

Sundhedsstyrelsen

**Fællesindhold for
basisregistrering af
sygehuspatienter
2004**

Koordinationsgruppen for
individbaseret patientregistrering

13. udgave af
Rapport nr. 6, 2003

Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2004

Forfatter: Sundhedsstyrelsen

Udgiver: Sundhedsstyrelsen

Ansvarlig institution: Sundhedsstyrelsen

Copyright: Sundhedsstyrelsen

Tryk: Stougaard Jensen / Scantryk A/S, København

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: 1,0

Versionsdato: 20031124

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 87-91361-72-9

Den trykte versions ISBN: 87-91361-73-7

Forord

13. udgave af "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2004" er baseret på 12. udgaven med visse udvidelser/ændringer. Ændringerne i kravene til indberetning til Landspatientregistret i forhold til 12. udgave kan læses i indledningen.

Det ændrede fællesindhold træder i kraft med virkning fra 1. januar 2004.

Sundhedsstyrelsen, november 2003

Jens Kristian Gøtrik

Morten Andreas Hjulsager
Arne Kverneland

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING	6
BAGGRUND FOR PUBLIKATIONEN	6
FÆLLESINDHOLD	6
FORMÅL MED INDBERETNINGEN	6
BOGENS OPBYGNING	7
ÆNDRERE KRAV TIL INDBERETNING FOR 2004	8
VEJLEDNINGSDEL	10
2. KONTAKTMODELLEN	11
3. HENVISNINGSPERIODE OG VENTEPERIODE	14
4. INDLAGTE PATIENTER	21
5. AMBULANTE PATIENTER	26
6. PSYKIATRI	31
INDLAGT PSYKIATRISK PATIENT	32
AMBULANT PSYKIATRISK PATIENT	33
PSYKIATRISK SKADESTUEPATIENT	33
7. SKADESTUEPATIENTER	34
8. SKADER, ULYKKER OG FORGIFTNINGER	37
SKADESINDBERETNING FOR INDLAGTE PATIENTER	37
SKADESINDBERETNING FOR SKADESTUEPATIENTER	37
INDBERETNING AF SELVMORD/SELVMORDSFORSØG	41
9. REGISTRERING AF DIAGNOSER	46
DEFINITIONER – DIAGNOSEREGISTRERING	47
DIAGNOSEARTER	47
TILLÆGSKODNING	51
SÆRLIGE REGLER VEDRØRENDE DIAGNOSEREGISTRERING	52
SÆRLIGE KODE- OG REGISTRERINGSPRINCIPPER	52
10. REGISTRERING AF PROCEDURER	55
DEFINITIONER – PROCEDUREREGISTRERING	56
OPERATIONSREGISTRERING	56
AFLYSTE OPERATIONER	58
REGISTRERING AF ANDRE PROCEDURER	59
TILLÆGSKODNING	60
INDBERETNING AF RADIOLOGISKE PROCEDURER	62

INDBERETNING AF FYSIO- OG ERGOTERAPEUTISKE YDELSER	62
11. FØDSLER, ABORTER OG MISDANNELSER	65
FØDSLER	65
PROVOKEREDE ABORTER	69
MISDANNELSER	69
REGISTRERING AF TILLÆGSKODE FOR SVANGERSKABSLÆNGDE	70
12. LOVPLIGTIG ANMELDELSE AF KRÆFTSYGDOMME TIL CANCERREGISTERET	72
STADIUM	82
OPLYSNINGER OM PRIMÆRTUMOR	83
OPLYSNINGER OM REGIONALE METASTASER	84
DIAGNOSEGRUNDLAG	86
LATERALITET	86
ANATOMISK LOKALISATION	87
13. DATA TIL BRUG FOR KVALITETSMÅLING	90
14. DEFINITIONER TIL PATIENTREGISTRERING.	94
TEKNISK DEL	106
1. TEKNISK BESKRIVELSE FOR INDBERETNING TIL LPR	107
2. OVERSIGT OVER DATA DER INDGÅR I REGISTRERINGEN	108
3. DATABESKRIVELSER	110
4. FEJLSØGNING	136
VALIDERINGER FOR DE ENKELTE FELTER	136
VALIDERINGER PR. OMRÅDE	147
INDBERETNING TIL LPR	161
STRUKTUROVERSIGT	166
EKSEMPLER PÅ INDBERETNINGSRECORDS	169
DETALJERET INDHOLD AF STRUKTUR	174
STIKORDSREGISTER	178

1. Indledning

Baggrund for publikationen

”Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2004” (Fællesindholdet) udgives af Sundhedsstyrelsen. 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. Fællesindholdet indeholder henholdsvis vejledning og regler for indberetning af data til Landspatientregisteret.

Kravene til indberetningen til Landspatientregisteret vedtages af ”Koordinationsgruppen for individbaseret registrering”. Gruppens medlemmer er udpeget af de enkelte amter, som hver har en repræsentant. Desuden har Hovedstadens Sygehusfællesskab, Demografisk Institut i Århus, Amtsrådsforeningen, Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen repræsentanter i gruppen.

Fællesindhold

Ved fastlæggelse af Fællesindhold 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 dets 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.

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 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 arbejdslettelse på sygehusene, men også et væsentligt bedre grundlag for sygehusstatistikken, som i højere grad end tidligere kan anvendes i sundhedsplanlægningen og den løbende administration. LPR har tillige betydet, at medicinske forskningsprojekter kan baseres på 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.

Patientregistreringen med fællesindhold har muliggjort opgørelser af kommunernes sygehusforbrug baseret på oplysninger om den enkelte patients bopælskommune til supplerung af 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 indvidbaserede 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 få mere udbredt og direkte anvendelse i kvalitetsarbejdet.

Bogens opbygning

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

Bilag med kodelister kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside:

www.sst.dk/informatik_og_sundhedsdata/patientregistrering/suppl_kodelister.aspx

På www.sst.dk findes også vejledning og kodelister vedrørende obligatorisk procedureregistrering til anvendelse i forbindelse med DRG.

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.

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

Ændrede krav til indberetning for 2004

I forhold til 2003-udgaven af ”Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter” (12. udgave af rapport nr. 6) er der tale om ændringer vedrørende:

- **Nye regler for ventetidsregistrering.**
Det er et problem, at der traditionelt har været sat lighedstegn mellem henvisningsperiode og ventetid. Med den nye ventetidsregistrering bliver det muligt at indberette patientens korrekte ventetid.
- **Passiv ventetid udgår.**
Som konsekvens af de nye regler for ventetidsregistrering, afskaffes indberetningerne af passiv ventetid samt datoerne for forundersøgelse og endelig behandling.
- **Henvisningsmåde og afslutningsmåde er ændret.**
Som et element i den ændrede ventetidsregistrering, indgår registrering af henvisende sygehusafdeling, og dette har medført reduktion i værdisættet for variabelen Henvisningsmåde og da værdisættet også anvendes i forbindelse med Afslutningsmåde, ændres disse tilsvarende.
- **Ukendt/uoplyst fjernet fra henvisnings-/indlæggelses-/afslutningsmåde.**
Mulighed for at kunne anvende ukendt og uoplyst fjernes fra henvisnings-/indlæggelses-/afslutningsmåde.
- **Registrering af afslået behandlingstilbud.**
Ved registrering af afslået behandlingstilbud er det ikke mere obligatorisk at indberette sygehusafsnit. Det er tilstrækkeligt med en dato.

