosomanomalier 141
 kvalitetsindikatorer 257
 kvalitetsmål 173;180

L

lateralitet 253
 levendefødt barn
 128;132;140;141;197
 lille flytning 186
 livstegn 128;138;141
 lokalisation 169;253
 Luksation af hoftedetsprotese 174
 lægemiddelbivirkning 71;97
 lægemiddelforgiftning 83;84
 lægemiddelkataloget 119
 LÆNGDE 224;236
 længerevarende patientfravær. 59;194
 læsion 71

M

medfødte misdannelser 141
 medicinsk abort 137
 medicinudlevering 53;67
 metastase 154
 MIANSKA 208;228
 midlertidig diagnose 87;91;190
 midlertidigt inhabil 180
 mikroskopisk udseende 169
 misbrug 97
 misbrugsdiagnoser 97
 misdannelse 128;141
 misdannelsesregistrering 248
 MOBST 236;263;274
 moderens kontakt 128
 moderens record 246
 mors 177
 multiple komplikationer 124
 mundtligt samtykke 180

N

neonatal hørescreening 109;244
 normeret seng 176
 nosokomial infektion 121
 nummer ved flerfoldsfødsel 226

O

obligatoriske obstetriske oplysninger
 132

obligatoriske registreringskrav for
 procedurer..... 100
 obligatoriske ydelser 114
 obs. pro..... 44;45;90;94;98
 OKOMB..... 233;262;271
 omvisitering 19;28
 OPERA 233;262;271
 operation 101;191;242
 operationsart..... 103;192
 operationskode 191
 operationsregistrering..... 99;102
 opvågningsafsnit 176
 organisatoriske begreber 175
 orlov 35;186
 overdosering..... 83
 overflytning..... 186

P

paritet 127;131;197;224
 PARITET 224;237
 parterapi 194
 PASSV 234;262;272
 patient..... 181
 patientfravær uden aftale..... 59;194
 patienthotel..... 36;43;176
 patientkontakt..... 14;181
 patientorlov 35;186
 patientpårørende..... 181
 patienttype..... 181;207
 PATTYPE 207;227
 personalekategori 115
 personnummer..... 205
 placentavægt 127;197
 planlagt..... 35
 planlagt kontakt..... 17;21;181
 planlagt patient..... 181
 planlagt patientkontakt..... 181
 planlagt procedure..... 191
 pleje..... 192
 postinterventionelle infektioner ... 122
 primære operation 102;103;192
 primærkode 92;188
 PROC 218
 PROCAFD 220;232

PROCART..... 217
 PROCDTO 219;232
 procedure 99;101;192;241
 procedureart..... 101;103;192;217;242
 proceduredato 192;219
 procedurekode 101;192;218
 procedureminut..... 192;220
 procedureregistrering..... 99;190
 proceduretime 192;219
 proceduretype 99
 PROCMIN 220;232
 PROCTIM 219;232
 producent 101;193
 produkt ved skademekanisme..... 198
 produkt ved hændelse 198
 profylakse 193
 provokeret abort..... 137;197
 PSYKI 237;263;274
 psykiatri 194;248
 psykiatrisk dagbehandling 195
 psykiatriske aktionsdiagnoser
 54;55;67
 psykiatriske patienter 54
 psykiatriske skadestuepatient 67
 psykoedukation i gruppe..... 195
 psykologisk undersøgelse 195
 pårørende 181

R

radiologiske procedurer 113;243
 rask forsøgsperson 181
 rask ledsager 36;56;131
 receptfornyelse 53;67
 recidiv 46;153;198
 rekvirent..... 101;193
 reoperation..... 102;103;193
 retslige forhold..... 56

