

FÆLLESINDHOLD

for basisregistrering af sygehuspatienter

2007

Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2007

Koordinationsgruppen for
individbaseret patientregistrering

16. udgave af
Rapport nr. 6, 2006

Fællesindhold 2007

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: 1.2 (hjemmeside)

Versionsdato: 20070619

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 87-7676-178-9

Den trykte version ISBN: 87-7676-179-7

Forord

16. udgave af ”Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2007” er baseret på 15. udgave med visse udvidelser/ændringer. Ændringerne i kravene til indberetning til Landspatientregistret i forhold til 15. udgave kan læses i indledningen.

Det ændrede fællesindhold træder i kraft med virkning fra 1. januar 2007.

Sundhedsstyrelsen, oktober 2006

Jens Kristian Gøtrik

Morten Andreas Hjulsager

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 2007	12
2	Kontaktmodellen	14
2.1	Værdisæt	16
2.2	Arbejdsgange	16
3	Henvisnings- og Venteperiode	17
3.1	Begreber og definitioner	17
3.1.1	Venteperiode og henvisningsperiode	18
3.1.2	Ventestatus	18
3.1.3	Særligt i forbindelse med ambulante forløb	18
3.2	Koder for ventestatus	19
3.3	Vejledning til registrering	20
3.3.1	Henvisningsdato til endelig behandling	20
3.3.2	Henvisningsmåde og afslutningsmåde	20
3.3.3	Patienten melder afbud	21
3.3.4	Omvisitering	21
3.3.5	Behandlingsmodning	22
3.3.6	Gravide	23
3.3.7	Kontrolpatienter	23
3.3.8	Ventetid på grund af andet afsnit	23
3.3.9	Afslået behandlingstilbud	24
3.4	Oplysninger om henvisningsperioder og venteperioder, der medtages ved indberetning til LPR	24
4	Indlagte patienter	27
4.1	Begreber og definitioner	27
4.2	Patientorlov	27
4.3	Assistancer	28
4.4	Raske ledsagere	28
4.5	Indlagt patient på patienthotel	28
4.6	Færdigbehandlet patient	28

4.7	Oplysninger om indlagte patienter, der medtages ved indberetning til LPR	29
5	Ambulante patienter	34
5.1	Begreber og definitioner	34
5.1.1	Hotelpatient	35
5.2	Sundhedsfagligt uddannet personale	35
5.3	Afgrænsning af ambulans kontakt	36
5.3.1	Kontrolpatient	36
5.3.2	Væsentlig ændring af aktionsdiagnosen	37
5.3.3	Recidiv af sygdom	37
5.3.4	Genoptræning	38
5.4	Oplysninger om ambulante patienter, der medtages ved indberetning til LPR	38
5.5	Afslutning af ambulans kontakt	40
6	Skadestuepatienter	42
6.1	Begreber og definitioner	42
6.2	Oplysninger om skadestuepatienter, der medtages ved indberetning til LPR	42
7	Psykiatri	46
7.1	Diagnoseregistrering	46
7.2	Elektroshockbehandling	48
7.3	Retslige forhold	48
7.4	Selv mord, selvmordsforsøg og voldshændelse under igangværende psykiatrisk kontakt	48
7.5	Indlagt psykiatrisk patient	49
7.5.1	Vold og selvmordsforsøg som umiddelbar årsag til psykiatrisk indlæggelse	50
7.5.2	Fravær	50
7.6	Ambulant psykiatrisk patient	51
7.7	Ambulante psykiatriske ydelser	52
7.7.1	Tidsforbrug	52
7.7.2	Ambulante besøg	53
7.7.3	Hjemmebesøg	55
7.7.4	Ambulante ydelser uden besøg	56
7.7.5	Aflyste besøg	57
7.7.6	Børne- og ungdomspsykiatriske ydelser	57
7.8	Indberetning til DIPSYS	58
7.8.1	Begreber og definitioner	58
7.8.2	Global Assessment og Functioning	58
7.8.3	Psykofarmakologisk behandling	59
7.8.4	Obligatoriske variable til DIPSYS	59
7.8.5	Eksempler på indberetning	60

7.9	Psykiatrisk skadestuepatient	62
8	Skaderegistrering	64
8.1	Kontaktårsag og skadeindberetning	64
	8.1.1 Skadesindberetning for indlagte patienter	67
	8.1.2 Skadesindberetning for skadestuepatienter	67
8.2	Registrering af ydre årsager til skade	68
8.3	Indberetning af selvmordsforsøg	71
	8.3.1 Definition og beskrivelse	71
	8.3.2 Registrering af selvmordsforsøg	72
8.4	Forgiftninger	72
	8.4.1 Generelle principper	72
	8.4.2 Lægemiddelforgiftninger	73
	8.4.3 Forgiftninger med psykoaktive stoffer	74
9	Registrering af diagnoser	76
9.1	Begreber og definitioner	76
9.2	Generelle principper	77
9.3	Diagnosearter	77
	9.3.1 Aktionsdiagnosen	78
	9.3.2 Relevante bidiagnoser	79
	9.3.3 De basale principper	79
	9.3.4 Henvisningsdiagnose	80
	9.3.5 Midlertidige diagnoser	80
	9.3.6 Komplikationer til undersøgelse og behandling	80
9.4	Tillægskodning	81
9.5	Særlige regler vedrørende diagnoseregistrering	82
9.6	Særlige kode- og registreringsprincipper	83
	9.6.1 "Obs. pro"- diagnoser	83
	9.6.2 "Anamnese med..."	84
	9.6.3 Diagnosekodning ved kontrol	85
	9.6.4 Registrering ved misbrug	85
	9.6.5 Lægemiddelbivirkninger	86
	9.6.6 Screeninger	86
10	Registrering af procedurer	88
10.1	SKS-hovedgrupper	88
	10.1.1 Behandlings- og Plejeklassifikation	89
	10.1.2 Indberetningsstruktur	89
	10.1.3 Assistancer	90
10.2	Begreber og definitioner	90
10.3	Operationsregistrering	91
	10.3.1 Anvendelse af operationsart	92
	10.3.2 Reoperationer	92
	10.3.3 Sekundære operationer	92

10.4	Genoptræning	93
10.4.1	Definitioner/beskrivelser	93
10.4.2	Krav til registrering af genoptræning på sygehus - oversigt	94
10.4.3	Genoptræningsplaner	95
10.4.4	Afgrænsning af perioder med specialiseret og almindelig genoptræning	95
10.4.5	Specialiseret genoptræning	96
10.4.6	Almindelig genoptræning	96
10.4.7	Diagnoseregistrering ved genoptræning	97
10.5	Indberetning af fysio- og ergoterapeutiske ydelser	97
10.6	Neonatal hørescreening	98
10.7	Hjemmebesøg	100
10.8	Registrering af andre procedurer	101
10.8.1	Behandlinger ved cancersygdomme	101
10.8.2	Radiologiske ydelser	101
10.8.3	Andre ydelser	102
10.9	Ambulante ydelser	104
10.9.1	Registrering af kliniske ydelser	104
10.9.2	Ydelser af administrativ karakter	104
10.10	Telemedicinske ydelser	105
10.11	ICF funktionsvurdering	106
10.12	Tillægskodning	107
10.12.1	Mulig tillægskodning i forbindelse med kirurgisk indgreb	108
10.13	Aflyste procedurer	109
11	Komplikationer til undersøgelse og behandling	110
11.1	Komplikationer	110
11.2	Klassificeringsprincipper (WHO)	110
11.3	Særlige krav til registrering og indberetning ved infektioner som komplikation til undersøgelse og behandling	111
11.3.1	Udvalgte definitioner	112
11.3.2	Registrering	113
12	Svangerskab, fødsler, aborter og misdannelser	115
12.1	Begreber og definitioner	115
12.2	Svangerskab	116
12.2.1	Svangrekontroller	116
12.2.2	Ultralydsskanning og misdannelser	116
12.3	Indberetning af fødselsoplysninger	117
12.3.1	Fødselsanmeldelser	117
12.3.2	Sygehusfødsel	117
12.3.3	Fødsel på vej til sygehus	117
12.3.4	Hjemmefødsel	118
12.3.5	Fødselsforløb over to sygehuskontakter	119

	12.3.6	Flerfoldsfødsel på flere sygehuskontakter	119
	12.3.7	Obligatoriske fødselsoplysninger	119
12.4		Aborter	122
	12.4.1	Spontan abort	123
	12.4.2	Provokeret abort	123
12.5		Misdannelser	124
12.6		Angivelse af svangerskabslængde	125
13		Lovpligtig anmeldelse af kræftsygdomme til Cancerregisteret	126
13.1		Begreber og Definitioner	126
13.2		Anmeldelsespligtig sygdom	126
	13.2.1	Anmeldelsespligtige diagnoser	127
	13.2.2	Registrering og indberetning af anmeldelsespligtig sygdom	128
	13.2.3	Kodning under udredning for anmeldelsespligtig sygdom	129
	13.2.4	Udvikling i en anmeldelsespligtig sygdom	130
	13.2.5	Kontakter, der ikke omfatter diagnostik, behandling eller kontrol	132
	13.2.6	Kontrol	133
13.3		Indberetning af anmeldelsesstatus ved anmeldelsespligtige kræftsygdomme	135
	13.3.1	Beskrivelse af de enkelte anmeldelsesstatus	136
	13.3.2	Komplikationer eller hændelser, der relaterer sig til den anmeldelsespligtige sygdom	139
	13.3.3	Validering af statuskode for afsluttede patienter	141
13.4		Yderligere registreringer ved anmeldelse af ny patient - status AZCA1	141
	13.4.1	Stadium	141
	13.4.2	Diagnosegrundlag	146
	13.4.3	Sideangivelse	147
	13.4.4	Anatomisk lokalisation	147
13.5		Eksempler på fuld anmeldelse	148
13.6		Procedureregistrering ved anmeldelsespligtig sygdom	149
14		Data til brug for kvalitetsmåling	150
14.1		Begreber og definitioner	150
14.2		Emner	150
	14.2.1	Hjerneblødning og hjerneinfarkt	150
	14.2.2	Fødselskomplikationer	150
	14.2.3	Kejsersnit	151
	14.2.4	Vakuumekstraktion	151
	14.2.5	Episiotomi	151
	14.2.6	Brud på lårbenshals	151
	14.2.7	Hofteledsalloplastik	152
	14.2.8	Luksation af hofteledsprotese	152
	14.2.9	Operation for grå stær	152
	14.2.10	Tab af kunstig linse	152

	14.2.11 Blodprop i hjertet	152
	14.2.12 Kræft i tyktarm	153
	14.2.13 Operation for lændediscusprolaps	153
	14.2.14 Sukkersygepatienter	153
15	Definitioner til patientregistreringen	154
	15.1 Organisatoriske begreber	154
	15.2 Administrative begreber	156
	15.3 Henvisning og venteperiode	162
	15.4 Indlæggelseskontakter	164
	15.5 Ambulante kontakter	165
	15.6 Skadestuekontakter	166
	15.7 Kliniske termer	166
	15.8 Diagnoseregistrering	167
	15.9 Procedureregistrering	168
	15.10 Komplikationsregistrering	172
	15.11 Psykiatri	172
	15.12 Graviditet, abort, fødsel og barsel	174
	15.13 Cancer	175
	15.14 Skaderegistrering	176
16	Oversigt over data, der indgår i registreringen	178
17	Databeskrivelser	181
18	Fejlsøgning	205
	18.1 Valideringer for de enkelte felter	205
	18.1.1 Strukturen INDUD	205
	18.1.2 Strukturen SKSKO	210
	18.1.3 Strukturen DIAGN	211
	18.1.4 Strukturen OPERA	211
	18.1.5 Strukturen OKOMB	211
	18.1.6 Strukturen BESØG	211
	18.1.7 Strukturen PASSV	212
	18.1.8 Strukturen VENDE	213
	18.1.9 Strukturen ULYKK	214
	18.1.10 Strukturen BOBST	214
	18.1.11 Strukturen MOBST	214
	18.1.12 Strukturen PSYKI	215
	18.2 Valideringer pr. område	216
	18.2.1 Ulykker	216
	18.2.2 Diagnoser	216
	18.2.3 Procedurer	218
	18.2.4 Funktionsevne	220
	18.2.5 Neonatal hørescreening	220

	18.2.6	Postoperative infektioner	220
	18.2.7	Tillægskoder	220
	18.2.8	Fødsler og aborter	221
	18.2.9	Psykiatri	225
	18.2.10	Forgiftninger	226
	18.2.11	Cancer	228
	18.2.12	Lokal validering af anvendelsen af anmeldelsesstatus: AZCA1 og AZCA4	231
	18.2.13	Kvalitetsindikatorer	234
19		Detaljeret teknisk beskrivelse	236
	19.1	Indberetning til LPR	236
	19.2	Strukturoversigt	239
	19.3	Eksempler på indberetningsrecords	241
	19.3.1	Eksempel på indberetning af operationskoder som SKS- koder	241
	19.3.2	Eksempel på indberetning af en operationskontakt afsluttet før 01.01.1996	242
	19.3.3	Eksempel på indberetning af cancerdiagnose, aflyst operation, henvisende sygehusafsnit samt venteoplysninger	242
	19.3.4	Eksempel på indberetning af en uafsluttet ambulans kontakt med startdato efter 31.12.2004	244
	19.3.5	Sletning af kontakt	245
	19.3.6	Eksempler på indberetning af en sletterecord	246
	19.4	Detaljeret indhold af struktur	247
20		Stikordsregister	253

1 Indledning

1.1 Baggrund for publikationen

”Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2007” (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 amter, som hver har en repræsentant. Desuden har Hovedstadens Sygehusfællesskab, Bornholms regionskommune, Center for Psykiatrisk Grundforskning i Århus, Amtsrådsforeningen, 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 2007

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

- der er foretaget nogle konsekvensændringer i rækkefølge og opdeling af afsnit og underafsnit
- færdigbehandlede patienter – regler indført pr. 1. januar 2006, men nåede ikke med i den trykte udgave af Fællesindhold 2006 (afs. 4.6)
- anbefalinger vedr. opdeling af ambulante forløb, hvor slutdiagnosen ikke dækker hele forløbet (afs. 5.3)
- psykiatri (kap. 7)
Der er medtaget en del af vejledningsteksterne fra ”Psykiatrisk registreringsvejledning”
- fra 01.01.2007 skal kontaktens sluttidspunkt indberettes for psykiatriske skadestuekontakter (afs.)
- DIPSY
ny vejledning til indberetning indsat
- genoptræning
Nyt afsnit (10.4) indsat. Nye krav for administrative markører for almindelig hhv. specialiseret genoptræning
- indberetning vedr. hørescreening skulle være ophørt i 2006. Der er dog endnu ikke afklaring på, om indberetningen skal fortsætte (afs. 10.6).
Der henvises til yderligere information under:
www.sst.dk/patientregistrering

- obligatorisk ydelsesregistrering (afs. 10.8)
Der er indsat tabeller for obligatoriske ydelser til statistisk brug
- aflyste operationer skal ikke indberettes til LPR, men direkte til Sundhedsstyrelsen (afs. 10.13)
- udvidelse af indberetningen af ”infektioner som komplikation til undersøgelse og behandling” (afs. 11.3) til at omfatte undersøgelse og behandling
- aborter
 - grænsen for abort er ændret til 22 svangerskabsuger efter gældende bekendtgørelse/vejledninger. Definitioner er ændret i konsekvens af dette (afs. 12.4)
 - abortvalideringen lempes, således at DO088J og DO088K accepteres som aktionsdiagnose til en abortprocedure (afs. 12.4.2)
- cancerindberetning (kap. 13)
Krav om tillægskodning af ”operationens karakter” bortfaldet

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:

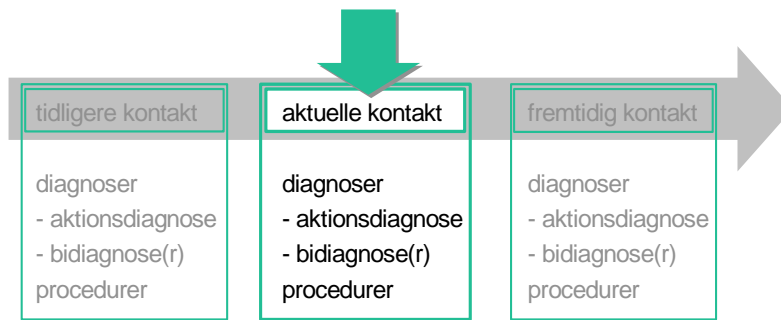
- en indlæggelse
- en ambulante kontakt (besøg og ydelser)
- et skadestuebesøg

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 ambulante 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.