- **Udvidet cancerindberetning.**
Fra 1. januar 2004 vil al blanketanmeldelse til Cancerregisteret udgå og indhentning af cancerdata vil foregå elektronisk. For stadig at kunne indhente oplysninger i samme omfang som ved den nuværende anmeldelsesmåde, bliver det nødvendigt at supplere de allerede eksisterende oplysninger i LPR med flere tillægskoder.
- **Indberetning af Fysioterapi/Ergoterapi-ydelser.**
Det er obligatorisk at indberette udførte ydelser fra fysioterapeuterne og ergoterapeuterne.
- **Diagnosearten "G" grundmorbus udgår.**
Diagnosearten "G" grundmorbus for psykiatriske diagnoser udgår.
- **Udvidet fødselsindberetning.**
De obligatoriske obstetriske fødselsoplysninger er blevet udvidet med procedureindberetning. Moderens højde og vægt indberettes som procedurer med resultatet som tillægskode. For barnet indberettes pH og base-excess fra navlesnorsblod på samme måde, hvis de måles.
- **Procedure art "V" udgår.**
Fra 1. januar 2004 valideres der ikke for kodearten "V" ved indberetningen af operationer til LPR, og fra 1. januar 2005 udgår procedurearten "V".
- **Udvidet indberetning i forbindelse med kunstig befrugtning (IVF)**
Fra 1. april 2004 dannes IVF-registeret på baggrund af elektronisk indberettede data. En nærmere beskrivelse vil i marts måned 2004 kunne findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, www.sst.dk under IVF-registeret.
- Vi gør opmærksom på, at der er udviklet nye tillægsklassifikationer som kan anvendes i forbindelse med anatomi og morfologi

Vejledningsdel

2. Kontaktmodellen

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

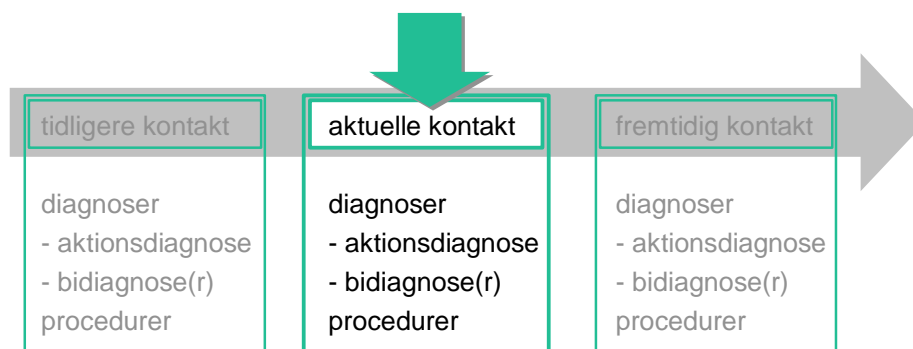
1. en indlæggelse
2. en ambulant kontakt (både besøg og ydelser)
3. et skadestuebesøg

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

Til alle kontakter er der desuden krav om diagnose- og procedureregistrering – forståelsen og brugen af kontaktbegrebet er en *forudsætning* for korrekt diagnose- og procedureregistrering.

Patientkontakt-begrebet 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 efterambulante besøg bliver til i alt 3 kontakter i LPR.



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

Én sammenhængende ”ambulant kontakt” kan strække sig over lang tid. Aktionsdiagnosen (og eventuelle bidiagnoser) på denne kontakt skal til enhver tid være dækkende for hele kontakten. I LPR ses kun den sidst indberettede aktionsdiagnose.

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

De ”**relevante bidiagnoser**” supplerer ud fra en *klinisk synsvinkel* aktionsdiagnosens beskrivelse af kontakten - ikke forløbet, kun kontakten. Heri indregnes tilgrundliggende (kronisk) sygdom, hvis denne har en klinisk eller ressource-mæssig betydning på kontakten.

De **operationer** og **andre procedurer** (kun krav om indberetning på enkelte områder), der udføres i forhold til og inden for kontaktens tidsudstrækning, skal registreres og indberettes på kontakten. Det gælder også eventuelle **assistancer** - dvs. procedurer ydet af en anden afdeling end stamafdelingen som led i udredning, behandling og kontrol af patienten i den aktuelle kontakt.

Eksempler er plasmaferese, dialyse, respiratorbehandling og i visse tilfælde cancerbehandling. De fleste assistancer registreres i praksis af producenten.

Værdisæt

Ved beskrivelse af de enkelte registreringer er medtaget et værdisæt som en hjælp til brugerne.

Nogle steder er der faste felter med veldefinerede ”småkoder”, og andre steder anvendes SKS-koder. SKS står for ”Sundhedsvæsenets Klassifikationssystem”, og koderne kan ses i SKS-browseren på www.sst.dk/informatik_og_sundhedsdata/klassifikationer_og_terminologi.aspx SKS-koder er officielle koder registreret i Sundhedsstyrelsen og inddelt i hovedgrupper. Til diagnoseregistrering anvendes fx hovedgruppe ”D”. Til procedureregistrering er der flere muligheder - hovedgruppe ”B” for behandlinger, hovedgruppe ”K” for operationer, hovedgruppe ”U” og ”ZZ” for undersøgelser og for enkelte administrative procedurer hovedgruppe ”A”.

Arbejdsgange

Det er afgørende for datakvaliteten, at der er rationelle arbejdsgange imellem lægens diktering af afsluttende 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...."; "Vigtigste operation er" osv.

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

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

3. Henvisningsperiode og venteperiode

Fra 1. januar 2004 er der ændrede krav om indberetning af ventetider til LPR. Oplysningerne gælder især forudgående henvisninger, der sammen med den efterfølgende ambulante eller indlagte kontakt skal indberettes til LPR.

”Ventetid” skal ses ud fra patientens synsvinkel. De nye krav betyder, at der udover henvisningsdato skal indberettes en ventestatus med start- og sluttidspunkt.

Begreber og definitioner

Henvisning	Anmodning fra en henvisende instans til et afsnit/sygehus 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
Venteperiode	Aktiv ventetid fra henvisningsdato til dato for udredning eller behandling
Ventestatus	Angivelse af om patienten er ventende eller ej <i>Vedr. de særlige forhold ved ventetid inden for en ambulant kontakt – se under afsnittet ”ventestatus”</i>
Venteforløb	Patientens samlede venteperioder indenfor ét sygdomsforløb. <i>Inkluderer evt. ventetid til assistancedyelse, hvor videre ambulant udredning og behandling må afvente assistancen.</i>
Udredning	Indledende afklaring af, hvilke undersøgelser og behandlinger, der videre skal ske.
Behandling	Klinisk intervention med et kurativt eller palliativt sigte

Venteperiode og henvisningsperiode

Alle venteperioder starter med en henvisning (der kan også være perioder med aktiv ventetid inden for en ambulant kontakt, uden at der er tale om ”henvisning”) – men ikke alle henvisninger skal betragtes som starten på en venteperiode! Fx skal en henvisning til planlagt kontrol om 3 måneder, ikke starte venteperiode, da perioden fra henvisning til kontrol på forhånd er planlagt og aftalt med patienten.