S

screening..... 98;109;181
 sekundær operation..... 102;103;193
 sekundært indgreb 193
 selvhenvender 182
 selvmord 82

selvmord/selvordsforsøg	56;81
selvmordsforsøg	58;71;73;81;82
selvmordshandling	198
selvskadehandling	74;198
selvtilføjet skade	57
senfølge	71
sengeafsnit	177
sengeplads	176
serviceafsnit	177
SGH	204;227
sideangivelse	146;169
SIDMEN	237
skademekanisme	74;77;83;198
skaderegistrering	85;198;199;238
skadested	76;83;198
skadestue	50;177
skadestueafsnit	177
skadestuebesøg	53
skadestuekontakt	50;188
skadestuepatient	50;188;239
skriftligt samtykke	182
SKS hovedgrupper	99
SKS-klassifikation	188
SKSKO	232;261;270
SKS-kode	16;189
SLUT%	263
slutdato	180
SLUTDATO	211;230
slutdato for ventestatus	222
slutregistrering	91
SMS-konsultation	182
specialiseret ambulært genoptræning	199
specialiseret genoptræning	105;107
spontan abort	129;136;141;197
spontan fødsel	141
sport og træningsaktiviteter	78
sportsaktivitet	78;198
stadium	146;164;198;251
stamafdeling	177
stamafsnit	24;43;58;116;177
stamkontakt	101
startdato	180;206
STARTDATO	206;228
startdato for ventestatus	222
startvilkår	57;59;195;210
stationær patient	186
stationær ydelse	187
stedfæstelse	77;83
stiltiende samtykke	182
stor flytning	186
strukturoversigt	261
sundhedsaktivitet	182
sundhedsaktør	182
sundhedsfaglige aktivitet	115
sundhedsfagligt uddannet personale	43
svangerskab	128
svangerskabsafbrydelse	135
svangerskabslængde	137;138;143;245
svangrekontrol	30
svangreperioden	128
sygdom	69
sygdomsdiagnose	94
sygdomsrecidiv	198
sygehusfødsel	127;129;197
sygehusnummer	204
symptomdiagnoser	89
sårinfektion	123
T	
takstgivende ydelser	100
TANSKA	207;228
teknisk beskrivelse	258
teknisk del	201
telefonkonsultation	182
telemedicin	116;193
tidsforbrug	60;62;63;64;65
tillægskode	88;92;102;109;110;111;118;119;124;189;244
tilskadekomst	69
tilstand	89
timeforbrug	60;61;65
TNM-klassifikationen	165
tobaksforbrug	133
trafikanter for tilskadekomne ..	199
transportform	199

transportmiddel	79;199	ventende patient.....	185
tumors udbredelse	164	venteperiode	20;22;23;29;30;185
tvangsindlagt.....	58	ventestatus	
U		18;19;27;28;29;30;31;185;221
udebesøg	112;182	VENTESTATUS.....	221;235
udredning		ventetid	17;22;24;26
... 18;19;20;21;22;23;24;29;30;185		videokonsultation	182
udredningskontakt.....	44	visitation	18;185
udredningsperiode.....	20;185	voksenpatient.....	183
udskrivningsdato	187	vold.....	71;73;78
UDSKRILTSGH.....	212;231	voldshandling	58;70;74;199
UDTIME.....	211;230	voldshændelse.....	57
udtrykkeligt samtykke.....	183	VÆGT	224;236
udvidet fritvalsordning	185	Y	
uheldssituation	199	ydelse.....	99;192;194
ultralydsskanning	128	ydelse uden besøg.....	61;64;116;195
ULYKK	236;263;273	ydelser i henvisningsperiode	27
ulykke.....	70;71;73;78;79	ydelser uden besøg	65;249
ulykkeshændelse	74	ydre påvirkning.....	71
under behandling.....	32	ydre årsager	82
undersøgelse.....	99;112;193	ydre årsager til skade	69;72
V		Æ	
validering	227;238	ændringer til indberetning	12
varigt inhabil patient	183	Å	
vedligeholdelsestræning.....	105;106	ÅRSAGPAS	234
VENTE	235;262;273		
venteforløb	18;23;24;25;26;29		