3 Henvisnings- og Venteperiode

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

Ventetidsoplysningerne gælder henvisninger, der går forud for en indlæggelse eller ambulant kontakt. Oplysninger vedr. ventetid indberettes sammen med den tilhørende patientkontakt.

”Ventetid” skal ses ud fra patientens synsvinkel. Til LPR skal der udover henvisningsdato også indberettes en ventestatus med start- og sluttidspunkt.

3.1 Begreber og definitioner

Begreb	Definition
henvisning	anmodning fra en henvisningsinstans til sygehusafdeling om at modtage en patient
henvisningsdato	dato for modtagelse af en henvisning på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten
henvisningsperiode	periode fra henvisningsdatoen til dato for første fremmøde på sygehuset
henvisningsinstans	sundhedsaktør med henvisningsret til sundhedsvæsenet
visitering	sundhedsfaglig vurdering af en patients behov for sundhedsaktiviteter og prioritering heraf på baggrund af en henvisning eller en patientkontakt
venteperiode	periode fra henvisningsdato til dato for endelig behandling
ventestatus	status for om en patient er ventende eller ikke ventende
venteforløb	patientens samlede venteperioder indenfor ét sygdomsforløb <i>Inkluderer evt. ventetid til assistancedelse, hvor videre ambulant udredning og behandling må afvente assistancen</i>

Begreb	Definition
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 besluttes</i>
endelig behandling	den behandling, der klinisk vurderes til bedst at afhjælpe det aktuelle sygdomsproblem

3.1.1 Venteperiode og henvisningsperiode

Alle venteperioder starter med en henvisning. Det er dog ikke alle henvisninger, der skal betragtes som starten på en venteperiode! fx skal en henvisning til planlagt kontrol 3 måneder senere ikke starte en venteperiode, da perioden fra henvisning til kontrol på forhånd er planlagt. I de 3 måneder anvendes ventestatus 22 'Ikke ventende, til kontrol'.

Der kan også være perioder med aktiv ventetid inden for en ambulant kontakt, uden at der er tale om "henvisning", fx når patienten er udredt ambulant og skal endelig behandles på samme ambulatorium.

3.1.2 Ventestatus

Registrering af ventestatus omfatter både perioder med aktiv ventetid og perioder, hvor patienten ikke venter. Ventestatus indberettes med start- og sluttidspunkt. Der skal altid være registreret en ventestatus, når patienten har en henvisning, dette gælder uanset, om henvisningen er den første i et sygdomsforløb, eller om henvisningen oprettes i løbet af et sygdomsforløb, fx hvis der er ventetid til endelig behandling under indlæggelse.

Ventestatus kan fortsætte i den ambulante kontakt. Hvis patienten skal udredes og efterfølgende behandles ambulant i samme ambulatorium, anvendes ventestatus 25 'Ikke ventende, under udredning'.

Når der er taget stilling til endelig behandling, anvendes ventestatus 12 'Ventende på behandling'. Der må ikke være "huller" i ventestatus, dvs. hvis man senere finder ud af, at patienten venter, skal hullet udfyldes med en passende ventestatus.

3.1.3 Særligt i forbindelse med ambulante forløb

Ventestatus kan fortsætte i den ambulante kontakt, hvis der i løbet af kontakten er ny aktiv ventetid – typisk til endelig behandling. Når der er taget stilling til endelig behandling (beslutningstidspunktet), og der er ventetid til behandlingen, anvendes ventestatus 12 'Venter på behandling'.

Før venteperioden til endelig behandling anvendes ventestatus 25 'Ikke ventende, under udredning' til angivelse af, at patienten *ikke* er ventende i perioden mellem de to aktive venteperioder.

Eksempel

1.2.2005 - 1.3.2005	henvist til udredning, ventestatus 11
2.3.2005 - 8.3.2005	under udredning, ventestatus 25
9.3.2005 - 2.4.2005	ventende på behandling, ventestatus 12
Ventetiden slutter 2.4.2005 og endelig behandling starter 3.4.2005	

3.2 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, kan denne ventestatus anvendes i perioden for behandlingsmodning eller betænkningstid

Kode	Kodetekst	Bemærkninger
22	ikke ventende, til kontrol	Hvis kontrollen skal foregå under en planlagt kontakt, hvortil der oprettes en henvisning, kan denne ventestatus anvendes. Anvendes også i forbindelse med gravide patienter til svangerskabskontrol
23	ikke ventende, efter patientens ønske	Anvendes når patienten melder afbud til undersøgelse/behandling pga. sygdom, ferie eller af anden årsag
24	ikke ventende, pga. udredning/behandling på andet afsnit	Anvendes når patienten pga. en anden komplicerende tilstand skal behandles eller reguleres for denne, inden behandling af den aktuelle lidelse kan foretages på 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.

3.3 Vejledning til registrering

3.3.1 Henvisningsdato til endelig behandling

Er patienten blevet udredt, og det beslutes, at endelig behandling skal foretages under indlæggelse, oprettes en ny henvisning til behandlingen på sengeafsnittet. Henvisningsdatoen bliver hermed den dato, hvor endelig behandling beslutes - **ikke** den oprindelige henvisningsdato.

3.3.2 Henvisningsmåde og afslutningsmåde

I forbindelse med ventetid er det vigtigt at indberette den korrekte henvisningsmåde og afslutningsmåde. Hvis patienten venter på udredning på ét afsnit/sygehus og efterfølgende venter på endelig behandling på et andet afsnit/sygehus, skal udredningskontakten afsluttes med afslutningsmåde G ‘Afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb’ eller L ‘Afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)’, og henvisningsmåden på behandlingskontakten skal være G ‘Henvist fra sygehusafsnit, venteforløb’. Hvis henvisningsmåde og afslutningsmåde bliver indberettet korrekt, er det muligt at koble ventetiderne fra de to kontakter, så den totale ventetid for det samlede forløb kan ses i statistikkerne.

Eksempel

1.2.2005 - 1.3.2005	henvist til udredning, afd. A, ventestatus 11
2.3.2005 - 8.3.2005	ambulant, afd. A, ventestatus 25
Der afsluttes med afslutningsmåde L 'afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb'.	
På afd. B registreres henvisningsmåde G 'henvist fra sygehusafsnit, venteforløb', fra afd. A	
9.3.2005 - 1.4.2005	henvist til behandling afd. B, ventestatus 12
2.4.2005 -	behandlingen starter, ventetiden slutter

3.3.3 Patienten melder afbud

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

Hvis patienten melder afbud pga. sygdom, ferie eller af anden årsag, indberettes ventestatus 23 'Ikke ventende, efter patientens ønske' fra den oprindelige mødedato, til patienten møder til den nye tid.

Eksempel

Patienten har en mødedato 2.3.2005, men melder afbud den 20.2.2005 pga. ferie. Patienten får en ny mødedato 9.3.2005

1.2.2005 - 1.3.2005	ventestatus 11
2.3.2005 - 8.3.2005	ventestatus 23
9.3.2005 -	ventestatus 25

3.3.4 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 henvisningsdatoen til datoen for modtagelse af henvisningen på det nye sygehus/afsnit indberettes med ventestatus 13 'Ventende, omvisiteret fra andet afsnit'.

Eksempel

1.2.2005 - 7.2.2005	henvist til afd. A, ventestatus 11
Omvisiteret til afdeling B 8.2.2005	
1.2.2005 - 7.2.2005	afd. B, ventestatus 13
8.2.2005 - 1.3.2005	afd. B, ventestatus 11
2.3.2005 -	afd. B, ventestatus 25

Hvis patienten derimod har haft mindst et besøg på det første afsnit i forbindelse med udredning, inden patienten omvisiteres, anvendes henvisningsdato lig med modtagelsesdato for henvisningen på næste afsnit, idet det er at betragte som en ny henvisnings- og venteperiode. Kontakten afsluttes på første afsnit 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'.

Eksempel

1.2.2005 - 7.2.2005	henvist til afd. A, ventestatus 11
8.2.2005 -10.2.2005	afd. A, ventestatus 25
Omvisiteret til afdeling B 11.2.2005	
11.2.2005 - 1.3.2005	afd. B, ventestatus 11
2.3.2005 -	afd. B, ventestatus 25

3.3.5 Behandlingsmodning

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

Patienter, som først skal indkaldes efter en bestemt periode, fx et barn der skal indkaldes, når det er 6 måneder gammelt, skal i de 6 måneder have en ventestatus 21 'Ikke ventende, til udredning/behandling'. Er der så en efterfølgende ventetid, indberettes ventestatus 11 'Ventende på udredning' eller 12 'Ventende på behandling'.

3.3.6 Gravide

For gravide patienter, der henvises til ambulantly svangrekontrol, oprettes en henvisning med ventestatus 22 'Ikke ventende, til kontrol', og der oprettes en ambulantly kontakt ved første besøg.

Gravide skal i forhold til fødselskontakten først indskrives til fødsel ved indlæggelsen - uden henvisning. Hvis afdelingen ønsker at oprette en henvisning til fødselskontakten (indlæggelsen), kan ventestatus 21 'Ikke ventende, til udredning/behandling' anvendes. Indlæggelse til fødsel er akut - undtagen ved indlæggelser til planlagte kejsersnit eller planlagt igangsættelse; her oprettes altid en henvisning med ventestatus 21 'Ikke ventende, til udredning/behandling'.

3.3.7 Kontrolpatienter

For kontrolpatienter oprettes en henvisning med ventestatus 22 'Ikke ventende, til kontrol', med mindre patienten allerede er indskrevet ambulantly. Kontrolpatienter kan indskrives ambulantly ved afslutning af indlæggelsen. Skal kontrollen foregå på andet afsnit, oprettes en henvisning, der registreres med ventestatus 22 'Ikke ventende, til kontrol', og patienten indskrives ambulantly ved første besøg.

Hvis kontrollen skal foregå under indlæggelse, oprettes henvisning til indlæggelse med ventestatus 22 'Ikke ventende, til kontrol'.

3.3.8 Ventetid på grund af andet afsnit

Hvis videre ambulantly udredning eller endelig behandling i en periode ikke kan ske pga. ventetid til ydelse udført af andet afsnit (assistance), skal ventestatus 15 'Ventende på assistance' anvendes til markering af denne periode. Denne ventestatus må kun anvendes, hvis patienten udelukkende venter på en assistancedydelse, og der ikke foregår noget på stamafsnittet i den aktuelle venteperiode.

Eksempel

1.2.2005 - 1.3.2005	henvist til afd. A, ventestatus 11
2.3.2005 - 8.3.2005	ventestatus 25
9.3.2005 - 1.4.2005	ventestatus 15 (venter på assistance fra anden afd.)
2.4.2005 -	ventestatus 25

3.3.9 Afslået behandlingstilbud

Er der mere end 2 måneders ventetid på behandling på det sygehus, hvor henvisningen er modtaget, skal patienten tilbydes behandling på andet sygehus. 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.

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
Værdisæt: Valid dato

Henvisningsdiagnose Diagnose, der angives af henvisende instans som årsag til henvisning.
Henvisningsdiagnosen er obligatorisk
Værdisæt:
Diagnoseart: 'H'
Diagnosekode: SKS-kode fra hovedgruppe 'D' med mindst 4 karakterer inkl. 'D'.

Henvisningsmåde Angivelse af hvilken instans patienten er henvist fra
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

Henvist fra sygehusafsnit

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

Værdisæt:

7-cifret kode fra sygehus-afdelingsklassifikationen

Ventestatus

Status for om patienten 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, til udredning/behandling

22 = Ikke ventende til kontrol

23 = Ikke ventende efter patientens ønske

24 = Ikke ventende pga. udredning/behandling andet afsnit

25 = Ikke ventende under udredning

26 = Ikke ventende under behandling

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^{xx}

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. Det anbefales, at 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

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

4.1 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.

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, der 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

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.

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

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.

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.

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

Værdisæt:

Dansk CPR-nummer eller erstatnings CPR-nummer på 10 karakterer.

Erstatningsnumre har følgende opbygning:

Pos. 1-6 Valid dato: DDMMÅÅ

Pos. 7 Århundredeskiller:

0 = pt. født 1900-1999

5 = pt. født før 1900

6 = pt. født efter 1999

Pos. 8-9 Valgfrie bogstaver: A-Z

Pos. 10 Kønsangivelse

Lige tal for kvinder

Ulige tal for mænd

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>

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

Indlæggelsesmåde

Angivelse af prioritet for kontaktstart

Værdisæt:

1 = akut

2 = planlagt

Slutdato

Dato for afslutning af indlæggelseskontakt

Værdisæt: Valid dato

Udskrivningstime

Klokkeslæt 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.

Det anbefales, at 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

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

Dato for afslået tilbud

Dato for afslået tilbud om behandling i andet sygehusafsnit

Værdisæt: Valid dato

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 = Voldshandling

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*

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 "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

1.2.2005-1.3.2005	ambulanskontakt på klinisk afsnit A (ambulatorium)
1.2.2005-1.3.2005	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 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

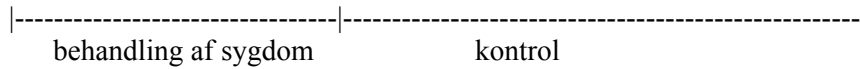
Vedr. diagnoseregistrering ved genoptræning – se afs. 10.4.7

5.3.1 Kontrolpatient

Hvis en patient først bliver behandlet for en sygdom i en ambulante kontakt, hvorefter patienten fortsætter i den samme ambulante kontakt, og den sidst registrerede diagnose på kontakten er en kontroldiagnose, vil det i LPR se

ud, som om hele kontakten har drejet sig om ”kontrol”. Dette er selvfølgelig ikke korrekt.

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

5.3.2 Væsentlig ændring af aktionsdiagnosen

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

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

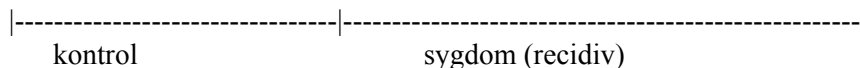
Sygdommen kan under kontakten være kvalificeret f.eks.:

’Obs. pro’ → diagnosekode 1 → diagnosekode 2

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

5.3.3 Recidiv af sygdom

Ved recidiv af sygdom efter en sygdomsfri kontrolperiode 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.

5.3.4 Genoptræning

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

Hvis genoptræning afløser sygdomsbehandling på (behandlings)kontakten, og **sygdom ikke længere er til stede**, skal der – analogt til kontrol (afs. 5.3.1) - oprettes en selvstændig ambulant kontakt for genoptræningsperioden. Én efterambulant kontakt kan være fælles for genoptræning og kontrol.

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

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:</i> <i>4-cifret kode fra sygehus-afdelingsklassifikationen</i>
Afsnitsnummer	Nummeret for det ambulatorium, 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: 2 = ambulant 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

Værdisæt:

Dansk CPR-nummer eller erstatnings CPR-nummer på 10 karakterer.

Erstatningsnumre har følgende opbygning:

Pos. 1-6 Valid dato: DDMMÅÅ

Pos. 7 Århundredeskiller:

0 = pt. født 1900-1999

5 = pt. født før 1900

6 = pt. født efter 1999

Pos. 8-9 Valgfrie bogstaver: A-Z

Pos. 10 Kønsangivelse

Lige tal for kvinder

Ulige tal for mænd

Startdato	Dato for påbegyndelse af en ambulanskontakt <i>Værdisæt: Valid dato</i>
Starttime	Klokkeslæt i hele timer for påbegyndelse af en ambulanskontakt <i>Værdisæt: 00-23</i>
Startminut	Klokkeslæt i minutter for påbegyndelse af en ambulanskontakt <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>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

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.

Se reglerne for diagnoser og procedurer nedenfor.