Ventestatus

Registrering af ventestatus omfatter såvel perioder med aktiv ventetid som perioder, hvor patienten ikke venter. Ventestatus indberettes med start og slut tidspunkt. Der skal altid være registreret en ventestatus når patienten har en henvisning, dette gælder uanset om:

Henvisningen er den første i et sygdomsforløb eller hvis henvisningen oprettes i løbet af et sygdomsforløb fx hvis der er ventetid til behandling under indlæggelse.

Ventestatus kan fortsætte i den ambulante kontakt. Hvis patienten skal udredes og efterfølgende skal behandles ambulant i samme ambulatorium, anvendes ventestatus ”under udredning”. Når der er taget stilling til behandling anvendes ventestatus ”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 status.

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 behandling. Når der er taget stilling til behandling, (beslutningstidspunktet) og der er ventetid til behandlingen, anvendes ventestatus ”venter på behandling”. Der må ikke være ”huller” i ventestatus. Før venteperioden til behandling anvendes ventestatus ”ikke ventende, under udredning” til angivelse af, at patienten *ikke* er ventende i perioden mellem de to aktive venteperioder. Tilsvarende kan ventestatus ”ikke ventende, under behandling” anvendes til markering af, at patienten *ikke* er ventende i behandlingsperioden, hvis der senere er en aktiv venteperiode.

Følgende ventestatus er mulige:

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	Ambulante patienter der venter på en undersøgelse eller anden ydelse på et andet afsnit, fx MR-undersøgelse på røntgenafsnittet og udredningen eller behandling ikke kan fortsætte før denne assistance.

Kode	Kodetekst	Bemærkninger
21	Ikke ventende, til udredning/behandling	For patienter, der afventer at blive klar til behandling for fx grå stær eller sterilisation, kan denne ventestatus anvendes i perioden for behandlings modning eller betænkningstid.
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 af private årsager (ferie, arbejde m.m.) ikke ønsker undersøgelse/behandling i en given periode.
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 – se afsnittet ”Ventestatus”

Vejledning til registrering

Henvisningsdato til behandling

Er patienten blevet udredt og det besluttet at behandlingen skal foretages under indlæggelse, oprettes en henvisning til behandling på sengeafsnittet. Henvisningsdatoen er den dato hvor behandlingen besluttet og **ikke** den oprindelige henvisningsdato.

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 og efterfølgende venter på behandling på et andet afsnit, skal kontakten på første afsnit afsluttes med afslutningsmåde G ”Afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb” 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 behandlingen kan ses i statistikkerne.

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 dato for modtagelse af henvisningen på den nye sygehus/afsnit indberettes med ventestatus ”Ventende, omvisiteret fra andet afsnit”

Hvis patienten derimod først har haft **et besøg** på det første afsnit inden henvisning ”omvisiteres”, anvendes henvisningsdato lig med modtagelsesdatoen af henvisningen på næste afsnit, idet det er at betragte som en ny henvisnings- og venteperiode. Henvisningen afsluttes på første afsnit med afslutningsmåden G ”Afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb”, og oprettes på det nye afsnit med henvisningsmåden G ”Henvist fra sygehusafsnit, venteforløb”.

Behandlingsmodning

I henvisningsperioden indberettes ventetiden som alle øvrige ventende patienter og når patienten møder første gang skiftes ventestatus til ”Ikke ventende, under udredning”. Når udredningen er slut og patienter afventer behandlingsmodning eller der er en betænkningstid, skal ventetiden indberettes med ventestatus ”Ikke ventende, til udredning/behandling”. Er der efterfølgende en ventetid til behandlingen, indberettes denne med ventestatus ”Ventende på behandling”.

Gravide

For gravide patienter, der henvises til ambulante svangerskabskontrol, oprettes henvisning med ventestatus ”Ikke ventende, til kontrol”, og patienten indskrives ambulant 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 ”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 ”Ikke ventende, til udredning/behandling”.

Kontrolpatienter

For kontrolpatienter oprettes en henvisning med ventestatus ”Ikke ventende, til kontrol”, med mindre patienten allerede er indskrevet ambulant. Kontrolpatienter skal indskrives ambulant ved afslutning af indlæggelsen. Skal kontrollen foregå på andet afsnit oprettes en henvisning med ventestatus ”Ikke ventende, til kontrol”, og patienten indskrives ambulant ved første besøg.

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

Ventetid på grund af andet afsnit

Hvis videre ambulant udredning eller behandling i en periode ikke kan ske pga. ventetid til ydelse (assistance) fra andet afsnit, skal ventestatus "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 andet i denne venteperioden.

Afslået behandlingstilbud

Er der mere end 2 måneders ventetid på behandling på det sygehus henvisningen er sendt til, skal patienten tilbydes behandling på andet sygehus. Hvis patienten afslår tilbudet skal datoen for afslaget indberettes til LPR.

Mange sygehuse sender brev 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.

Oplysninger med relation til henvisningsperioder og venteperioder, der skal indberettes sammen med en indlagt eller ambulant kontakt:

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 fra hvilken instans patienten er henvist.
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 Sygehusklassifikationen

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 anden sygehus/afdeling.

Værdisæt: Valid dato

Afslutningsmåde

Angivelse af til 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

Afsluttet til sygehusafsnit

Ved afslutningsmåde F og G angives hvilket sengeafsnit eller ambulatorium patienten afsluttes til.

Værdisæt: 7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen

Procedurer i henvisningsperioden

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

4. Indlagte patienter

Indlagt patient	Patienttype for patient, der er indskrevet på et sengeafsnit og optager en normeret sengeplads
Indlæggelseskontakt	Kontakt med et sengeafsnit som stamafsnit med anvendelse af normeret sengeplads
Indlæggelsesmåde	Angivelse af prioritet for start af indlæggelseskontakt
Indlæggelsesperiode	Periode fra indlæggelsesdato til udskrivningsdato
Orlov	Aftale mellem stamafsnittet og en indlagt patient om, at patienten kan forlade sygehuset for et kortere tidsrum

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

En indlagt patient har en indlæggelseskontakt, som omfatter sengedage fra indlæggelsesdato til udskrivningsdato.

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

For somatiske afdelinger sker indberetning til LPR ved udskrivningen. For indlagte patienter på psykiatriske afdelinger sker indberetningen løbende eller mindst én gang om måneden.

Raske ledsagere

Raske personer, der ledsager syg person, indberettes ikke til LPR (DZ763 "Rask ledsager" eller DZ763B "Rask nyfødt").