5.5 Afslutning af ambulante kontakt

Slutdato

Dato for afslutning af ambulante kontakt

Værdisæt: Valid dato

Afslutningsmåde

Angivelse af hvilken instans patienten afsluttes til

Værdisæt:

1 = Alment praktiserende læge

2 = Praktiserende speciallæge

7 = Udeblevet

8 = Død[□]

A = Andet

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

F = Afsluttet til sygehusafsnit

G = Afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb

K = Afsluttet til sygehusafsnit (hjemmet)

L = Afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)

[□]) Afslutningsmåde (8) 'død' anvendes i alle tilfælde, hvor kontakten afsluttes pga. patientens død.

Det anbefales, at 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

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.

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 skadestueklontakter 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.

Skadesregistrering 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 overflyt-
tes 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 skade-
stuekontakt.

*Se yderligere beskrivelse i kap. 8 om skader, ulykker og
forgiftninger*

Værdisæt:

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

2 = ulykke

3 = voldshandling

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 'Voldshandling' 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 'Voldshandling' 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>

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 afsnit 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.

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 kapitlet (9) om diagnoseregistrering.

Der henvises også til bogen ”Psykiatriske 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
DX85*-99* DY00*-09*	Vold, overgreb, mishandling og omsorgssvigt

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*	ECT-behandling (uden tvang)
BRTB1*	Tvangsbehandling med 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

Retslige forhold dokumenteres gennem diagnoseregistreringen (DZ046-kode).

Ved retslige forhold, der **ikke** omhandler tvang, skal der registreres diagnose(r) tilhørende DZ046* som bidiagnose eller evt. som aktionsdiagnose. Koderne kan ses i tabellen over tilladte psykiatriske aktionsdiagnoser.

http://www.sst.dk/patientreg_psykiatri

Ved mentalundersøgelse, hvor resultatet af mentalobservationen ikke er en psykiatrisk diagnose, anvendes aktionsdiagnosen DZ0460. For alle andre situationer anvendes der psykiatriske diagnoser (DF-kode).

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 registreres relevant kode fra DX60*-84* som **bidiagnose**

- ved voldshændelse med følger for patienten registreres relevant kode fra DX85*-99* el. DY00*-09* som **bidagnose**

Denne registrering gælder for alle kontakttyper.

7.5 Indlagt psykiatrisk patient

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

Kontaktårsag	<p>For psykiatriske indlagte patienter skal kontaktårsag indberettes</p> <p><i>Værdisæt:</i></p> <p>1 = Sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion</p> <p>2 = Ulykke</p> <p>3 = Voldshandling</p> <p>4 = Selvmordsforsøg</p> <p>5 = Senfølge</p> <p>8 = Andet</p> <p>9 = Ukendt/uoplyst</p>
Startvilkår	<p>Angivelse af de juridisk-administrative forhold ved start af en psykiatrisk kontakt</p> <p><i>Værdisæt:</i></p> <p>1 = Almindelig frivillig indlagt</p> <p>2 = Tvang (rød blanket)</p> <p>3 = Tvang (gul blanket)</p> <p>6 = Barn indlagt i henhold til Lov om Social Service</p> <p>E = Indlagt i henhold til andet retsligt forhold</p> <p>Fx udvist patient, hvor foranstaltningen er ophævet jf. Udlændingelovens §71.</p> <p>F = Retslig pt. indlagt "ved tvang" i medfør af retsligt forhold (ikke Psykiatrilov)</p> <p>Fx patient med dom til behandling, der bliver indlagt i medfør af retsligt forhold (her dom til behandling)</p> <p>G = Retslig patient indlagt frivilligt</p> <p>Fx patient med dom til behandling, som er mødt op i skadestuen og ønsker at blive indlagt frivilligt.</p>

Afslutningsmåde Udover de generelle afslutningsmåder kan følgende afslutningsmåde anvendes
 4 = *Ingen lægelig opfølgning*

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 'voldshandling' 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 koder 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 egen sengeplads.

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

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

7.6 Ambulant psykiatrisk patient

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

Startvilkår	<p>Angivelse af de juridisk-administrative forhold ved start af en psykiatrisk kontakt</p> <p><i>Værdisæt:</i></p> <p><i>K = Almindelig frivillig ambulant</i></p> <p><i>P = Barn til ambulant undersøgelse i henhold til Lov om Social Service</i></p> <p><i>R = Andet ambulant retsligt forhold</i></p> <p>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.</p> <p><i>S = Retslig pt. indskrevet i medfør af retsligt forhold</i></p> <p>Det er en patient med dom til ambulant behandling eller fx en patient med dom til behandling, som starter ambulant</p>
Afslutningsmåde	<p>Udover de generelle afslutningsmåder kan følgende afslutningsmåde anvendes</p> <p><i>4 = Ingen lægelig opfølgning</i></p>

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

Vedr. de særlige krav til indberetning til DIPSY – se afs. 7.8

7.7 Ambulante psykiatriske ydelser

Ydelser givet til en ambulat psykiatrisk patient tilhører kategorierne:

- ambulat 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 tilstede, 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
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 ambulat besøg AAF22, hhv. hjemmebesøg AAF6. For hjemmebesøg skal transporttiden indregnes i det samlede timeforbrug.

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.

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

SKS-kode	Overordnet ydelseskode for ambulante besøg
AAF22	Ambulant 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 ambulante besøg
BRSP1	Individuel psykoterapi
BRSP2	Parterapi
BRSP3	Familieterapi
BRSP4	Flerfamilieterapi
BRSP5	Anden gruppeterapi
BRXA9A	Psykiatrisk dagbehandling
ZZ4991	Psykologisk undersøgelse
ZZ4992	Semistruktureret diagnostisk interview
AAF21	Førstegangsbesøg
BVAA34A	Samtale med behandlingssigte
ZZ0149AX	Somatisk udredning
BRKP8	Psykosedukation i gruppe
BRBP	Træning af kombinerede psykosociale færdigheder
BR*	Fysio- og ergoterapeutiske ydelser (<i>se afsnit 10.5</i>)

Definitioner/beskrivelser af ydelserne kan ses i ”Psykiatrisk registreringsvejledning”

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 familierapi som led i ambulat behandling

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

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 definitions­mæssigt 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 dagbehandlingen tillagt samlet tidsforbrug for registrerede ydelser ud over dagbehandlingen, 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*	Fysio- og ergoterapeutiske ydelser (se afsnit 10.5)

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 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 – 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*	Fysio- og ergoterapeutiske ydelser

Hvis en procedure fra listen over ”Ydelser uden besøg” indgår i forbindelse med et ambulant 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 ambulant 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 nogle ekstra oplysninger til "Databasen for klinisk kvalitet i ambulat psykiatrisk behandling", DIPSY.

7.8.1 Begreber og definitioner

Begreb	Definition
GAF	skala, der med et enkelt tal mellem 01-99 sammenfatter patientens funktionsniveau
boligforhold	patientens form for bopæl
bostøtte	støtte og aktivering af patienter i egen bolig
behandlingsplan	nedskrevet plan for undersøgelse og behandling efter en specifik disposition
psykofarmakologisk behandling	den psykofarmakologiske behandling patienten har fået ordineret

Indberetningen af nedenstående oplysninger (afs. 7.8.4) indberettes ved årsopfølgning. Dette sker som procedureregistrering med tilhørende obligatorisk tillægskodning. Ved årsopfølgning forstås, at patienten kontinuert har været tilknyttet psykiatrien 1 år, 2 år, 3 år osv. efter sidste ambulante startdato. Data skal registreres indenfor +/- 2 måneder i forhold til årsdato, dvs. 10-14 måneder. Hvis patienten ikke har haft et ambulat besøg eller hjemmebesøg i denne periode, registreres der til DIPSY fra journaldata. Patienten skal ikke indkaldes til et ekstra besøg udelukkende for, at der kan udføres DIPSY-registrering.

Der skal desuden ske en indberetning efter samme principper ved afslutningen af den ambulante kontakt til almen praktiserende læge eller speciallæge, hvis der er gået mere end 2 måneder siden seneste årsopfølgning.

7.8.2 Global Assessment og Functioning

GAF er en skala, der med et enkelt tal mellem 01-99 sammenfatter patientens funktionsniveau. Vurderingen af score foretages af hovedbehandleren som en sammenfatning af alle relevante elementer den sidste måned forud for datoen for vurderingen. Hvis patienten ikke er vurderet indenfor den seneste måned inden DIPSY-registreringen, scores ZRPGXX 'GAF-funktions-ejne, score uoplyst'. Hvis tilstanden har været svingende indenfor dette tids-

rum, vurderes det gennemsnitlige niveau. Koden ZRPG00 anvendes, hvis informationen er ufuldstændig. Yderligere oplysninger kan evt. findes under www.nip.dk eller på <http://dpa.state.ky.us/library/manuals/mental/Ch22.html>

7.8.3 Psykofarmakologisk behandling

Psykofarmakologisk behandling kan registreres løbende (procedureregistrering). Hvis dette ikke gøres, skal DIPSY-registreringen indeholde oplysninger om aktuel psykofarmakologisk behandling. Hvis der på tidspunktet for registreringen er igangværende behandling, registreres relevant(e) BRH*-kode(r) – ellers registreres ZPP00P 'Ingen psykofarmakologisk behandling'.

7.8.4 Obligatoriske variable til DIPSY

Følgende variable skal obligatorisk indberettes til DIPSY ved årsopfølgning og ved afslutning af ambulans kontakt

SKS-kode	DIPSY-variabel	Tillægskode
ZZ5900	Vurdering af funktionsevne ved GAF	(+)ZRPG[01-99] (+)ZRPGX score uoplyst
ZZ8050	Angivelse af boligforhold	(+)ZRSB01 egen bolig (+)ZRSB01A egen bolig i tilknytning til institution (+)ZRSB02 hjemløs *) (+)ZRSB03 forsorghjem (+)ZRSB04 døgninstitution (+)ZRSB09 ingen oplysninger om boligforhold
ZZ8051	Angivelse af bostøtte forhold §)	(+)ZRSA01 bostøtte hele døgnet (+)ZRSA02 bostøtte del af døgnet (+)ZRSA03 bostøtte en til flere gange ugentlig (+)ZRSA04 bostøtte mindre end en gang ugentlig (+)ZRSA08 ingen oplysninger om bostøtte (+)ZRSA09 ingen bostøtte
ZZP0001 ZZP0002	Behandlingsplan foreligger Behandlingsplan foreligger ikke	

*) Registrering af ZRSB02 hjemløs foretages, når patienten ikke har nogen folkeregisteradresse og ikke bor på forsorgshjem. Plejehjem er egen bolig i tilknytning til institution

§) Bostøtte er støtte og aktivering af patienter i egen bolig. Besøg af hjemmesygeplejerske og hjemmehjælp er ikke bostøtte

SKS-kode	Psykofarmakologisk behandling	Tillægskode
BRHA0	Behandling med antipsykotikum	<i>ATC-kode kan frivilligt tilknyttes</i>
BRHA1	Behandling med anxiolytikum	
BRHA2	Behandlinger med hypnotika og sedativa	
BRHD1	Behandling med antidepressivum	
BRHD2	Behandlinger med psykostimulantia, midler for ADHD og nootropika	
BRHD4	Behandling med midler mod demens	
BRHE1	Behandling med parasymptomimetikum	
BRHE2	Behandlinger med midler mod alkoholafhængighed	
BRHE4	Behandlinger med midler mod opioidafhængighed	
BRHF1	Behandling med litium	
BRHF8	Behandling med andet stemningsstabiliserende middel	
ZPP00P	Ingen psykofarmakologisk behandling	

Tabellens koder angiver det obligatoriske specificeringsniveau; kan frivilligt specificeres yderligere

7.8.5 Eksempler på indberetning

En patient starter et ambulante forløb 16.04.2005. Ved start skal der ikke indberettes til DIPSY. I perioden 16.02.2006 til 16.06.2006 skal der indberettes årsopfølgingsdata til DIPSY, forudsat at patienten fortsat er tilknyttet den ambulante enhed. Behandleren vurderer GAF til 60, patienten bor i sin egen bolig, patienten har en bostøtte, der kommer mindst en gang om ugen, der foreligger en behandlingsplan, og patienten får medicin til behandling af en depression.

Årsopfølgingsoplysninger

ZZ5900	Vurdering af funktionsniveau ved GAF
(+)ZRPG60	GAF-funktionsevne, score = 60
ZZ8050	Angivelse af boligforhold
(+)ZRSB01	egen bolig
ZZ8051	Angivelse af bostøtte forhold
(+)ZRSA03	bostøtte en til flere gange ugentlig
ZZP0001	Behandlingsplan foreligger
BRHD1	Behandling med antidepressivum

Denne patient vedbliver med ambulante behandling til den 02.12.2006, hvor patienten afsluttes til egen læge, og der skal foretages afslutningsregistrering til DIPSY. GAF vurderes nu til 75, patienten bor fortsat i egen bolig, patientens bostøtte kommer nu kun en gang hver 14. dag, der findes fortsat en behandlingsplan og patienten får fortsat medicin til behandling af depression.

Afslutning til almen praktiserende læge

ZZ5900	Vurdering af funktionsniveau ved GAF
(+)ZRPG75	GAF-funktionsevne, score = 75
ZZ8050	Angivelse af boligforhold
(+)ZRSB01	egen bolig
ZZ8051	Angivelse af bostøtte forhold
(+)ZRSA04	bostøtte mindre end en gang ugentlig
ZZP0001	Behandlingsplan foreligger
BRHD1	Behandling med antidepressivum

En patient starter et ambulante forløb 16.04.2005. Ved start skal der ikke indberettes til DIPSY. I perioden 16.02.2006 til 16.06.2006 skal der foretages indberetning til DIPSY, forudsat at patienten fortsat er tilknyttet den ambulante enhed. Behandleren vurderer GAF til 35, patienten bor på plejehjem. Denne patient får den nødvendige hjælp på plejehjemmet og har ingen bostøtte, der findes en behandlingsplan, og patienten får medicin til behandling af demens.

Årsopfølgingsoplysninger

ZZ5900	Vurdering af funktionsniveau ved GAF
(+)ZRP35	GAF-funktionsevne, score = 35
ZZ8050	Angivelse af boligforhold
(+)ZRSB01A	egen bolig i tilknytning til institution
ZZ8051	Angivelse af bostøtte forhold
(+)ZRSA09	ingen bostøtte
ZZP0001	Behandlingsplan foreligger
BRHD4	Behandling med midler mod demens

Denne patient vedbliver med ambulant behandling til vedkommende dør den 21.07.2006. I denne situation skal der ikke foretages afslutningsregistrering til DIPSY, idet det er under 2 måneder siden, der er udført den årlige indberetning til DIPSY.

Yderligere oplysninger kan findes på databasens hjemmeside:
www.psykiatriskgrundforskning.dk/centret/dipsy/

7.9 Psykiatrisk skadestuepatient

Der anvendes samme basisregistrering for psykiatiske skadestuepatienter som for somatiske.

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

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

- Ved kontaktårsag 3 'Voldshandling' 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 psykiatiske 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.

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.

Beskrivelsen i kap. 8 gælder for den primære kontakt efter ulykke, voldshandling eller selvmordsforsøg.

8.1 Kontaktårsag og skadeindberetning

Det er obligatorisk at registrere kontaktårsag for

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

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 – f.eks. nedslidning - forgiftning som følge af længerevarende

Værdi	Kontaktårsag	Beskrivelse
		<p>påvirkning (48 timer eller derover), eller hvor påvirkningen ikke er betinget af ulykkesomstændigheder</p> <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 <p>Ekskl.</p> <ul style="list-style-type: none"> - indlæggelser til mentalundersøgelse uden kendt sygdom – se (8)
2	Ulykke	<p>En ufrivillig hændelse karakteriseret ved en hurtigtvirkende kraft eller påvirkning, som kan ytre sig i form af skade på kroppen.</p> <p>Inkl.</p> <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 fejldosering af lægemidler</i>

3	Voldshandling	Intenderet vold Inkl. - slagsmål, håndgemæng og mishandling - seksuelle overgreb
4	Selvmondsforsøg	<i>Bevidst selvtilføjet skade, der falder ind under definitionen for selvmordsforsøg. Definition og beskrivelse - se afs. 8.3</i> Ekskl. - selvmutilation - se (1) sygdom
5	Senfølge	Følge efter tidligere behandlet skade som følge af ulykke, voldshandling eller selvmordsforsøg
8	Andet	Anvendes i de tilfælde, hvor hovedårsagen til kontakten ikke er en af ovenstående Inkl. - indlæggelse til mentalundersøgelse - barn indlagt i henhold til Lov om Social Service
9	Ukendt/uoplyst	<i>Anvendes kun undtagelsesvis, når en af ovenstående ikke kan angives</i>

Det anbefales, at kontaktårsagsregistreringen ved indhentning af relevant information gøres så korrekt som muligt. Hvis oplysninger fremkommet senere på kontakten ændrer den allerede registrerede antagelse, skal dette rettes i kontaktårsagen. 'Sygdom' er således, på trods af at det selvfølgelig er den hyppigste, en 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 dermed tilhørende adfærd, så er det den **umiddelbare baggrund for den enkelte kontakt**, som kontaktårsagen beskriver.

Afhængig af kontaktårsagen er der forskellige krav til den videre registrering og indberetning. Ved kontaktårsag 2 'Ulykke', 3 'Voldshandling' og 4 'Selvmordsforsøg' skal der obligatorisk registreres koder efter gældende "Klassifikation af ydre årsager til skade" for skadessted, skadesmekanisme, aktivitet og køretøjsulykke.

Ved køretøjsulykke suppleres med angivelse af transportform for tilskadekomne og transportform for evt. modpart. Registreringen er grafisk illustreret i fig. 8.1.

8.1.1 Skadesindberetning 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.

For indlagte **psykiatriske** patienter skal kontaktårsag altid registreres. Der er særlige krav til aktionsdiagnosen ved kontaktårsagerne 3 og 4 – se afs. 7.5.1 og 7.5.2. 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 'Voldshandling' og 4 'Selvmordsforsøg', skal der for **somatiske** skadestuepatienter være en diagnose 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.

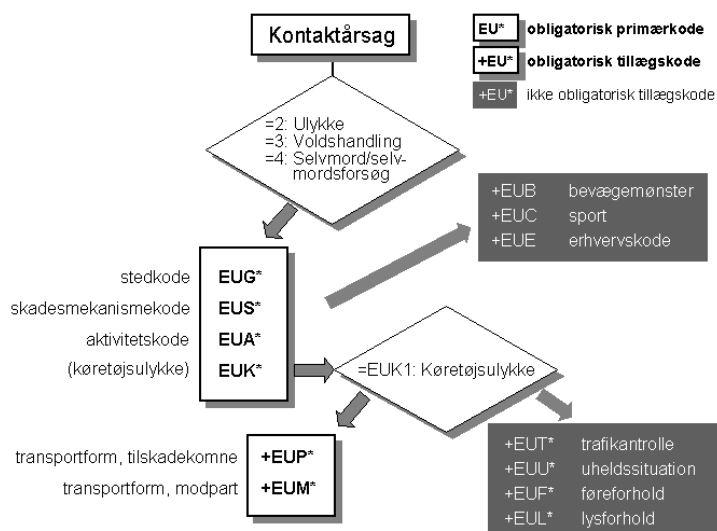
Ved de øvrige kontaktårsager skal aktionsdiagnosen følge de generelle krav til psykiatriske aktionsdiagnoser – se afs. 7.1

8.2 Registrering af ydre årsager til skade

Skaderegistreringen består af kontaktårsag, diagnose(r) og ydre årsager til skade. Registreringen er grafisk vist i fig. 8.1.

Vedr. kontaktårsag og diagnoseregistreringen – se ovenfor.

Figur 8.1 Skaderegistrering



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

Værdisæt

Værdi	Stedkode
EUG0	transportområde
EUG1	boligområde
EUG2	produktions- og værkstedsområde
EUG3	butik-, handels- og liberalt erhvervsområde
EUG4	skole-, offentligt administrations- og institutionsområde
EUG5	idræts- og sportsområde
EUG6	forlystelses- og parkområde
EUG7	fri natur
EUG8	hav og søområde
EUG9	andet og ikke specificeret sted

mere specificerede kodemuligheder findes

Værdi	Skadesmekanismekode
EUS0	slag, stød på grund af fald på samme niveau
EUS1	slag, stød på grund af fald på trappe eller til lavere niveau
EUS2	slag, stød pga. kontakt med anden genstand, person el. dyr
EUS3	klemning, snit, stik
EUS4	fremmedlegeme
EUS5	kvælning
EUS6	kemisk påvirkning
EUS7	termisk, elektrisk, strålingspåvirkning
EUS8	akut overbelastning af legeme/legemsdel
EUS9	anden og ikke specificeret skadesmekanisme

mere specificerede kodemuligheder findes

Værdi	Aktivitetskode
EUA1	idræt, sport, motion
EUA2	leg, hobby og anden fritidsvirksomhed
EUA3	erhvervsarbejde
EUA4	vitalaktivitet
EUA5	ulønnet arbejde
EUA8	anden aktivitet
EUA9	ikke specificeret aktivitet

Køretøjsulykker = ulykker, hvor der har været indblandet mindst ét kørende køretøj

Værdi	Køretøjsulykke
EUK1	køretøjsulykke
EUK2	ikke køretøjsulykke

Værdi	Transportform, tilskadekomne
EUP1	til fods
EUP2	cykel
EUP3	knallert
EUP4	motorcykel, scooter
EUP5	personbil
EUP6	varevogn
EUP7	lastbil, bus m.m.
EUP8	anden transportform, tilskadekomne
EUP9	ikke specificeret transportform, tilskadekomne

transportform, tilskadekomne registreres som tillægskode til EUK1

Værdi	Transportform, modpart
EUM0	ingen modpart
EUM1	til fods
EUM2	cykel
EUM3	knallert
EUM4	motorcykel, scooter
EUM5	personbil
EUM6	varevogn
EUM7	lastbil, bus m.m.
EUM8	anden transportform, modpart
EUM9	ikke specificeret transportform, modpart

transportform, modpart registreres som tillægskode til EUK1

Eksempel *Person på cykel er kørt ind i en kantsten og har brækket hånden*

Kontaktårsag	2 (ulykke)
(A)DS620	Fractura ossis navicularis manus
EUG0	transportområde
EUS1	slag, stød på grund af fald på trappe eller til lavere niveau
EUA2	leg, hobby og anden fritidsvirksomhed
EUK1	køretøjsulykke
(+)EUP2	cykel
(+)EUM0	ingen modpart

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 hjælp for forebyggelsen.

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

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

Hvis afdelingen således 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 foretages både for indlagte patienter og skadestuepatienter:

Kontaktårsag 4	Selvmordsforsøg <i>Kræver registrering af yderligere oplysninger vedrørende sted, skadesmekanisme og aktivitet</i>
Stedkode	EUG*
Skadesmekanismekode	EUS*
Aktivitetskode	EUA*
Køretøjsulykke	j/n (EUK1 hhv. EUK2)

Omfatter selvmordsforsøget en køretøjsulykke, skal der yderligere registreres svarende til den generelle beskrivelse i afs. 8.2.

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 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.

Sygdomsklassifikationen skelner mellem selve forgiftningen og de sygdomme/symptomer (se afs. 8.4.1.1), 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.

8.4.1.1 Forgiftning som årsag til patientkontakt

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

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

8.4.1.2 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 tilsigtet 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 (lysergsyre-diethylamid)
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
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' (komplikation)	tilstand som er en utilsigtet følge af en procedure <i>Erstatter ikke registrering af kontaktens relevante aktions- 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').

Lændediskusprolaps (kap. 14) og 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.
Smerter 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 specifikation
(+)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 udskrivning eller afslutning af patienter skal angive den tilstand, der har ført til indlæggelse, plejebehov eller ambulante kontakt, 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
- Kun tilgrundliggende 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 ambulanskontakt, 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 har haft i løbet af kontakten
*Dvs. fx. **ikke** cancer, før sygdommen er endeligt verificeret - **ikke** cancer, når patienten er helbredt ved en tidligere kontakt*

9.3.4 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 angive 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.

9.3.5 Midlertidige diagnoser

På en uafsluttet ambulans 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').

9.3.6 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

9.3.6.1 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 (A/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	Utilsigtet punktur og læsion af gastrointestinalkanal
(C)DT810G	Postoperativ blødning

I eksemplet er C-tilstandene afhjulpet 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 omtalt i kapitlerne om (10) procedureregistrering, (8.4) forgiftninger og (13) anmeldelsespligtige kræftsygdomme.

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	Dobbelttidig 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 kræftsygdomme, 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 diagnoseregistrering

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 som følge af ulykke, vold, selvmordsforsøg, forgiftninger, postinterventionelle infektioner samt ved fødsler og aborter.

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 alder i forhold til klassifikationen, dog ikke hvis koden er anvendt som tillægskode.

9.6 Særlige kode- og registreringsprincipper

”Klassifikation af sygdomme” indeholder i kap. XXI (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 før eventuel indlæggelse til behandling optræde som en selvstændig kontakt i LPR med egen aktionsdiagnose. Der skal ikke registreres sygdomsdiagnose, når diagnosen enten endnu ikke er stillet, mangler udredning eller er afkræftet.

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. pga. 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. 5.3.1.

9.6.4 Registrering ved misbrug

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

Ved tilstande klassificeret efter 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

”Screeningskoderne” DZ11*-DZ13* 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.

Hvis opsporingskontakten umiddelbart fortsætter i videre udredning eller behandling under samme sygehus/afdelingskode, vil aktionsdiagnosen blive en anden – '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 Registrering af andre procedurer
- 10.9 Ambulante ydelser
- 10.10 Telemedicinske ydelser
- 10.11 ICF funktionsvurdering
- 10.12 Tillægskodning
- 10.13 Aflyste procedurer

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

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

10.1 SKS-hovedgrupper

Procedurerne, 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
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 ambulante 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>

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

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

Der må ikke indberettes ambulante ydelser på en ambulante 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-procedurekodennummer
 - evt. tillægskode(r)
 - proceduredato
 - procedureklokkeslæt
 - sygehus/afdelings-kodennummer 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 ydelserne.

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-operationkode 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 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

Fra 2007 får 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

Det er muligt, at der vil ske en senere justering af definitioner/beskrivelser for genoptræning.

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 ambulat genoptræning og specialiseret ambulat 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 genoptræningsydelser, 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.

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 ambulante genoptræning henholdsvis start og slut af almindelig ambulante 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 ambulante genoptræning er der behov for at indkredse **perioder med specialiseret ambulante genoptræning** hhv. **perioder med almindelig ambulante genoptræning** overfor behandlingsperioder.

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

Der anvendes følgende administrative procedurekoder:

Start		Slut	
AWG11	Specialiseret ambulans genoptræning	AWX21	Afsluttet specialiseret ambulans genoptræning
AWG2	Almindelig ambulans genoptræning	AWX23	Afsluttet almindelig ambulans 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 kontaktslut, 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 af samme type på samme kontakt.

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

10.4.5 Specialiseret ambulans genoptræning

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

Specialiseret ambulans 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.sst.dk/patientregistrering

10.4.6 Almindelig ambulans genoptræning

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

Almindelig ambulans 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.sst.dk/patientregistrering

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 eller hos Sundhedsstyrelsen under: www.sst.dk/patientregistrering

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 minimumsniveaue 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) referer éntydigt 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, 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 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:

- 10.8.1 behandlinger ved cancersygdomme
- 10.8.2 radiologiske ydelser
- 10.8.3 andre ydelser (oversigt)

10.8.1 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 behandling
BWHB	behandling med biologisk modificerende stoffer
BWHC	hormonel/antihormonel behandling ved cancersygdom
BHW1	dendritcellevaccination

Det angivne kodeniveau er det obligatoriske minimumsniveau
 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.

10.8.2 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

10.8.2.1 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.

10.8.2.2 Selvstændig ambulant kontakt

Mange røntgenafdelinger har en ikke ringe del af deres produktion i forhold til ”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.

10.8.3 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 rytmeforstyrrelser
BFFB	radiofrekvensablation

SKS-kode	Obligatoriske ydelser
BGDA0	respiratorbehandling
BGDA1	non-invasiv ventilation (NIV)
BGHF1	behandling med surfactant
BJFD	dialysebehandling
BKHD4 [#]	abortus provocatus medicamentalis
BOHA1	fibrinolytisk behandling
BOQA0	blodtransfusion
BOQP	aferesebehandling
BRSP ^o	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

^o) skal kodes specifikt – se afs. 7.6.2, hvor de udvidede krav til ambulante psykiatriske 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.

10.8.3.1 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.

10.9 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.

10.9.1 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 supplerung 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.

10.9.2 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).

10.10 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

10.11 ICF funktionsvurdering

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

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

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

10.12 Tillægskodning

Der kan til alle procedurekoder registreres tillægskoder for indikation (med diagnosekode), anvendt anæstesi, sideangivelse, anvendt transplantat, specialiseret 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	arbejdsplads

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>).

10.12.1 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

SKS-kode	Beskrivelse
ZPL08X	infektion ikke forårsaget af tidligere operation
ZPL08Y	ingen infektion
ZPL08Z	intet sår
ZPL0A	peroperativ antibiotikaprofylakse givet
ZPL0B	peroperativ antibiotikaprofylakse ikke givet
ZPL0C	præoperativ antibiotikaprofylakse givet
ZPL0D	præoperativ antibiotikaprofylakse ikke givet
ZPL1A	peroperativ tromboseprofylakse givet
ZPL1B	peroperativ tromboseprofylakse ikke givet
ZPL1C	præoperativ tromboseprofylakse givet
ZPL1D	præoperativ tromboseprofylakse ikke givet

10.13 Aflyste procedurer

Der skal fra 1. okt. 2006 **ikke** længere indberettes aflyste procedurer til LPR.

Fra denne dato er det derimod obligatorisk at indberette aflyste operationer via Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Indberetningerne skal foregå halvårligt og på aggregeret niveau.

Der henvises til vejledning under hjemmesiden: <http://www.sst.dk/lpr>

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* – purperal 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 nedenfor

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,
AYYYYY for anden sundhedsfaglig enhed
AYYYYY1 for speciallægepraksis uden specifikation
AYYYYY2 for almen praksis uden specifikation
eller AYYYY9 for sundhedsfaglig enhed uden specifikation

Eksempel

(A)DT814H	Postoperativ dyb sårinfektion
(+)KJDC11	Laparoskopisk ventrikelresektion med gastrojejunostomi
(+)ZT20050110	dato: 10. jan. 2005
(+)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.

Kontaktårsag 2 'ulykke' anvendes, når komplikationen er forårsaget af en fejlagtig eller uhensigtsmæssigt udført procedure.

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 Misdannelser

12.1 Begreber og definitioner

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

Der er særlige krav til indberetning af fødselsoplysninger til Fødselsregisteret på kontakter med fødsel.

Begreb	Definition / beskrivelse
fødsel	(mor) se fødselstidspunkt. <i>Fødslen som periode fra aktiv fødsel til barnet er helt ude (fødselstidspunkt) indgår ikke i registreringens definitioner.</i> <i>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 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 (komplet hjemmefødsel)	fødsel, hvor barnet fødes i hjemmet <i>Hjemmefødsler indberettes på blanket.</i> <i>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 parite-</i>

Begreb	Definition / beskrivelse
	<i>ten 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 barn uden livstegn efter 22. svangerskabsuge <i>Dette gælder uanset, om baggrunden er et indgreb efter abortloven</i>
abort af et foster	spontan abort af et foster uden livstegn før udgangen af 22. svangerskabsuge eller provokeret abort af et foster uden livstegn før udgangen af 22. svangerskabsuge

Vedr. øvrige definitioner på abort – se afs. 12.4

12.2 Svangerskab

Svangreperiode vil normalt være dækket af en sammenhængende ambulante 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 anvendes DZ35*
- graviditetskomplikation(er) anvendes kode(r) fra DO10*-48*

12.2.2 Ultralydsskanning og misdannelser

Ultralydsundersøgelser i svangreperioden registreres med procedurekoder fra 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”.