Hotelpatienter

Hotelpatienter regnes normalt som ambulante patienter, men hvis patienten er indlagt på patienthotellet, skal sengepladsen indgå som en del af stamafdelingens normerede senge. Dette meddeles til Sundhedsstatistikken i Sundhedsstyrelsen.

Oplysninger om indlagte somatiske patienter, der medtages ved indberetning til LPR:

Sygehusnummer	Nummeret for sygehuset, hvor patienten er under behandling. <i>Værdisæt: 4-cifret kode fra Sygehusklassifikationen</i>
Afsnitsnummer	Nummeret for det sengeafsnit, der er patientens stamafsnit. <i>Værdisæt: 7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen</i>
Patienttype	Angivelse af en patients administrative relation til sygehuset. <i>Værdisæt: 0 = indlagt patient</i>
Personnummer	<p>Personidentifikation. For patienter, der har fået tildelt et dansk CPR-nummer, anvendes dette som personnummer, uanset om patienten har fast bopæl i udlandet. 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: Dansk CPR-nummer eller erstatnings CPR-nummer på 10 karakterer.</i></p> <p><i>Erstatningsnumre har følgende opbygning:</i></p> <p><i>Pos. 1-6 Valid dato: DDMMÅÅ</i></p> <p><i>Pos. 7 Århundredeskiller:</i> <i>0 = pt. født 1900-1999</i> <i>5 = pt. født før 1900</i> <i>6 = pt. født efter 1999</i></p> <p><i>Pos. 8-9 Valgfrie bogstaver: A-Z</i></p> <p><i>Pos. 10 Lige tal for kvinder</i> <i>Ulige tal for mænd</i></p>
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>

Kommunekode	Patientens bopælskommune. <i>Værdisæt: 3-cifret gældende kommunekode.</i> <i>Kan ses i Sygehusklassifikationen.</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 fra hvilken instans patienten er henvist. <i>Værdisæt:</i> <i>0 = Ingen henvisning</i> <i>1 = Alment praktiserende læge</i> <i>2 = Praktiserende speciallæge</i> <i>8 = Herfødt</i> <i>A = Andet</i> <i>E = Udlandet (Kun patienter, der direkte henvises fra udlandet)</i> <i>F = Henvist fra sygehusafsnit</i> <i>G = Henvist fra sygehusafsnit, venteforløb</i>
Henvist fra sygehusafsnit	Ved henvisningsmåde F og G angives hvilket afsnit patienten er henvist fra. <i>Værdisæt:</i> <i>7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen</i>
Indlæggelsesmåde	Angivelse af prioritet for kontaktstart. <i>Værdisæt:</i> <i>1 = Akut</i> <i>2 = Planlagt</i>
Slutdato	Dato for afslutning af indlæggelseskontakt. <i>Værdisæt: Valid dato</i>
Udskrivningstime	Klokkeslæt i hele timer for afslutning af indlæggelseskontakt. <i>Værdisæt: 00-23</i>
Afslutningsmåde	Angivelse af til hvilken instans patienten afsluttes til. <i>Værdisæt:</i> <i>1 = Alment praktiserende læge</i> <i>2 = Praktiserende speciallæge</i> <i>8 = Død</i>

A = Andet

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

F = Afsluttet til sygehusafsnit

G = Afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb

Afsluttet til sygehusafsnit

Ved afslutningsmåde F og G angives hvilket afsnit patienten afsluttes til.

Værdisæt: 7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen

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.

Indberettes ved skadesregistrering ved aktionsdiagnose i intervallet DS00 - DT799. Se kapitlet om skadestuepatient.

Diagnoser

For alle indlagte patienter skal der som minimum registreres en aktionsdiagnose. Der kan desuden indberettes bidiagnoser. Se beskrivelse i kapitlet om diagnoseregistrering.

Procedurer

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

Alle andre procedurer **kan** indberettes.

Specielle regler for indlagte psykiatriske patienter:

Indlæggelsesvilkår Angivelse af de juridisk-administrative forhold ved indlæggelse af en psykiatrisk patient.

Værdisæt:

1 = Almindelig frivillig

2 = Tvang (rød blanket)

3 = Tvang (gul blanket)

4 = Andre retslige forhold

6 = Barn indlagt efter Lov om social service § 42

- Afslutningsmåde** Angivelse af til hvilken instans patienten afsluttes til. Udover værdisættet for somatiske patienter er det for psykiatriske patienter også muligt at angive:
4 = Ingen lægelig opfølgning
- Kontaktårsag** Overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset.
Registreres ved skader på indlagte patienter, men er fakultativ at indberette for de psykiatriske afdelinger

Registrering af selvmord på indlagte psykiatriske patienter sker via diagnosekodning, hvor aktionsdiagnose skal være fra kodeintervallet DX60* - DX84* eller en kode fra DF-kapitlet. Se mere i afsnittet vedrørende selvmord.

5. Ambulante patienter

Ambulant patient	Patienttype for patient, der er indskrevet i et ambulatorium
Ambulant kontakt	Kontakt med et ambulatorieafsnit som stamafsnit
Ambulant ydelse	Ydelse givet til en ambulant patient <i>Omfatter:</i> - ydelser produceret af stamafsnittet - assistancer produceret af andre kliniske afsnit - assistanceydelser produceret af serviceafsnit
Ambulant besøg	En ambulants patients fremmøde på stamafsnit

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 andre afsnit (assistancer). Se også afsnittet ”ambulante ydelser” i procedurekapitlet.

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

En ambulant kontakt omfatter alle patientens ambulante besøg og assistancer. Besøg angives med dato samt evt. de ydelser, patienten har modtaget. (Alle ambulante besøg indberettes med eller uden ydelser - antallet af ydelser er ubegrænset).

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 ydelserne markeres med tillægskode for personalekategori (AP*).

Fra 1. januar 2004 indgår også ambulante ydelser fra fysio- og ergoterapeuter i indberetningen. De ambulante besøg hos fysio- og ergoterapeuter indgår ikke i statistikkerne. Der ses alene på de udførte ydelser, og der skal derfor ved hvert ambulant besøg altid registreres mindst én klinisk procedure. Se afsnit vedrørende indberetning af fysio- og ergoterapeutiske ydelser i procedurekapitlet.

Hjemmebesøg

Hjemmebesøg	En klinisk persons besøg i patientens hjem
-------------	--

Hjemmebesøg inkluderer andet sted (fx institution, plejehjem, hospice), hvor patienten bor eller skal bo i fremtiden. Hjemmebesøg skal indberettes med en besøgsdato samt en obligatorisk procedurekode: AAF6 "Hjemmebesøg". Denne kode skal bruges af alle klinisk faggrupper. Udførte kliniske ydelser kan indberettes med separate ydelseskoder.

Hotelpatient

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 indberettes som særskilte ambulante kontakter. Dette gælder dog ikke for patienter indskrevet som indlagte på et klinisk stamafsnit med adresse-afsnit på patienthotellet.

De ydelser patienten modtager indberettes som ydelser knyttet til stamafsnittets kontakt.