12.3.1 Fødselsanmeldelser

Siden 1. januar 1997 er Fødselsregisteret blevet dannet på baggrund af de elektronisk indberettede data til LPR. Hjemmefødsler indberettes fortsat på blanket. Dødfødsler indberettes på særlig blanket.

12.3.2 Sygehusfødsel

Alle fødselsforløb, der afsluttes på sygehuset, defineres som sygehusfødsler. Dette inkluderer fødselsforløb, der starter i hjemmet eller på vej til sygehuset, men afsluttes på sygehuset. Via barnets aktionsdiagnose er det muligt at se, hvor fødslen har fundet sted.

Komplette 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 udskrivningstidspunkt. Ved fødsler, der fysisk foregår på et ambulatorium eller en skadestue, er det nødvendigt administrativt at indlægge patienten for at kunne registrere fødslen.

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

12.3.3 Fødsel på vej til sygehus

Sker fødslen 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 korrekte fødselstidspunkt.

12.3.4 Hjemmefødsel

En komplet hjemmefødsel, hvor barn og moderkage fødes i hjemmet, indberettes af jordemoderen på en særskilt blanket, der indeholder de obligatoriske obstetriske fødselsoplysninger vedrørende mor og barn.

Hvis en fødsel, der er startet i hjemmet, ikke afsluttes i hjemmet, er det 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.

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

Barnets fødselstidspunkt udledes i Fødselsregistreret af starttidspunktet for barnets fødselskontakt til sygehuset. Er barnet født før ankomst til sygehuset, skal sygehuset derfor tilbagedatere kontaktstart til det korrekte fødselstidspunkt.

En komplet 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 lægeassi-

stance, 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.

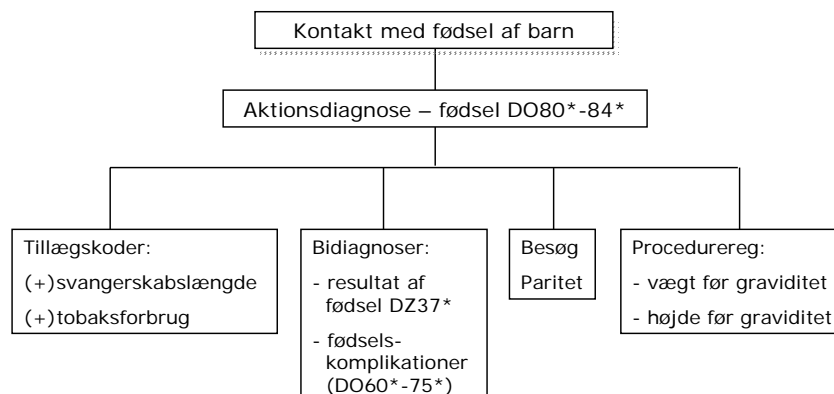
12.3.7 Obligatoriske fødselsoplysninger

De obligatoriske obstetriske oplysninger indberettes – jf. ovenstående eksempler – på den indlæggelseskontakt, hvor et barn kommer til verden.

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

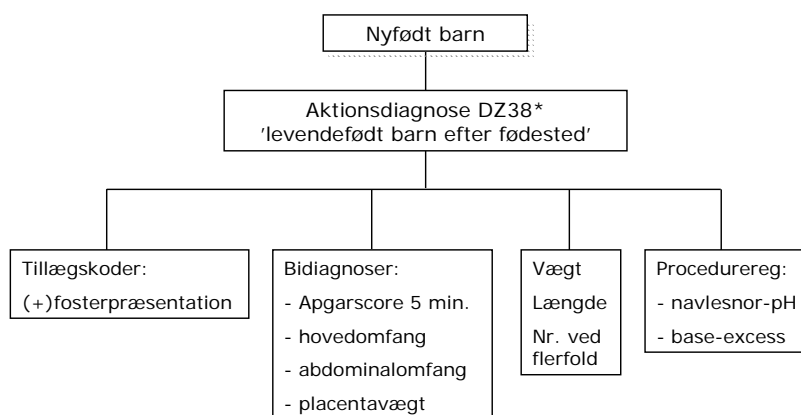
Aktionsdiagnose	DO80*-DO84*
(+)tillægskoder til aktionsdiagnosen svangerskabslængde ved barnets fødsel (+)DU _{nn} Du (hele uger og dage) tobaksforbrug under graviditeten (+)DUT* <i>Bemærk at der er 3 værdier for ikke rygning, heraf 2 for ophørt rygning under graviditet</i>	
Bidiagnoser Resultat af fødsel DZ37* Eventuelle komplikationer til fødslen 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 00-25 eller U (uoplyst) antal besøg hos egen læge 0-9 eller U (uoplyst) antal besøg hos sgh-afsnit/speciallæge 0-9 eller U (uoplyst) paritet 01-20 eller U (uoplyst) <i>antallet af gennemførte svangerskaber, inkl. dødfødsler</i>	

I procedureregistreringen	
vægt før graviditet (kg)	ZZ0240 (Måling af patientvægt) (+)VPH* (talværdi) (+)DU0000 (før graviditet)
højde (cm)	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.</i>	
<i>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.

Fig. 12.2 Barnets første kontakt



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

Se også definitioner afs. 12.1

Tablet 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 (ved 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 ikke længere tilfældet, idet graviditeten kan fortsætte efter abortering af et eller flere fostre, eller efter fødsel af et (eller flere) barn.

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 af et foster	spontan abort af et foster uden livstegn før udgangen af 22. svangerskabsuge eller provokeret abort af et foster uden livstegn før udgangen af 22. svangerskabsuge
spontan abort	spontan abort af et foster uden livstegn før udgangen af 22. svangerskabsuge
provokeret abort	provokeret abort af et foster uden livstegn før udgangen af 22. svangerskabsuge

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

12.4.1 Spontan abort

Spontane aborter 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. Misdannelse(r) af fosteret registreres med DQ-tillægskode(r).

12.4.2 Provokeret abort

En provokeret abort kan foregå enten ambulant eller under indlæggelse. På kontakten, hvor abortindgrebet finder sted, indberettes en aktionsdiagnose i intervallet DO04*-DO06* med obligatorisk tillægskode for svangerskabslængde. Der skal samtidig indberettes en operationskode fra KLCH* (ved kirurgisk abort) eller en behandlingskode fra BKHD4* (ved medicinsk abort).

Hvis en forundersøgelse 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 forundersøgelse, 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*) registreres som bidiagnoser.

Registreringer ved provokeret abort

Beskrivelse	SKS-kode
Aktionsdiagnose	DO04*.-DO06* DO088J; DO088K #)
(+)tillægskode til aktionsdiagnosen: svangerskabslængde	(+)DUnnDu (hele uger og dage)
Kirurgisk abortindgreb	KLCH*
Medicinsk abort	BKHD4*

#) DO088J og DO088K kan anvendes som aktionsdiagnose ved fortsat graviditet efter mislykket kirurgisk indgreb hhv. mislykket medicinsk behandling

12.5 Misdannelser

Spontane aborter efter 16. svangerskabsuge og provokerede aborter efter 12. svangerskabsuge på **medicinsk indikation** skal ud over tillægskode for svangerskabslængde have en tillægskode for 'misdannet foster'.

Ved 'Misdannet foster bekræftet' (DUM01) skal der yderligere være registreret mindst én tillægskode (DQ-kode) fra "Klassifikation af sygdomme", kap. Q 'Medfødte misdannelser og kromosomanomalier'.

Registrering af misdannet foster og kromosomanomalier

Beskrivelse	SKS-kode
Aktionsdiagnose Provokeret abort på medicinsk indikation <i>eller</i> Spontan abort	DO053 eller DO054 DO03*
Tillægskoder til aktionsdiagnosen: svangerskabslængde	(+)DUnnDu (hele uger og dage)
misdannet foster	(+)DUM01 misdannet foster bekræftet el. kromosomanomalier bekræftet (+)DUM02 misdannet foster afkræftet (+)DUM09 misdannet foster, uoplyst

<i>til DUM01 skal der yderligere registreres tillægskode(r) for specifik misdannelse</i>	(+)DQ*	medfødte misdannelser og kromosomanomalier
--	--------	--

12.6 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 (+)DUⁿDU (hele uger og dage).

Svangerskabslængde valideres kun på afsluttede kontakter og angives obligatorisk til følgende aktionsdiagnoser:

Aktionsdiagnoser, der kræver tillægskode for svangerskabslængde

Patologisk svangerskab/ svangerskabsprodukt	DO00*-DO02*
Spontan abort	DO03*
Provokeret abort (medicinsk og kirurgisk)	DO04*-06*
Ødem, proteinuri og hypertension i svangerskab	DO12*-DO16*
Andre sygdomme hos moder over- vejende forbundet med svangerskab	DO20*-DO23*, DO28*
Visse tilstande med tilknytning til svangerskabskontrol med relation til foster, amnion, placenta og potenti- elle fødselsproblemer	DO30*-DO31*, DO40*, DO41*, DO421, DO423, DO425, DO429, DO43*-DO46*, DO471, DO489
Fødsel	DO80*-DO84*

13 Lovpligtig anmeldelse af kræftsygdomme til Cancerregisteret

- 13.1 Begreber og definitioner
- 13.2 Anmeldelsespligtig sygdom
- 13.3 Indberetning af anmeldelsesstatus ved anmeldelsespligtige kræftsygdomme
- 13.4 Yderligere registreringer ved anmeldelse af ny patient - status AZCA1
- 13.5 Eksempler på fuld anmeldelse
- 13.6 Procedureregistrering ved anmeldelsespligtig sygdom

13.1 Begreber og Definitioner

Begreb	Definition
anmeldelsespligtig kræftsygdom	sygdom, hvor der gælder særlige krav om indberetning til Cancerregisteret

13.2 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/cancerregister

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.

13.2.1 Anmeldelsespligtige diagnoser

Brugen af ordet ”cancer” og ”cancerregister” kan i nogle sammenhænge være misvisende, idet der, som det fremgår af nedenstående liste, ikke udelukkende er tale om kræftsygdomme, men også om cancerrelaterede sygdomme og lidelser af usikker eller ukendt karakter samt visse godartede svulster. Den rette betegnelse er ’neoplasi’.

Tablet 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

SKS-kode	Diagnosetekst
DD354	Neoplasma benignum corporis pinealis
DD37*-DD48*	Svulster af usikker eller ukendt karakter
DE340	Karcinoid syndrom
DN87*	Celleforandring i slimhinde på livmoderhals
DO01*	Mola vandblære

En kortfattet registreringsvejledning og et flowdiagram kan findes på:
<http://www.sst.dk/patientregistrering>

Anmeldelsespligten omfatter ifølge bekendtgørelsen om lægers anmeldelse til Cancerregisteret også

- revision af tidligere anmeldt diagnose
- progression af prækrankrøse forandringer eller carcinoma in situ til invasiv vækst

Sidstnævnte betyder, at man i de tilfælde, hvor en tidligere anmeldt carcinoma in situ forandring progredierer, skal foretage en ny anmeldelse – dvs. det betragtes som ny sygdom i anmeldelsessammenhæng.

Anmeldelsespligtige diagnoser anvendt som aktions- eller bidiagnose på patientkontakten giver anledning til yderligere registreringskrav. 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.

13.2.2 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 **stamafdeling**, 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.

Hvis en patient bliver behandlet for en anmeldelsespligtig sygdom i en ambulanskontakt, 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 ambulanskontakt for kontrolperioden.

Se yderligere i afs. 5.3.

13.2.3 Kodning under udredning for anmeldelsespligtig sygdom

En anmeldelsespligtig sygdom må ikke anvendes som aktions- eller bidiagnose, før sygdommen er klinisk verificeret. Indtil da anvendes diagnosekode(r) fra afsnit DZ03* ’Lægelig observation for og vurdering af personer mistænkt for sygdom’. 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).

Er der tvivl om, hvorvidt 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 anmeldelsespligtige sygdomme.

13.2.4 Udvikling i en anmeldelsespligtig sygdom

Udviklingen i en anmeldelsespligtig sygdom afspejles i registrering og indberetning til LPR i forbindelse med de enkelte sygehuskontakter. Det betyder, at 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

13.2.4.1 Recidiv

Begreb	Definition
recidiv	tilbagefald af sygdom efter periode med komplet eller partiel remission

Recidiv dækker alle former for tilbagefald, herunder lokalrecidiv og 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 prækankrøs forandring betragtes dog som ny anmeldelsespligtig sygdom, som beskrevet i afs. 13.2.1. Dette omfatter mamma, livmoderhals, urinblære og testis.

Eksempler

Fund af lokalrecidiv efter tidligere behandlet mammacancer på samme afdeling

(A)DC508	Neoplasma malignum mammae overgribende flere regioner
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Vedr. anmeldelsestatus – se afs. 13.3

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 1 med efterfølgende krav om tillægskodning. Den anden kan registreres med anmeldelsesstatus 4, 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. 13.4)	
(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

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.

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
(B)DC209	Neoplasma malignum recti
(+)AZCA3	afdelingen ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen

13.2.5 Kontakter, der ikke omfatter diagnostik, behandling eller kontrol

En del afdelinger får kontakt med patienter med en anmeldelsespligtig sygdom, uden at afdelingen diagnosticerer, primært behandler eller kontrollerer denne.

Afdelingen skal registrere, hvad den pågældende afdeling rent faktisk undersøger og eventuelt behandler for. Aktionsdiagnosen for kontakten kan specificeres med cancerdiagnosen som **tillægskode**, som vist i eksemplerne.

Denne registreringspraksis stiller ikke krav om angivelse af anmeldelsesstatus og yderligere cancerregistrering.

Eksempler

Arbejdsmedicinsk klinik, der undersøger, hvorvidt sygdommen er udløst af arbejdsmiljøet

(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 13.3

13.2.6 Kontrol

Ved kontrol, hvor **den anmeldelsespligtige sygdom fortsat er tilstede**, skal sygdomsdiagnosen fortsat registreres som aktionsdiagnose, og der skal registreres tillægskode for anmeldelsesstatus.

Eksempler

Afdeling, der tidligere har anmeldt den anmeldelsespligtige diagnose

(A)DC187	Neoplasma malignum coli sigmoidei
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Vedr. anmeldelsesstatus (AZCA) – se 13.3

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 tilstede** 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 tilstede, når kontrollen indledes, skal behandlingskontakten afsluttes, og der skal oprettes en ny selvstændig kontakt for den ambulante kontrolperiode - se afs. 13.2.2.

13.3 Indberetning af anmeldelsesstatus ved anmeldelsespligtige kræftsygdomme

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
AZCA5	ændring af tidligere anmeldt sygdom til ikke anmeldelsespligtig sygdom

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 AZCA5 kan kun anvendes på ikke anmeldelsespligtige diagnoser - se afs. 13.3.1.1 ”Ændring af diagnose”.

Med henblik på korrekt registrering opfordres afdelingerne til også at tildele uafsluttede ambulante kontakter en anmeldelsesstatus ved et længerevarende ambulante forløb.

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.

13.3.1 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 anvendes i systemet indtil færdigregistreringen men må ikke findes i indberetningen af en afsluttet kontakt.

AZCA1 ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

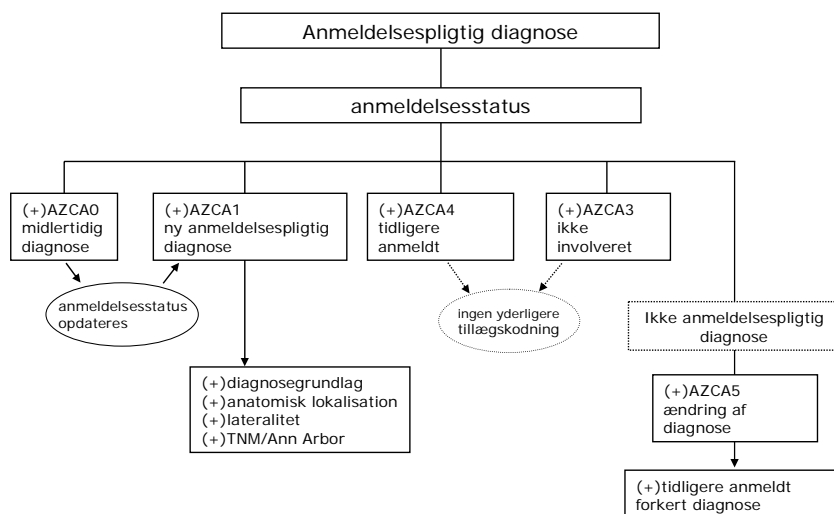
Denne status anvendes første gang en anmeldelsespligtig sygdom diagnosticeres, behandles eller kontrolleres på afdelingen og indtil den anmeldelsespligtige sygdom er fuldt anmeldt.

På afdelinger, hvor man afslutter en patients ambulante kontakt før afsluttet udredning og behandling, vil der ikke kunne ske en meningsfuld registrering af de obligatoriske tillægskoder, før end udredningen eller behandling er afsluttet.

Stamafdelingen 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 registrering.

Fig. 13.1 Oversigt over anmeldelsesstatus og tilhørende registreringskrav



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. Dermed skabes mulighed for at registrere en anmeldelsespligtig sygdom som bidiagnose, uden at dette kræver yderligere tillægskodning.

Hvis den anmeldelsespligtige diagnose er en aktionsdiagnose, kan AZCA3 ikke anvendes.

Eksempler på registrering – se afs. 13.3.2.

AZCA4 sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Denne status anvendes, hvis sygdommen tidligere er 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. 13.2.4.1.*

Eksempel

Patienten indlægges med udvikling af sygdommen - måske med en anden aktionsdiagnose, men der er fortsat tale om den samme sygdom.

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

13.3.1.1 Ændring af diagnose

Det forekommer, at en diagnose ændres fra en anmeldelsespligtig diagnose til en anden ikke-anmeldelsespligtig diagnose. I dette tilfælde skal der rettes op på de indberettede data med de korrekte oplysninger.

AZCA5 ændring af tidligere anmeldt sygdom til ikke anmeldelsespligtig sygdom (diagnose)

- ACZA5 må kun anvendes på **ikke anmeldelsespligtige** diagnoser
- AZCA5 må kun anvendes, hvor den anmeldelsespligtige sygdom (diagnose) afkræftes

Eksempel *Bronkitis, der tidligere fejlagtigt har været anmeldt som lungekræft*

(A)DJ411	Bronchitis chronica mucopurulenta
(+)AZCA5	ændring af tidligere anmeldt sygdom til ikke anmeldelsespligtig sygdom
(+)DC349	Neoplasma malignum pulmonis

Det er vigtigt at holde sig for øje, at en patient ikke må have en diagnose, der aldrig har været gældende for patienten. Med den nuværende indberetning af kontakter til LPR, kan det være besværligt at tilgodese dette krav. Det helt korrekte er at omregistrere (dvs. overskrive) de kontakter, på hvilken der var registreret en fejlagtig aktions- eller bidiagnose.

Ved omregistreringen angives den korrekte diagnose, og hertil registreres anmeldelsesstatus AZCA5 som et udtryk for, at en tidligere anmeldelsespligtig diagnose ikke længere er aktuel. Den fejlstillede diagnose angives som tillægskode, så Cancerregisteret kan vide, hvilken diagnose, der skal rettes.

Hvis der omregistreres i fødesystemerne, genindberettes hele kontakten til LPR og derved sikres, at LPR og Cancerregisteret ikke indeholder forkerte oplysninger om en given patient.

13.3.2 Komplikationer eller hændelser, der relaterer sig til den anmeldelsespligtige 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 sygdommen

(A)DD630	Anæmi ved neoplasme
(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.

13.3.3 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 der er krav om, at **patienter med anmeldelsespligtige sygdomme skal være fuldt anmeldt med en anmeldelsesstatus AZCA1, før AZCA4 kan anvendes.**

Der kan for nydiagnosticerede anmeldelsespligtige sygdomme efter 1. jan. 2004 kun benyttes en statuskode AZCA4, når stamafdelingen har indberettet patienten med statuskode AZCA1 og fuld specificeret anmeldelse.

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 anmeldes med statuskode AZCA1.

13.4 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 kræftsygdom, som i LPR er repræsenteret ved sin ICD-10 diagnosekode.

Tillægskoderne skal beskrive initiale sygdomsstadium, diagnosegrundlag, sideangivelse og for maligne lymfomer tillige anatomisk lokalisation.

13.4.1 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 lokaliseringer 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 lokalisering
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 lokalisering
DE340	Karcinoid syndrom

Der stadiendeles efter TNM klassifikationen – dog skal maligne lymfomer klassificeres efter Ann Arbor lymfom klassifikation - *se afsnit 13.4.1.2*

13.4.1.1 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 fjermetastaser 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*

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
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 fjernmetastaser (M)
AZCD40	TNM, M0: Ingen fjernmetastaser
AZCD41	TNM, M1: Fjernmetastaser tilstede (i organer eller ikke-regionale lymfeknuder)*
AZCD41A	TNM, M1a: Fjernmetastaser tilstede (i organer eller ikke-regionale lymfeknuder)*
AZCD41B	TNM, M1b: Fjernmetastaser tilstede (i organer eller ikke-regionale lymfeknuder)*
AZCD41C	TNM, M1c: Fjernmetastaser tilstede (i organer eller ikke-regionale lymfeknuder)*
AZCD49	TNM, Mx: Oplysning om fjernmetastaser foreligger ikke i afdelingen

M-stadium angives med mindst 6 karakterer

13.4.1.2 Ann Arbor lymfom klassifikation

Ann Arbor klassifikationen af maligne lymfomer (DB211, DB212, DB213, DC81*-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

13.4.2 Diagnosegrundlag

For at dokumentere hvilke undersøgelser, der ligger til grund for diagnosen, skal der ved anmeldelsen registreres **mindst én** kode fra hver af nedenstående 2 grupper:

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	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, differentieltælling, immunologi, cytogenetik, tumormarkører o. lign.</i>
AZCL9	ingen laboratorieundersøgelse <i>udover almindelige blodprøver, fx Hgb, elektrolytter og lign.</i>
AZCLX	ikke aktuel ved denne anmeldelse

I de tilfælde, hvor en anden afdeling på et tidspunkt overtager behandlingen af en patient med anmeldelsespligtig sygdom, typisk onkologisk efterbehandling af tidligere anmeldt patient, skal denne patient nyanmeldes med anmeldelsesstatus AZCA1.

Hvis den nye afdeling ikke umiddelbart har kendskab til makro- og mikroskopisk diagnosegrundlag, anvendes AZCKX og AZCLX.

13.4.3 Sideangivelse

Der skal obligatorisk registreres sideangivelse ved tumorer på ekstremiteter og i parrede organer.

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	

13.4.4 Anatomisk lokalisation

I Cancerregisteret registreres tumorerne efter mikroskopisk udseende men også efter deres lokalisation. I ICD-10 er visse tumortyper kun repræsenteret af deres mikroskopiske udseende uden lokalisation.

Dette gælder for maligne lymfomer. Følgende diagnoser skal obligatorisk have tillægskode for lokalisation:

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

SKS-kode	Diagnoser
DC85*	Andet og ikke specificeret malignt lymfom af non-Hodgkin type
DC902	Plasmacytoma extramedullare
DC923	Sarcoma myeloides

Tillægskoden for lokalisation baseres på en anatomiklassifikation, der kan findes på: <http://www.sst.dk/patientregistrering>

13.5 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

13.6 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 man behandling ikke er mulig, eller de tilfælde, hvor man skønner, at behandling ikke er nødvendig.

14 Data til brug for kvalitetsmåling

- 14.1 Begreber og definitioner
- 14.2 Emner

Registrering og indberetning til brug for opgørelse af kvalitetsmål omfatter alle patienttyper. I det omfang undersøgelses- og behandlingskoder (SKS U- og B-koder) indberettes, skal det gøres efter gældende regler for procedurekodning. *Se evt. kapitel 10 "Registrering af procedurer".*

14.1 Begreber og definitioner

Begreb	Definitioner
reoperation	operation foretaget for en postoperativ komplikation inden for en måned efter den første operation
sekundær operation	en opfølgende operation <i>eksempelvis udskiftning af en tidligere indsat hofteledsprotese</i>

14.2 Emner

De enkelte områder er skitseret i det følgende.

Vedr. begrundelserne for de udvalgte data henvises til kvalitetsmåleudvalgets rapport.

14.2.1 Hjerneblødning og hjerneinfarkt

CT- og MR-skanning af cerebrum er en af parametrene til måling af kvalitet i forhold til behandling af hjerneblødning og hjerneinfarkt (registreret med diagnoserne DI61*, DI63* og DI64*).

Med den obligatoriske indberetning af alle røntgenundersøgelser foretaget på sygehuspatienter, er de nødvendige data til rådighed.

Det er til enhver tid stamafdelingens ansvar at sikre, at CT- og MR-skanning er registreret og knyttet til den relevante patientkontakt.

14.2.2 Fødselskomplikationer

Hvis der i forbindelse med en fødsel (aktionsdiagnose DO80*-84*) er givet blodtransfusion, registreres dette obligatorisk med en behandlingskode fra afsnittet BOQA*.

En række komplikationer vil blive anvendt til kvalitetsmåling. Opmærksomheden henledes derfor på, at alle relevante komplikationer og procedurer (operationer) skal registreres og indberettes.

Det gælder bl.a. for:

Analosphincter ruptur skal registreres med bidiagnosen DO702* (ved grad III) eller DO703* (grad IV).

14.2.3 Kejsersnit

Kejsersnit skal specificeres jf. følgende oversigt:

KMCA00	Kejsersnit i corpus uteri
KMCA10A	Kejsersnit i isthmus uteri akut udført før fødsel
KMCA10B	Kejsersnit i isthmus uteri udført planlagt før fødsel
KMCA10D	Kejsersnit i isthmus uteri under fødsel pga. graviditetskompl
KMCA10E	Kejsersnit i isthmus uteri under fødsel pga. fødselskompl
KMCA20	Vaginalt kejsersnit
KMCA30	Supravaginalt kejsersnit
KMCA33	Kejsersnit og samtidig total hysterektomi

14.2.4 Vakuumeekstraktion

Vakuumeekstraktion skal registreres med en operationskode fra afsnittet KMAE*.

14.2.5 Episiotomi

Episiotomi skal registreres med operationskoden KTMD00.

14.2.6 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'

14.2.7 Hofteledsalloplastik

Hvis operationskode tilhører afsnittene:

KNFB*	Primære indsættelser af ledprotese i hofteleddet
KNFC*	Sekundære indsættelser af ledprotese i hofteleddet
KNFW*	Reoperationer efter op. på hofte og lår

...skal der **obligatorisk** registreres tillægskode for lateralitet:

(+)TUL1 'højre side' *eller*

(+)TUL2 'venstre side'

14.2.8 Luksation af hofteledsprotese

Luxation af hofteledsprotese registreres ved hjælp af diagnosekoden:

DT840A Complicatio mechanica protheseos interna coxae

Der skal **obligatorisk** registreres tillægskode for lateralitet:

(+)TUL1 'højre side' *eller*

(+)TUL2 'venstre side'

14.2.9 Operation for grå stær

Hvis operationskode tilhører afsnittene:

KCJC*	Intrakapsulær kataraktoperation
KCJD*	Ekstrakapsulær kataraktoperation
KCJE*	Ekstrakapsulære kataraktoperationer m. fakoemulsifikation
KCJG*	Operationer ved linseluksation
KCW*	Reoperationer efter operation på øjet og øjenomgivelser

...skal der **obligatorisk** registreres tillægskode for lateralitet:

(+)TUL1 'højre side' *eller*

(+)TUL2 'venstre side'

14.2.10 Tab af kunstig linse

"Tab af kunstig linse" registreres med diagnosen:

DT852A Luxation af kunstig øjenlinse

Der skal **obligatorisk** registreres tillægskode for lateralitet:

(+)TUL1 'højre side' *eller*

(+)TUL2 'venstre side'

14.2.11 Blodprop i hjertet

Hvis der i forbindelse med behandling af blodprop i hjertet (aktionsdiagnose DI21* eller DI22*) er anvendt trombolytisk behandling, skal dette obligato-

risk registreres med behandlingskoden:
BOHA1 Fibrinolytisk behandling

Da beregningen af tid fra ankomst til sygehus til iværksættelse af trombolytisk behandling indgår i kvalitetsmålet, er det vigtigt, at indlæggelses- og proceduretidspunkt er nøjagtigt registreret og indberettet.

14.2.12 Kræft i tyktarm

Anastomoselækage registreres med diagnosekoden:
DT813A Anastomoselækage

14.2.13 Operation for lændediscusprolaps

Ved diagnosen ”Lændediscusprolaps”, skal diagnosekoderne, DM511* og DM512* være specificeret med 6. karakter til angivelse af lumbalt niveau:

DM511A	Prolapsus disci intervert lumbalis I/II med radikulopati
DM511B	Prolapsus disci intervert lumbalis II/III med radikulopati
DM511C	Prolapsus disci intervert lumbalis III/IV med radikulopati
DM511D	Prolapsus disci intervert lumbalis IV/V med radikulopati
DM511E	Prolapsus disci intervert lumbalis V/SI med radikulopati
DM511F	Prolapsus disci intervert lumbalis uden specification med radikulopati
DM511H	Prolapsus disci intervert thoracalis med radikulopati
DM512A	Prolapsus disci intervert lumb I/II uden radikulopati
DM512B	Prolapsus disci intervert lumb II/III uden radikulopati
DM512C	Prolapsus disci intervert lumb III/IV uden radikulopati
DM512D	Prolapsus disci intervert lumb IV/V uden radikulopati
DM512E	Prolapsus disci intervert lumb V/SI uden radikulopati
DM512F	Prolapsus disci intervert lumb uden spec. uden radikulopati
DM512G	Prolapsus disci intervert thoracalis uden myelo-/radikulopati

14.2.14 Sukkersygepatienter

For sukkersygepatienter, der modtager dialysebehandling under kontakten, skal der registreres en diagnose for ”sukkersyge med nyrekomplikation” (koderne DE102, DE107, DE112, DE117, DE122, DE127, DE142 eller DE147). Dette kan være en bidiagnose eller i visse tilfælde en aktionsdiagnose.

Dialysen registreres med en procedurekode fra afsnittet BJFD*. Dette gælder også for dialyse udført som assistance.’