Hvis der foregår overvågning af patienter på hotel, skal sengepladserne indgå som en del af stamafdelingens normerede senge, og dermed meddeles til Sundhedsstatistikken i Sundhedsstyrelsen.

Samtlige ambulante kontakter inkl. de uafsluttede - fra somatiske afdelinger - indberettes månedligt - den 10. i efterfølgende måned.

Oplysninger som medtages ved indberetning af ambulante somatiske patienter

Sygehusnummer Nummeret for sygehuset, hvor patienten er under behandling.
Værdisæt: 4-cifret kode fra Sygehusklassifikationen

Afsnitsnummer Nummeret for det ambulatorium, hvor patienten er i behandling
Værdisæt: 7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen

Patienttype	Angivelse af en patients administrative relation til sygehuset <i>Værdisæt: 2 = ambulat patient</i>
Personnummer	Personidentifikation. For patienter, der har fået tildelt et dansk CPR-nummer, anvendes dette som personnummer, uanset om patienten har fast bopæl i udlandet. Hvis det danske CPR-nummer ikke foreligger ved kontaktens start benyttes et erstatningsnummer, som udskiftes med CPR-nummeret, når dette foreligger og senest inden indberetning til LPR. <i>Værdisæt: Dansk CPR-nummer eller erstatnings CPR-nummer på 10 karakterer.</i> <i>Erstatningsnumre har følgende opbygning:</i> <i>Pos. 1-6 Valid dato: DDMMÅÅ</i> <i>Pos. 7 Århundredeskiller:</i> <i>0 = pt. født 1900-1999</i> <i>5 = pt. født før 1900</i> <i>6 = pt. født efter 1999</i> <i>Pos. 8-9 Valgfrie bogstaver: A-Z</i> <i>Pos. 10 Lige tal for kvinder</i> <i>Ulige tal for mænd</i>
Startdato	Dato for påbegyndelse af en ambulat kontakt. <i>Værdisæt: Valid dato</i>
Kommunekode	Patientens bopælskommune. <i>Værdisæt: 3-cifret gældende kommunekode.</i> <i>Kan ses i Sygehusklassifikationen</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 fra hvilken instans patienten er henvist. <i>Værdisæt:</i> <i>0 = Ingen henvisning</i> <i>1 = Alment praktiserende læge</i> <i>2 = Praktiserende speciallæge</i>

A = Andet

E = Udlandet (Kun patienter, der direkte henvises fra udlandet)

F = Henvist fra sygehusafsnit

G = Henvist fra sygehusafsnit, venteforløb

Henvist fra sygehusafsnit

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

Værdisæt: 7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen

Besøgsdato

Dato for ambulant besøg (eller dato for hjemmebesøg)

Værdisæt: Valid dato

Dato for afslået tilbud

Dato for afslået tilbud om behandling i andet sygehusafsnit.

Værdisæt: Valid dato

Den 10. i hver måned indberettes de uafsluttede ambulante kontakter med diagnose- og procedureregistrering til LPR. Se reglerne for diagnoser og procedurer nedenstående.

Ved afslutning af ambulant kontakt tilføjes:

Slutdato

Dato for afslutning af ambulant kontakt.

Værdisæt: Valid dato

Afslutningsmåde

Angivelse af til 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

Afsluttet til sygehusafsnit

Ved afslutningsmåde F og G angives hvilket afsnit patienten afsluttes til.

Værdisæt:

7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen

Diagnoser

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

I de tilfælde hvor det kan være vanskeligt at fastlægge en aktionsdiagnose, er det 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 kapitlet om diagnoseregistrering.

Procedurer

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

Alle andre procedurer **kan** indberettes.

Specielle regler for ambulante psykiatriske patienter:

Den eneste oplysning, der afviger fra indberetning af somatiske patienter, er at det er tilladt at bruge afslutningsmåde 4 = Ingen lægelig opfølgning.

6. Psykiatri

LPR skal omfatte samtlige afsluttede psykiatriske patienter - og mindst 1 gang hver måned indberettes også alle de uafsluttede indlagte og ambulante patienter.

Registrering og indberetning af data for psykiatriske patienter er i vid udstrækning identisk med den indberetning, der foretages for somatiske patienter. I dette afsnit beskrives kun de oplysninger, der afviger fra somatikken. I afsnittene om indlagte, ambulante patienter og skadestuepatienter ses de generelle regler for indberetning og i hvert afsnit er de særlige regler for psykiatrien også beskrevet.

For psykiatriske patienter er der begrænsning for hvilke diagnoser, der må anvendes som aktionsdiagnose. Der gælder særlige regler i forbindelse med diagnosekodning. Senest 31.12 hvert år skal der registreres en aktionsdiagnose, som er indeholdt i listen over tilladte psykiatriske diagnoser.

Følgende diagnoseliste er vedtaget:

DF000 - DF999	Psykiatriske diagnoser (kapitel V i ”Klassifikation af Sygdomme”)
DZ004	Psykiatrisk undersøgelse, ikke klassificeret andetsteds
DZ032	Obs pga. mistanke om mentale eller adfærdsmæssige forstyrrelser (ej befundet)
DZ038	Observation på mistanke om andre sygd/tilstande (ej befundet)
DZ039	Observation på mistanke om ikke specific. sygd/tilstand (ej befundet)
DZ046	Psykiatrisk undersøgelse, begæret af myndigheder
DZ0460	Retspsykiatrisk observation
DZ0461	Dom til psykiatrisk behandling
DZ0462	Dom til psykiatrisk anbringelse
DZ0463	Civilretslig psykiatrisk undersøgelse
DZ0464	Socialretslig psykiatrisk undersøgelse
DZ0468	Anden retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning
DZ0469	Retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning u. specifikation
DZ700 - DZ709	Seksualrådgivning
DZ710	Person i konsultation på anden persons vegne
DZ711	Bekymring for sygdom hos rask person
DZ714	Behov for rådgivning og kontrol ved alkoholmisbrug
DZ715	Behov for rådgivning og kontrol ved medicinmisbrug
DZ716	Behov for rådgivning og kontrol ved tobaksmisbrug
DZ718	Behov for anden specificeret rådgivning
DZ719	Behov for rådgivning uden specifikation

DZ749	”Causa socialis”
DZ763	Rask ledsager (indberettes ikke til LPR)
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	Anamnese med psykisk traume, ikke klassificeret andetsteds
DX600 - DY099	Tilsigtet selvbeskadigelse, overfald og mishandling

Det er obligatorisk at indberette elektrochokbehandling for alle psykiatriske patienter. Der findes følgende SKS-koder for elektrochokbehandling:

BRXA1*	ECT-behandling (uden tvang)
BRTB1*	Tvangsbehandling med ECT

Elektrochok registreres med 1 procedurekode for hver enkelt ”fraktion”. Den samlede behandling (behandlingsserie) vil vise sig som et antal registrerede procedurekoder - en for hver behandlingsdag. Procedurekoderne indgår i ”Procedurekatalog for psykiatrien”, der kan ses på www.sst.dk/informatik_og_sundhedsdata/patientregistrering.aspx.

Der henvises også til bogen ”Psykiatriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser” udgivet af Munksgaard, der indeholder definitioner på de enkelte psykiatriske diagnoser samt en registreringsvejledning.

Indlagt psykiatrisk patient

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

Indlæggelsesvilkår	Angivelse af de juridisk-administrative forhold ved indlæggelse af en psykiatrisk patient. <i>Værdisæt:</i> 1 = Almindelig frivillig 2 = Tvang (rød blanket) 3 = Tvang (gul blanket) 4 = Andre retslige forhold 6 = Barn indlagt efter Lov om social service § 42
---------------------------	---

Afslutningsmåde Angivelse af til hvilken instans patienten afsluttes til.
4 = *Ingen lægelig opfølgning*

Kontaktårsag Overordnet angivelse af baggrunden for patientens
kontakt til sygehuset.
Er fakultativ at indberette for de psykiatriske afdelinger

Registrering af selvmord på indlagte psykiatriske patienter sker via diagnosekodning, hvor aktionsdiagnose skal være fra kodeintervallet DX60* - DX84* eller en kode fra DF-kapitlet.

Ambulant psykiatrisk patient

Der anvendes samme basisregistrering som for ambulante patienter på somatiske afdelinger. Registrering af ambulante psykiatriske patienter omfatter individuelle besøg, hvor der er en klinisk person til stede.

Den eneste oplysning, der afviger fra indberetning af somatiske patienter, er at det er tilladt at bruge afslutningsmåde 4 = Ingen lægelig opfølgning.

Psykiatrisk skadestuepatient

Der anvendes samme basisregistrering for psykiatriske skadestuepatienter som for somatiske. Derudover er der særlige regler for psykiatriske skadestuepatienter i forbindelse med registreringen ved selvmord og selvmordsforsøg. Som aktionsdiagnose anvendes en kode fra listen over vedtagne diagnoser for psykiatriske patienter. Ved kontaktårsag 4 kan der registreres aktionsdiagnose i intervallet DX60* - DX84* samt alle diagnoser fra kapitel DF*. Også for psykiatriske skadestuepatienter er det tilladt at bruge afslutningsmåde 4 = Ingen lægelig opfølgning.

7. Skadestuepatienter

Skadestuepatient	Patienttype for patient, der er indskrevet på et skadestueafsnit
Skadestuekontakt	Kontakt med et skadestueafsnit som stamafsnit

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

Ethvert fremmøde eller besøg på en skadestue registreres som en selvstændig afsluttet kontakt.

Ulykkes- og skadesregistrering for skadestuepatienter beskrives nærmere i næste kapitel.

Oplysninger som skal indberettes for en skadestuepatient:

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

	<i>Pos. 7</i> <i>Århundredeskiller:</i> <i>0 = pt. født 1900-1999</i> <i>5 = pt. født før 1900</i> <i>6 = pt. født efter 1999</i>
	<i>Pos. 8-9</i> <i>Valgfrie bogstaver: A-Z</i>
	<i>Pos. 10</i> <i>Lige tal for kvinder</i> <i>Ulige tal for mænd</i>
Startdato	Dato for ankomst til skadestue. <i>Værdisæt: Valid dato</i>
Time for ankomst til skadestue	Klokkeslæt i hele timer for ankomst til skadestue. <i>Værdisæt: 00-23</i>
Minut for ankomst til skadestue	Klokkeslæt i minutter for ankomst til skadestue. <i>Værdisæt: 00-59</i>
Kommunekode	Patientens bopælskommune. <i>Værdisæt: 3-cifret gældende kommunekode.</i> <i>Kan ses i Sygehusklassifikationen.</i>
Afslutningsmåde	Angivelse af, hvortil patienten er afsluttet. <i>Værdisæt:</i> <i>1 = Alment praktiserende læge</i> <i>2 = Praktiserende speciallæge</i> <i>8 = Død</i> <i>A = Andet</i> <i>E = Udlandet (Kun hvor sygehuset beslutter behandling i udlandet)</i> <i>F = Afsluttet til sygehusafsnit</i>
Afsluttet til sygehusafsnit	Angivelse af, hvilket afsnit patienten afsluttes til. <i>Værdisæt: 7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen</i>
Kontaktårsag	Overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset. Kontaktårsagskode skal altid registreres på en skadestue.

Se yderligere beskrivelse i næste kapitel om skader, ulykker og forgiftninger.

Værdisæt:

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

2 = ulykke

3 = voldshandling

4 = selvmord/selvordsforsøg

5 = senfølge

8 = andet

9 = ukendt/uoplyst

Diagnoser

For skadestuepatienter skal aktionsdiagnosen være på minimum 4 karakterer. Kun ved forgiftninger skal aktionsdiagnosen være på det højeste detaljeringsniveau.

For somatiske skadestuepatienter skal der ved registrering af kontaktårsag 2, 3 eller 4 være en diagnose i intervallerne DR00 - DR999, DS00 - DT799 eller DZ00 - DZ999.

Procedurer

Det er obligatorisk at indberette alle radiologiske procedurer. Indberetning af operationer og andre procedurer foretaget i skadestuen er fakultativ.

Specielle regler for psykiatriske skadestuepatienter:

For psykiatriske skadestuepatienter anvendes en aktionsdiagnose fra listen over vedtagne diagnoser for psykiatriske patienter. Ved kontaktårsag 4 (selvmord/-selvmordsforsøg) kan der indberettes en diagnose i intervallet DX60* - DX84* samt alle diagnoser fra kapitel DF*.

8. Skader, ulykker og forgiftninger

Alle registreringer af skader og ulykker indebærer registrering af kontaktårsag. Kontaktårsag er en overordnet angivelse af patientens kontakt til sygehuset og skal altid registreres ved skadestuekontakter. Den er ”trigger” for den mere detaljerede skadesregistrering, og bruges derfor også ved registrering af skader på indlagte patienter. Til kontaktårsag 2, 3 og 4 knytter sig et værdisæt ifølge gældende ulykkesklassifikation. Det drejer sig om koder for skadessted, skadesmekanisme, aktivitet og køretøjsulykke (= ja/nej). Ved positivt udsagn for køretøjsulykke suppleres med angivelse af transportform for tilskadekomne og transportform for modpart. Se nedenstående figur 1.

Skadesindberetning for indlagte patienter

For indlagte patienter, hvor aktionsdiagnosen registreres som læsion, forgiftning eller andre følger af ydre påvirkning (DS00 - DT799), indberettes kontaktårsag og ulykkeskoder (dvs. sted-, skadesmekanisme- og aktivitetskoder). Det gælder ikke for komplikationer til lægelig behandling.