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

15.1 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-administrative 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>

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, hotel-senge (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>

Definitioner

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>

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>

Definitioner

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 amterne som besøg (besøgsdato) med obligatorisk procedurekode AAF6 for hjemmebesøg.</i> <i>For indlagte patienter indberettes hjemmebesøg med procedurekode AAF6</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 forebyggelsestiltag 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>

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) voldshandling, (4) selvmordsforsøg, (5) senfølge, (8) andet og (9) ukendt/uoplyst</i>
midlertidigt inhabil	voksenpatient der midlertidigt ikke er i stand til selv patient 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 patienten har fået, og hvad patienten har tilkendegivet på baggrund af denne</i>
patient	sundhedsaktør, der er genstand for en sundhedsaktivitet

Definitioner

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>
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	klinisk telefonsamtale med patient som led i behandling eller kontrol af sygdom, som resulterer i et klinisk journalnotat <i>Telefonkonsultationen kan erstatte et fremmøde på hospitalet eller et hjemmebesøg. Ydelsen telefonkonsultation (uden besøg) registreres med koden BVAA33A på den ambulante kontakt</i>
udtrykkeligt samtykke	informeret samtykke hvor en patient bevidst og tydeligt givet 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 <i>Endelig behandling kan have et kurativt og/eller et palliativt sigte</i>
henvisning	anmodning fra en henvisningsinstans til sygehusafdeling om at modtage en patient <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>
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 2 måneder, 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 fra henvisningsdato til dato for endelig behandling <i>Venteperioden kan også afsluttes uden behandling, hvis patienten ikke kan, skal eller vil behandles. Venteperioden kan indeholde perioder, hvor patienten ikke er aktivt ventende</i>
ventestatus	status for om en patient er ventende eller ikke ventende <i>I hele henvisningsperioden skal der være en vente-</i>

status. 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

visitering 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 en 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 <i>Inkluderer eventuelle assistancer givet under indlæggelsesperioden</i>
udskrivningsdato	dato for afslutning af en indlæggelseskontakt <i>Se kontaktslutdato</i>

15.5 Ambulante kontakter

ambulant besøg	besøg i forbindelse med ambulant patientkontakt, hvor stamafdelingen er involveret <i>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</i>
ambulant besøgsdato (besøgsdato)	dato for ambulant besøg <i>Se også ambulant ydelse</i>
ambulant kontakt	patientkontakt på et ambulatorium <i>Indberettede ambulante kontakter kan indeholde ambulante ydelser såvel som besøg (besøgsdato)</i>
ambulant patient	patienttype for patient, der er indskrevet på et ambulatorium <i>Indberettes som patienttype (2). En patient kan ikke modtage ydelser på en ambulant kontakt samtidig med, at der er en indlæggelsesperiode for samme</i>

Definitioner

sygdom. Alle ydelser givet i indlæggelsesperioden, skal registreres på indlæggelsen

ambulant ydelse ydelse givet til en ambulant patient
Omfatter ydelser produceret af stamafsnittet, assisteret 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 foranstille-

de kodeart, fx (A)DA180F aktionsdiagnosen 'tuberculosis coxae'

SKS-klassifikation	klassifikation der indgår i Sundhedsvæsenets KlassifikationsSystem (SKS) <i>SKS-klassifikationerne vedligeholdes af Sundhedsstyrelsen</i>
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>

Definitioner

diagnose (diagnosetekst)	helbredsrelateret tilstand udtrykt på grundlag af en sundhedsfaglig vurdering <i>Omfatter egentlige sygdomme, skader, andre lidelser, symptomer og kontaktårsager, inkl. "obs. pro", "kontrol" m.m. Klassificeres efter "Klassifikation af sygdomme"</i>
diagnose (diagnosekode)	klassificeret betegnelse for en diagnose, der er 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>
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

Patienten er skriftligt eller mundtligt meddelt det oprindeligt planlagte tidspunkt

assistance	procedure, hvor producenten er forskellig fra stamafdelingen <i>Der skelnes på sygehus-afdelingsklassifikationens 6-karakters afdelingsniveau. Der kan indberettes assistancer i henvisningsperioden</i>
behandling	intervention, hvor sundhedsformål er at påvirke en patients helbredstilstand <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>
deloperation	operation, der indgår som en del af et kirurgisk indgreb uden at være den "vigtigste operation" <i>Indberettes med procedurearten 'D'</i>
kirurgisk indgreb (indgreb)	èn eller flere operationer udført i samme seance <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>
klinisk kontrol (kontrolundersøgelse) (kontrol)	kontrol af patientens tilstand eller af en tidligere iværksat behandling <i>Kontrol foretaget af klinisk personale</i>
operation (operationskode)	procedure klassificeret i gældende operationsklassifikation <i>En operation omfatter kun én operationskode. Klassificeres efter gældende "Klassifikation af operationer". I SKS-format (til indberetning) har disse ko-</i>

Definitioner

	<i>der et foranstillet 'K'. Flere operationer kan indgå i ét kirurgisk indgreb</i>
planlagt procedure (elektiv procedure)	procedure, der ønskes gennemført under iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner
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>
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

behandlingsplan nedskrevet plan for undersøgelse og behandling efter en specifik disposition

boligforhold patientens form for bopæl

bostøtte støtte og aktivering af patienter i egen bolig

familieterapi Samtaleterapeutisk behandlingsmetode udført overfor familie af certificeret læge eller psykolog eller læge eller psykolog under uddannelse med henblik på certificering

GAF skala, der med et enkelt tal mellem 01-99 sammenfatter patientens funktionsniveau

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. Pati-

	<i>enten disponerer over en sengeplads efter behov. Må ikke forveksles med orlov som er op til 3 døgn. Længerevarende fravær skal ikke indberettes</i>
parterapi	Samtaleterapeutisk behandlingsmetode udført overfor par af certificeret læge eller psykolog eller læge eller psykolog under uddannelse med henblik på certificering
patientfravær uden aftale	periode i en indlæggelseskontakt, hvor en patient forlader sygehuset uden at der foreligger en aftale <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>
psykofarmakologisk behandling	den psykofarmakologiske behandling patienten har fået ordineret
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

Definitioner

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 ambulant besøg og i hjemmebesøg. Visse "ydelser uden besøg" skal obligatorisk indberettes</i>

15.12 Graviditet, abort, fødsel og barsel

abort af et foster	spontan abort af et foster uden livstegn før udgangen af 22. svangerskabsuge eller provokeret abort af et foster uden livstegn før udgangen af 22. svangerskabsuge
dødfødsel	fødsel af barn uden livstegn efter 22. svangerskabsuge <i>Dette gælder uanset, om baggrunden er et indgreb efter abortloven</i>
flernummer	angivelse af barnets nummer indenfor aktuelle graviditet
fødsel	(mor) se fødselstidspunkt. <i>Fødslen som periode fra aktiv fødsel til barnet er helt ude (fødselstidspunkt) indgår ikke i registreringens definitioner. En graviditet kan omfatte flere fødsler, idet graviditeten kan fortsætte efter fx elektivt kejsersnit af et foster</i>
fødselstidspunkt	tidspunkt, hvor barnet er helt ude af moderen <i>Fødselstidspunktet bestemmer fødested, dvs. typen af fødsel (sygehus/hjemme/"på vej") ud fra en registreringsmæssig betragtning</i>
"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 blanket.</i>

Fødsel, der er startet i hjemmet, men hvor barnet ikke er født i hjemmet, betragtes ikke som hjemmefødsel

inkomplet hjemmefødsel	fødsel, hvor fødslen er startet i hjemmet eller på vej til sygehuset, hvor fødslen afsluttes på sygehus <i>Fødslen er først komplet, når moderkagen (placenta) er kvitteret. Medregnes til sygehusfødsler</i>
komplet hjemmefødsel	fødsel, hvor såvel barnet som moderkagen er født i hjemmet <i>Medregnes ikke til sygehusfødsler</i>
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 udgangen af 22. svangerskabsuge
sygehusfødsel	fødsel, hvor barnet fødes på sygehus

15.13 Cancer

anatomisk lokalisation	angivelse af tumors anatomiske lokalisation
anmeldelsespligtig sygdom (diagnose)	sygdom, hvortil der gælder særlige krav om indberetning til Cancerregisteret <i>Diagnose(kode) tilhørende liste over "Anmeldelses-</i>

Definitioner

	<i>pligtige sygdomme” (neoplasier). For disse diagnoser er der særlige krav til registrering og elektronisk indberetning</i>
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
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

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
senfølge	følge efter tidligere behandlet skade som følge af ulykke, voldshandling eller selvmordsforsøg
skade	kropslig defekt forårsaget af en ydre påvirkning <i>Læsioner som sår, knoglebrud, forstrækninger osv. Skader registreres med diagnosekoder</i>

ulykke	en ufrivillig hændelse karakteriseret ved en hurtigt-virkende kraft eller påvirkning, som kan ytre sig i form af skade på kroppen
voldshandling	et overgreb på én eller flere personer som har medført skade på mindst én af personerne

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 og skadestuepatienter.

Datanavn	Indgår i registreringen for		
	Indlagte patienter	Ambulante patienter	Skadestuepatienter
Sygehusnummer	X	X	X
Afdelings/afsnitsnummer	X	X	X
Patienttype	X	X	X
Personnummer	X	X	X
Startdato	X	X	X
Indlæggelsestidspunkt/starttidspunkt for ambulante patienter/tidspunkt for ankomst til skadestue	X	X	X
Indlæggelsesminut/Startminut for ambulante patienter/Minut for ankomst til skadestue	X	X	X
Kommunenummer	X	X	X
Henvissningsdato	X	X	
Henvissningsmåde	X	X	
Kode for fritvalgsordning (kun private sygehuse)	X	X	
Henvissende sygehusafsnit	X	X	
Ventestatus	X	X	
Startdato for ventestatus	X	X	
Slutdato for ventestatus	X	X	
Indlæggelsesmåde	X		
Startvilkår (kun for psykiatriske afd.)	X	X	
Slutdato	X	X	X ¹⁾
Udskrivningstidspunkt	X		X ¹⁾

Datanavn	Indgår i registreringen for		
	Indlagte patienter	Ambulante patienter	Skadestuepatienter
Afslutningsmåde	X	X	X
Afsluttet til sygehusafsnit	X	X	X
Kontaktårsagskode	X		X
Ulykkeskode (SKS-kode)	X		X
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	
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		
Besøg hos jordemoder	X		

Datanavn	Indgår i registreringen for		
	Indlagte patienter	Ambulante patienter	Skadestuepatienter
Besøg hos egen læge	X		
Besøg hos sygehusafsnit/speciallæge	X		
Nummer ved flerfoldfødsel	X		
Barnets vægt	X		
Barnets længde	X		

- 1) Fakultativ for somatiske skadestuepatienter
- 2) (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> <p>Alle rent numeriske personnumre skal undersøges efter MODULUS 11-testen</p>		
Værdisæt		
Indgår i registrering for		
<p>Indlagte patienter</p> <p>Ambulante patienter</p> <p>Skadestuepatienter</p>		

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		
Ifølge gældende kommunekoder, kan ses på www.sst.dk/patientregistrering KOMNR skal være numerisk.		
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	Programdatanavn	Max. antal positioner
Patienttype	PATTYPE	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	Programdatanavn	Max. antal positioner
Indlæggelsestid eller Starttid for ambulant kontakt eller tid for ankomst til skadestue	INDLÆGTID TANSKA	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	HENVISDТО	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. FØDSELSDATO ≤ HENVISDТО ≤ STARTDТО.		
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 Henvisningsmåde	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	
E	Indlagt i henhold til andet retsligt forhold	
F	Retslig patient indlagt "ved tvang" i medfør af retsligt forhold (ikke Psykiatrilov)	
G	Retslig patient indlagt frivilligt	
For ambulante patienter:		
K	Almindelig frivillig ambulant	
P	Barn til ambulant undersøgelse i henhold til Lov om social service	
R	Andet ambulant retsligt forhold	
S	Retslig patient indskrevet i medfør af 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		
For indlagte patienter: datoen for afslutning af indlæggelses-/ambulant/skadestuekontakten		
Værdisæt		
På formen dag, måned og år. 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	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 Udskrevet/afsluttet til: Blank Uafsluttet forløb 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	voldshandling	
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 diagnose i intervallerne DR00-DR999, DS00-DT799 eller DZ00-DZ999. For psykiatriske skadestuepatienter med kontaktårsag 4 tillades desuden aktionsdiagnose i intervallet DX60*-DX84* samt aktionsdiagnose DF*.</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
Ulykkeskode	ULK	6
Definition/beskrivelse		
klassificeret betegnelse for ulykkeskoder, der er optaget i gældende "Klassifikation af Sygdomme"		
Værdisæt		
Værdisæt ifølge gældende klassifikation af sted, skadesmekanisme, aktivitet, transportform for tilskadekomne og for modpart ved køretøjsulykke samt registrering af, om der er tale om køretøjsulykke eller ej - se vejledningsdelen.		
Sted:	1. - 3. position skal være EUG, 4. position iflg. ulykkesklassifikation	
Skadesmekanisme:	1. - 3. position skal være EUS, 4. position iflg. ulykkesklassifikation	
Aktivitet:	1. - 3. position skal være EUA, 4. position iflg. ulykkesklassifikation	
Køretøjsulykke:	1. - 3. position skal være EUK, 4. position skal være 1, hvis der er tale om en køretøjsulykke ellers 2.	
Transportform for tilskadekomne ved køretøjsulykke indberettes som tillægskode til køretøjsulykke:	1.- 3. position skal være EUP, 4. position iflg. ulykkesklassifikation	
Transportform for modpart ved køretøjsulykke indberettes som tillægskode til køretøjsulykke:	1.- 3. position skal være EUM, 4. position iflg. ulykkesklassifikation	
Indberettes som SKS-kode (SKSKO)		
Indgår i registrering for		
Indlagte patienter ved kontaktårsag 2, 3 og 4		
Skadestuepatienter ved kontaktårsag 2, 3 og 4		

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 ambulant 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.		
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.		
Hjemmebesøg skal indberettes med en besøgsdato samt obligatorisk administrativ procedurekode: AAF6		
Værdisæt		
På formen dag, måned og år		
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		
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		
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. $HENVISD\text{TO} \leq D\text{TOAFTLB} \leq S\text{TARTD}\text{ATO}$. For ambulante patienter: Datoen for afslået tilbud skal ligge imellem henvisningsdatoen og slutdato. $HENVISD\text{TO} \leq D\text{TOAFTLB} < S\text{LUTD}\text{ATO}$. På formen dag, måned og år		
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 aktuell 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- 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

Modulus-11 test

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 PATTYPER = 0, skal INDLÆGTIME være forskellig fra blank

Hvis PATTYPER = 2 og STARTDATO er før 01.01.2005, skal INDLÆGTIME være blank

Hvis PATTYPER = 2 og STARTDATO er efter 31.12.2004, skal INDLÆGTIME være forskellig fra blank

Hvis PATTYPER = 3, skal TANSKA være forskellig fra blank

MIANSKA

Blank eller 00-59

Hvis PATTYPER = 0 eller 2 og STARTDATO er før 01.01.2005, skal MIANSKA være blank

Hvis PATTYPER = 0 eller 2 og STARTDATO er efter 31.12.2004, skal MIANSKA være forskellig fra blank

Hvis PATTYPER = 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)

HENVISDTO

Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ)

Hvis PATTYPE = 0 eller 2 og STARTDATO er efter 31.12.1998, skal HENVISDTO være forskellig fra blank

Hvis PATTYPE = 0 eller 2, skal HENVISDTO være før eller lig med STARTDATO

Hvis STARTDATO er mindre end 01.01.2004 og PATTYPE = 2 skal HENVISDTO være før eller lig med DTOFORU (hvis denne udfyldt), som skal være før eller lig med DTOENBH (hvis denne udfyldt)

Hvis PATTYPE = 3, skal HENVISDTO være blank

FØDSELSDATO skal være før eller lig med HENVISDTO

HENVISNMÅDE

En af værdierne blank, 0, 1, 2, 8, A, E, F eller G

På kontakter, der er begyndt efter 31.12.98 er 6 ikke længere tilladt, hvorimod koderne B, C og D tillades

Hvis HENVISDTO 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 HENVISDTO 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

HENVS GH

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 31.12.94 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, så skal INDVILK være en af værdierne 1, 2, 3, 6, E, F, 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, så skal INDVILK være en af værdierne K, P, R, S

Hvis PATTYPE = 3, skal INDVILK være blank

18.2 Valideringer pr. område

18.2.1 Ulykker

Generelt

Ulykkeskoder kan ikke indberettes for PATTYPE = 2

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, så skal der være en aktionsdiagnose i intervallet DS000-DT799 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, så skal der være en EUG*, EUS*, EUA* og EUK* kode. Hvis EUK1 er registreret, skal der være en EUP* og EUM* kode

Skadestuepatienter

Hvis PATTYPE = 3 og KONTÅRS = 2, 3, 4, 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, 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

18.2.2 Diagnoser

Generelt

I overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens klassifikation af sygdomme

Hvis ART = H på HENVISDТО 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 forgiftning og lændediscusprolaps

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 PATTYTYPE = 2 og SLUTDATO er udfyldt, så må ART ikke være lig med M

Hvis PATTYTYPE = 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 PATTYTYPE 0 og 2 (hvis udfyldt). For PATTYTYPE = 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 PATTYPER = 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*-ZPP5*, 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

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 Postoperative infektioner

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. Datavalideringen 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 højst 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 eller DO088J-DO088K med tilhørende ART=A

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 eller DO054 og tilhørende tillægskode tilhører DU12D*-DU21D*, så skal der være en tilhørende ART = + samt KODE lig DUM01, DUM02 eller DUM09
- KODE tilhører DO03* og tilhørende tillægskode tilhører DU16D*-DU21D*, så skal der være en tilhørende ART = + samt KODE lig DUM01, DUM02 eller DUM09

Såfremt SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PAT-

TYPE = 3 ligger efter 31.12.1998 og der forekommer tillægskoden DUM01, 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 ambulante 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

Årsdagsregistreringer

ÅRSDAGE er datoer, der ligger hele år efter startdatoen

Hvis PATTYTYPE = 2 og AFD har speciale1 = 50 eller speciale2 = 50 eller speciale3 = 50 eller speciale4 = 50 og speciale1 \neq 98 og speciale2 \neq 98 og speciale3 \neq 98 og speciale4 \neq 98, så skal der med ÅRSDAG – 60 dage \leq PROCDTO \leq ÅRSDAG + 60 dage og ÅRSDAG efter 31.12.2006 og ÅRSDAG er mindre eller lig med SLUTDATO, hvis SLUTDATO udfyldt, være følgende:

- KODE ZZ5900 med ART = blank og med tilknyttet tillægskode ZRPG*
- KODE ZZ8050 med ART = blank og med tilknyttet tillægskode ZRSB*
- KODE ZZ8051 med ART = blank og med tilknyttet tillægskode ZRSA*
- KODE ZZP0001 eller ZZP0002 med ART = blank

Hvis PATTYTYPE = 2 og AFD har speciale1 = 50 eller speciale2 = 50 eller speciale3 = 50 eller speciale4 = 50 og speciale1 \neq 98 og speciale2 \neq 98 og speciale3 \neq 98 og speciale4 \neq 98 og SLUTDATO efter 31.12.2006 og SLUTDATO forskellig fra blank og AFSLUTMÅDE er 1 eller 2 og SLUTDATO > seneste ÅRSDAG + 60 dage, så skal der med SLUTDATO – 60 dage \leq PROCDTO \leq SLUTDATO være følgende:

- KODE ZZ5900 med ART = blank og med tilknyttet tillægskode ZRPG*
- KODE ZZ8050 med ART = blank og med tilknyttet tillægskode ZRSB*
- KODE ZZ8051 med ART = blank og med tilknyttet tillægskode ZRSA*
- KODE ZZP0001 eller ZZP0002 med ART = blank

18.2.10 Forgiftninger

Generelt

Såfremt SLUTDATO for PATTYTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYTYPE = 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 31.12.2000 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 må der ikke være tilknyttet tillægskoden AZCA5

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*.
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 koderne skal være mindst 5 karakterer lange.
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:

hvis DIAG tilhører grupperne DB211, DB212, DB213, DC81* - DC85*, DC902, DC923, DC96*, skal der være tilknyttet en tillægskode fra gruppen AZCC*

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

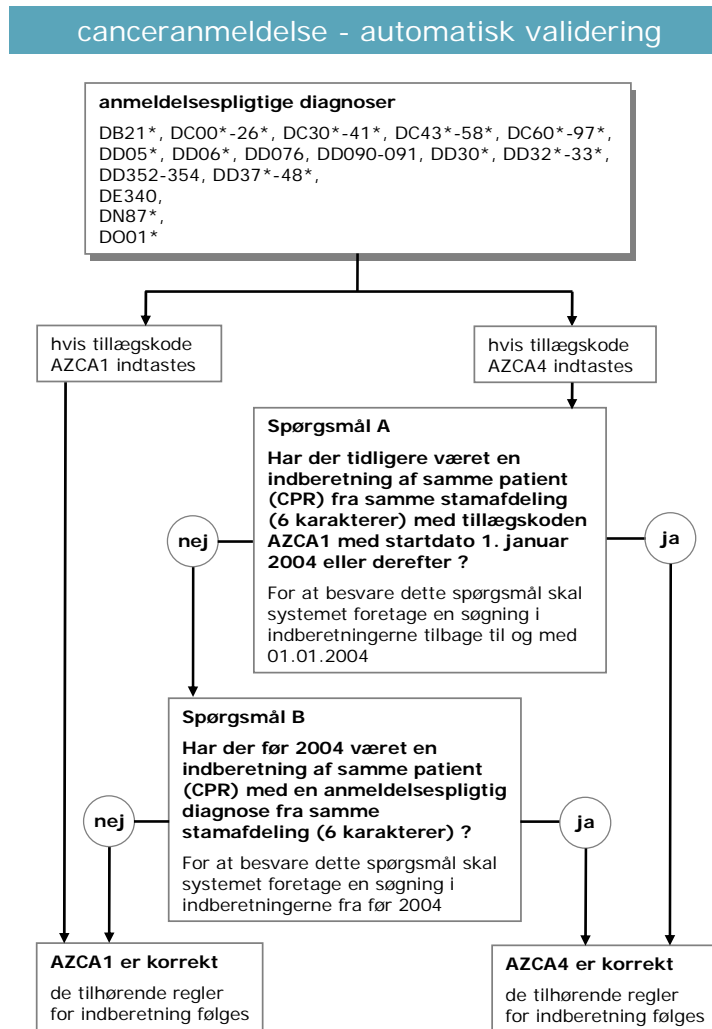
18.2.12 Lokal validering af anvendelsen af anmeldelsesstatus: AZCA1 og AZCA4

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



cancervalidering_2007_1-1

18.2.13 Kvalitetsindikatorer

Hjerneblødning og hjerneinfarkt

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 er udfyldt og DIAGART = A / B og KODE tilhører DI61*, DI63* eller DI64* og der samtidig findes ART = blank og KODE tilhørende UXCA00 eller UXMA00 og PROCDTO til pågældende kode ligger efter 31.12.2000, så skal der til disse procedurekoder være tilknyttet mindst en af tillægskoderne i intervallet UXZ10*-UXZ15*

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

Hoftesalloplastik

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

Luxation 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

Operation for grå stær

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 er udfyldt og ART = V / P / D og KODE tilhører KCJD*, KCJE*, KCJG* eller KCW* og PROCDTO til pågældende kode ligger efter 30.06.2000, så skal der pr. operationskode være tilknyttet en af tillægskoderne TUL1 eller TUL2

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 er udfyldt og ART = V / P / D og KODE tilhører KCJC* og PROCDTO til pågældende kode ligger efter 31.12.2000, så skal der pr. operationskode være tilknyttet en af tillægskoderne TUL1 eller TUL2

"Tab af kunstig linse"

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 DT852A, så skal der til pågældende diagnose være tilknyttet en af tillægskoderne TUL1 eller TUL2

Operation for lændediskusprolaps

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 DM511* eller DM512*, så skal pågældende kode være 6 karakterer lang

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 forløb	
Udskrivningstime	
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
Diagnosekodenummer	På kontakter udskrevet før den 01.01.1995 indberettes diagnosekodenummer i strukturen DIAGN. På kontakter udskrevet fra den 01.01.1995 indberettes diagnosekode nummer i strukturen SKSKO
Modifikation	Kun for kontakter udskrevet før den 01.01.1994

Teknisk del

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 produ- cerende 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
G	grundmorbus
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
SKSKO006HDN801SKSKO006ADN801SKSKO005+TUL1
SKSKO006BDN830SKSKO005+TUL2
SKSKO028VKLAD00####02010113013311430SKSKO005+TUL1
SKSKO028DKLAB10####02010113013311430SKSKO005+TUL2SLUT
%

```

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 afsluttet før 01.01.1996

INDUD06713010310010101000102019412##701#####02019411100194
121#####20008

SKSKO006ADS000

SKSKO005#EUG1SKSKO005#EUS2SKSKO005#EUA2

SKSKO005#EUK1SKSKO005+EUP4SKSKO005+EUM5

OPERA012448201301011OKOMB00543000SLUT%

Ovenstående er blandt andet eksempel på indberetning af ulykkeskoder til LPR efter SKS. Ulykkeskoderne er opdelt i primær- og tillægskoder. Tillægskoder skal indberettes umiddelbart efter den primær kode de knytter sig til.

Følgende SKS-koder er anvendt:

- ADS000 aktionsdiagnose
- #EUG1 stedkode
- #EUG2 skadesmekanisme
- #EUA2 aktivitetskode
- #EUK1 køretøjsulykke
- +EUP4 tillægskode, transport
koblet til køretøjsulykke
- +EUM5 tillægskode, transport
koblet til køretøjsulykke

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#####17030413012991000SKSKO07+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 ambulant 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 DATANAVN	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 DATANAVN	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 DATANAVN	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/special- læge
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 122
 - abort 122
 - abortregistrering 224
 - administrative begreber 156
 - administrative ydelser 104
 - afbud 21
 - afdelings/afsnitsnummer 181
 - aflyste besøg 57
 - aflyste operationer 109
 - AFSLUTMÅDE 208
 - afslutningsmåde 20;26;189
 - afsluttet til sygehusafsnit 189
 - afslået tilbud 32;201
 - aktionsdiagnose 15;37;76;78;113
 - aktivitetskode 69
 - akut 27
 - almindelig genoptræning 94
 - ambulant besøg 34;53
 - ambulant patient 34
 - ambulant ydelse 34
 - ambulante kontakter 165
 - anamnese 84
 - anatomiklassifikation 148
 - anmeldelsespligtig diagnosekode 126
 - anmeldelsespligtig sygdom ... 129;149
 - anmeldelsespligtige diagnoser 82
 - anmeldelsesstatus
..... 131;133;135;136;228
 - Ann Arbor klassifikationen 145
 - apgarscore 122
 - assistance 19;23;28;34;90;102
 - ATC-kode 73;81;82
 - ATC-koder 108
- B**
- barnets kontakt 117
 - barnets længde 202
 - barnets record 223
 - barnets vægt 202
 - barselpleje 118
 - base-excess 122
 - behandlere 57
 - behandlingsmodning 22
 - behandlingsplan 58
 - behandlingstilbud 24
 - BEHDAGE 209
 - beslutningstidspunkt 18
 - BESØG 211
 - besøg hos egen læge 203
 - besøg hos jordemoder 203
 - besøg hos sygehusafsnit/speciallæge
..... 204
 - besøgsdato 53
 - besøgsindberetning 104
 - betænkningstid 22
 - biidiagnose 76;79;113
 - bilateralt 92
 - biologiske stoffer 73
 - bivirkninger 72
 - blanketanmeldelse 119
 - BOBST 214
 - Bogens opbygning 11
 - boligforhold 58
 - bopælskommune 30
 - bostøtte 58
- C**
- cancer 175;228
 - cancerdiagnosen 133
- D**
- dagbehandling 54
 - DAGS 89
 - deloperation 91
 - diagnose 36
 - diagnoseart 76;193;217
 - diagnosegrundlag ... 126;141;146;230
 - diagnosekodenummer 194
 - diagnoser 76;216
 - diagnoseregistrering 76;167
 - DIPSY 58;61
 - DRG 89

dødfødsel..... 116;122;174

E

elektroshockbehandling 48

endelig behandling 18;19

F

fejlsøgning..... 205

flerfoldsfødsel 119;122

flernummer..... 116

forgiftning 45;67;72;226

forgiftningskoder..... 73

fosterpræsentation 122

fravær 50

funktionsevne 93;220

fysio- og ergoterapeuter 98

færdigbehandlede 28

fødsel..... 115

fødsel på vej 115;174

fødselskontakt 119

fødselsoplysninger 115;117;118

fødselstidspunkt 115;117

fødslen på vej til sygehuset 117

fødsler og aborter 221

følgetilstand..... 84

G

GAF 58;61

genoptræning..... 38;93

genoptræningsplan 94

gravid 23

graviditetskomplikation 116

H

henvisende sygehusafsnit..... 192

henvisning 17

henvisning og venteperiode..... 162

henvisningsdato..... 185

henvisningsdiagnose 76;80

henvisningsmåde 20;30;39

henvisningsperiode..... 17

HENVISNMÅDE 207

hjemmebesøg 52;55;100

hjemmedialyse 103

hjemmefødsel 115;117;118

hotelpatient 28;35

hovedomfang 122

I

ICF 106

ICF-status 106

ICF-vurderinger 106

indgreb 92

indlagte patienter 27

indlagte psykiatriske patienter 49

indlæggelseskontakter 164

indlæggelsesminut 185

indlæggelsesmåde 27;186

indlæggelsestid 184

INDMÅDE 207

INDUD 205

infektioner 111

K

kirurgisk abortindgreb 124

kirurgisk indgreb 91

klinisk kontrol..... 85

klinisk ydelse 104

kliniske termer 166

kode for fritvalgsordning..... 192

kodeart C 81;113

kodenummer for producerende afsnit

..... 198

kommunennummer 183

KOMNR 206

komplikation..... 77;80;110;119;140

komplikationsregistrering..... 172

kontaktårsag..... 32;44;62;64;190

kontrol 132;133

kontrolpatient..... 20;23;36

kontrolundersøgelse..... 85;134

KONTÅRS 209

kromosomanomalier 124

kvalitetsindikatorer 234

kvalitetsmål 150

køretøjsulykke 70

L

lateralitet	230
lokalisering	147;231
lægemiddelbivirkning	86
lægemiddelforgiftning	72;73
lægemiddelkataloget	108
længerevarende patientfravær	51
læsion	67

M

medfødte misdannelser	124
medicinsk abort	124
medicinudlevering	45;63
mentalundersøgelse	48
metastase	132
midlertidig diagnose	76;80
mikroskopisk udseende	147
misbrugsdiagnoser	85
misdannelse	116
misdannelsesregistrering	224
misdannet foster	124
MOBST	214
moderens kontakt	117
moderens record	222
multiple komplikationer	113

N

nummer ved flerfoldsfødsel	204
----------------------------------	-----

O

obligatoriske ydelser	102
obs. pro.	79;83
OKOMB	211
omvisitering	19;21
OPERA	211
operation	90;219
organisatoriske begreber	154

P

paritet	115;202
patientfravær uden aftale	51
patienthotel	28;35
patientkontakt-begrebet	14
patientorlov	27

patienttype	184
personnummer	182
placentavægt	116
planlagt	27
postoperative infektioner	220
primære operation	91;92
procedureart	90;195;219
proceduredato	197
procedurekode	90
procedurekodenummer	196
procedureminut	198
procedurer	88;90; 218
procedureregistrering	88;168
proceduretime	197
producent	90
provokeret abort	123
PSYKI	215
psykiatri	172;225
psykiatriske aktionsdiagnoser ...	47;62
psykiatriske patienter	46
psykiatriske skadestuepatient	62
psykofarmakologisk behandling ...	58

R

radiologiske procedurer	101;219
rask ledsager	28;118
recidiv	37;130
rekvirent	90
reoperation	91;92
retslige forhold	48

S

screening	86
sekundær operation	91;92
selvmord/selvordsforsøg	48;71
selvmordsforsøg	50;66
senfølge	66
sideangivelse	126;147
skaderegistrering	176
skadesmekanismekode	69
skadestue	42
skadestuekontakter	166
skadestuepatient	42
SKS hovedgrupper	88

SKSKO	210	tumors udbredelse.....	142
SKS-koder.....	16	tvangsindlagt	50
slutdato for ventestatus.....	200	U	
specialiseret genoptræning.....	94;96	udredning.....	18;19
spontane aborter	123	UDSKRTILSGH	209
stadium.....	126;142;228	ultralydsskanning.....	116
startdato.....	183	ULYKK.....	214
startdato for ventestatus	200	ulykke.....	65
startvilkår	187	ulykkeskode.....	191
stedkode	69	V	
sundhedsfaglige aktivitet.....	104	VENTE.....	213
sundhedsfagligt uddannet personale	35	venteperioder	18
svangerskab.....	116	ventestatus	17;18;199
svangerskabsafbrydelse.....	122	visitering.....	17
svangerskabslængde.....	124;125	voldshandling	50;66
svangrekontrol.....	23	Y	
sygdom.....	64	ydelser uden besøg	56
sygehusfødsel.....	115;117	ydre påvirkning.....	67
sygehusnummer	181	ydre årsager	68
symptomdiagnoser	79	ydre årsager til skade	64
T		Æ	
takstgivende ydelser	89	ændringer til indberetning	12
telemedicin	105	Å	
tidsforbrug.....	54;56	årsdagsregistreringer.....	225
tillægskoder.....	77;81;91;107;108	årsopfølgning.....	58;59
tilstand.....	78		
timeforbrug	52		
TNM-klassifikationen	143		
tobaksforbrug	120		