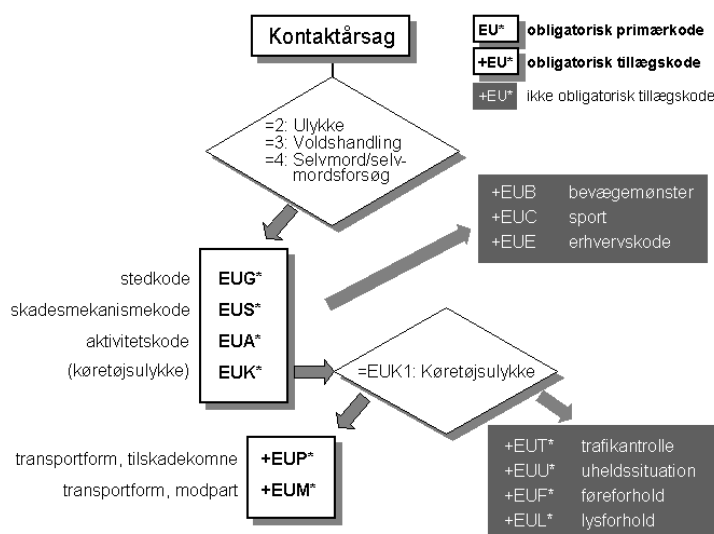
Skadesindberetning for skadestuepatienter

Ved registrering af skadestuepatienter skal der altid registreres kontaktårsag. Ved kontaktårsager 2 (ulykke), 3 (voldshandling) og 4 (selvmord/selv-mordsforsøg) skal der foretages skadesregistrering.

Ved kontaktårsag 2, 3 eller 4 skal der for somatiske skadestuepatienter være en diagnose i intervallerne DR00 - DR999, DS00 - DT799 eller DZ00 - DZ999.

For psykiatriske skadestuepatienter skal aktionsdiagnosen være fra listen over vedtagne psykiatriske aktionsdiagnoser. Ved kontaktårsag 4 (selvmord/selv-mordsforsøg) kan diagnosekoder fra intervallet DX60* - DX84* samt alle diagnoser fra kapitlet DF* også anvendes som aktionsdiagnose.

Til kontaktårsag 2, 3 og 4 knytter sig et værdisæt ifølge gældende ulykkesklassifikation. Det drejer sig om koder for skadessted, skadesmekanisme, aktivitet og køretøjsulykke (= ja/nej). Ved positivt udsagn for køretøjsulykke suppleres med angivelse af transportform for tilskadekomne og transportform for modpart. Se nedenstående figur.



Figur 1 Ulykkesregistrering på skadestuer

Værdisæt:

Stedkode

<i>EUG0</i>	<i>Transportområde</i>
<i>EUG1</i>	<i>Boligområde</i>
<i>EUG2</i>	<i>Produktions- og værkstedsområde</i>
<i>EUG3</i>	<i>Butiks-, handels- og liberalt erhvervsområde</i>
<i>EUG4</i>	<i>Skole-, offentligt administrations- og institutionsområde</i>
<i>EUG5</i>	<i>Idræts- og sportsområde</i>
<i>EUG6</i>	<i>Forlystelses- og parkområde</i>
<i>EUG7</i>	<i>Fri natur</i>
<i>EUG8</i>	<i>Hav og søområde</i>
<i>EUG9</i>	<i>Andet og ikke specificeret sted</i>

Skadesmekanismekode

<i>EUS0</i>	<i>Slag, stød på grund af fald på samme niveau</i>
<i>EUS1</i>	<i>Slag, stød på grund af fald på trappe eller til lavere niveau</i>
<i>EUS2</i>	<i>Slag, stød på grund af kontakt med anden genstand, person eller dyr</i>
<i>EUS3</i>	<i>Klemning, snit, stik</i>
<i>EUS4</i>	<i>Fremmedlegeme</i>
<i>EUS5</i>	<i>Kvælning</i>
<i>EUS6</i>	<i>Kemisk påvirkning</i>

<i>EUS7</i>	<i>Termisk, elektrisk, strålingspåvirkning</i>
<i>EUS8</i>	<i>Akut overbelastning af legeme/legemsdel</i>
<i>EUS9</i>	<i>Anden og ikke specificeret skadesmekanisme</i>

Aktivitetskode

<i>EUA1</i>	<i>Idræt, sport, motion</i>
<i>EUA2</i>	<i>Leg, hobby og anden fritidsvirksomhed</i>
<i>EUA3</i>	<i>Erhvervsarbejde</i>
<i>EUA4</i>	<i>Vitalaktivitet</i>
<i>EUA5</i>	<i>Ulønnet arbejde</i>
<i>EUA8</i>	<i>Anden aktivitet</i>
<i>EUA9</i>	<i>Ikke specificeret aktivitet</i>

Koder for køretøjsulykker

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

<i>EUK1</i>	<i>Køretøjsulykke</i>
<i>EUK2</i>	<i>Ikke køretøjsulykke</i>

Transportform, tilskadekomne

<i>EUP1</i>	<i>Til fods</i>
<i>EUP2</i>	<i>Cykel</i>
<i>EUP3</i>	<i>Knallert</i>
<i>EUP4</i>	<i>Motorcykel, scooter</i>
<i>EUP5</i>	<i>Personbil</i>
<i>EUP6</i>	<i>Varevogn</i>
<i>EUP7</i>	<i>Lastbil, bus m.m.</i>
<i>EUP8</i>	<i>Anden transportform, tilskadekomne</i>
<i>EUP9</i>	<i>Ikke specificeret transportform, tilskadekomne</i>

Transportform, modpart

<i>EUM0</i>	<i>Ingen modpart</i>
<i>EUM1</i>	<i>Til fods</i>
<i>EUM2</i>	<i>Cykel</i>
<i>EUM3</i>	<i>Knallert</i>
<i>EUM4</i>	<i>Motorcykel, scooter</i>
<i>EUM5</i>	<i>Personbil</i>
<i>EUM6</i>	<i>Varevogn</i>
<i>EUM7</i>	<i>Lastbil, bus m.m.</i>
<i>EUM8</i>	<i>Anden transportform, modpart</i>
<i>EUM9</i>	<i>Ikke specificeret transportform, modpart</i>

Kontaktårsager

	Kontaktårsag	Bemærkninger
1	Sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion	Langvarig legemsbeskadigelse, hvor der ikke er tale om egentlig ulykke - fx nedslidning. Forgiftning som følge af længerevarende eksposition (48 timer eller derover), eller hvor eksponering ikke er betinget af ulykkesomstændigheder. 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.
2	Ulykke	En ufrivillig hændelse karakteriseret ved en hurtigtvirkende kraft eller påvirkning, som kan ytre sig i form af skade på kroppen. Ulykke inkluderer: Akut legemlig overbelastning, fx forløftning, forvridding, træde galt. Forgiftning som følge af kortvarig eksposition (mindre end 48 timer), der er 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.
3	Voldshandling	Intenderet vold. Slagsmål, håndgemæng, mishandling.
4	Selv-mord/selv-mords forsøg	Selvtilføjet skade. Selvmutilation/villet egenskade.
5	Senfølge	Følge efter tidligere behandlet skade som følge af ulykke, voldshandling eller selvmordsforsøg.
8	Andet	
9	Ukendt/uoplyst	

Indberetning af selvmord/selvordsforsøg

Flere undersøgelser peger på en betydelig fejlregistrering af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. En korrekt registrering og indberetning af sygehuskontakter pga. selvmord/selvordsforsøg vil betyde et større datagrundlag til hjælp ved forebyggelse og give mulighed for at følge udviklingen i selvmordshandlinger og anden selvdestruktiv adfærd.

Registrering

Følgende registreringer foretages både for indlagte patienter og skadestuepatienter:

Kontaktårsag 4	Selvord/selvordsforsøg, som kræver registrering af yderligere oplysninger vedrørende sted, skadesmekanisme og aktivitet
Stedkode	EUG*
Skadesmekanismekode	EUS*
Aktivitetskode	EUA*

Involverer selvmordsforsøget/selvordet en køretøjsulykke skal der yderligere registreringer til.

Diagnose	For somatiske skadestuepatienter skal diagnosen være fra ét af intervallerne: DR00 - DR999, DS00 - DT799 eller DZ00 - DZ999. For indlagte patienter skal der være en aktionsdiagnose i intervallet DS00 - DT799. For psykiatriske skadestuepatienter skal aktionsdiagnosen være intervallet DX60* - DX84* eller fra diagnosekapitlet DF*.
Procedurer	På skadestuer er det kun obligatorisk at indberette radiologiske procedurer. For alle andre procedurer er indberetning fakultativ.

Forgiftning og bivirkninger

Ved kodning af forgiftninger må man være opmærksom på, at der i Sygdomsklassifikationen skelnes mellem (akutte) forgiftninger og sygdomme/symptomer, der er en følge af indtagelse af lægemidler eller andre stoffer - se nedenfor om bivirkninger.

Forgiftning er sidestillet med anden form for tilskadekomst og altså som et resultat af en "ydre årsag" - indtagelsen (tilsigtet el. ikke tilsigtet) af et giftigt stof. Hvis det er forgiftningen, der er årsag til kontakt og behandling, registreres denne som aktionsdiagnose.

Forgiftninger opstået som en skade, dvs. som følge af ulykke eller selvmord/selvmoedsforsøg, skal registreres med aktionsdiagnose fra intervallet DT36* - DT50*, når forgiftningerne er forårsaget af lægemidler eller biologiske stoffer. Det pågældende stof registreres som tillægskode til aktionsdiagnosen. Når der er tale om skadelige virkninger af ikke-medicinske stoffer anvendes diagnoser fra intervallet DT51* - DT65*.

Eksempler

(A)DT390 Forgiftning med svage smertestillende midler
(+)MN02BA01 acetylsalicylsyre

(A)DT510 Ethanolforgiftning

Denne registrering kan suppleres med bidiagnose(r) for diagnose eller symptom forårsaget af forgiftningen.

I den psykiatriske registrering ("Klassifikation af Sygdomme", kap. V) findes særlige koder for "intoksikation" som manifestation ved forgiftning.

Eksempler

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

(A)DF1150 Psykotisk tilstand opioidbetinget, skizofrenilignende
(+)DT406 Forgiftning med andre og uspecificerede narkotika og hallucinogener

Tillægskoden anvendes til at specificere det aktive stof, se også senere afsnit ("Forgiftningskoder for narkotika").

Lægemedelforgiftninger

Lægemedelforgiftninger er forgiftninger, der opstår ved tilsigtet eller utilsigtet indtagelse af lægemidler i doser, der overskrider de almindeligt anerkendte terapeutiske doser. Om bivirkninger ved terapeutisk anvendelse - se dette.

Til specifikation af diagnosekoderne DT36* - DT50 anvendes ATC-koder som tillægskoder, når der er tale om forgiftning med et eller flere kendte lægemidler, som er optaget i ATC-klassifikationen. Hvis lægemidlets ATC-kode ikke er kendt, angives et "9" i sidste position af diagnosekoden.

Eksempler

(A)DK257	Ulcus ventriculi chronicum uden blødning eller perforation
(+)MN02BA01	acetylsalicylsyre
(A)DI959	Hypotensio arterialis uden specifikation
(+)MC08CA01	amlodipin

For narkotiske stoffer, der ikke har en ATC-kode, anvendes i stedet forgiftningskoder som tillægskode.

Forgiftningskoder for narkotika

En del tilstande vil være forårsaget af stoffer, der ikke er lægemidler og derfor ikke findes i ATC-klassifikationen. I disse tilfælde specificeres med tillægskode fra intervallet DT40* eller DT43*

Det drejer sig følgende tilstande:

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
DF19*	Psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser som følge af brug af multiple og andre psykoaktive stoffer

Der valideres dog ikke for tillægskode til DF19*. Ved de øvrige diagnosegrupper er tillægskodning obligatorisk.

Afsnittene DT40* og DT43* omfatter følgende koder:

DT40 Forgiftning med narkotika, hallucinogener og stærke smertestillende

- DT400 Forgiftning med opium
- DT401 Forgiftning med heroin
- DT402 Forgiftning med andre opioider
- DT402A Forgiftning med kodein
- DT402B Forgiftning med morfin
- DT403 Forgiftning med metadon
- DT404 Forgiftning med andet syntetisk smertestillende middel
- DT404A Forgiftning med petidin
- DT405 Forgiftning med kokain
- DT406 Forgiftning med andre og uspecificerede narkotika og hallucinogener
- DT406W Forgiftning med narkotika uden specifikation
- DT407 Forgiftning med cannabis
- DT408 Forgiftning med LSD (lysergsyrediethylamid)
- DT409 Forgiftning med andre og uspecificerede psykodysleptika
- DT409A Forgiftning med euforiserede svampe
- DT409B Forgiftning med meskalin
- DT409C Forgiftning med psilocin
- DT409D Forgiftning med psilocybin
- DT409X Forgiftning, blandingsmisbrug uden specifikation
- DT409Z Forgiftning med psykodysleptikum 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 og neuroleptiske midler
- DT436 Forgiftning med psykostimulerende midler med misbrugspotentiale
- 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 eller som tillægskoder til specifikation af diagnose- eller symptomkoder. An-

vendelsen som tillægskoder svarer til anvendelsen af ATC-koder, som nævnt indledende i dette afsnit. Der bør altid registreres på højeste detaljeringsniveau. DT409*, DT436* og DT438* skal altid registreres med 6 karakterer.

Der gøres specielt opmærksom på, at SKS er udvidet og ændret i afsnittene DT40 og DT43* fra 1. januar 2004.*

Nye koder kan anvendes fra 1. januar 2004, se ovenstående tabel. De gamle koder vil blive lukket pr. 30. juni 2004.

Bivirkninger

Bivirkninger af lægemidler anvendt i terapeutiske doser betragtes ikke som ”forgiftninger” og registreres med diagnosekoder, der angiver bivirkningernes karakter - suppleret med ATC-tillægskode for lægemidlet, der har forårsaget bivirkningen.

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

9. Registrering af diagnoser

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

Der sker desuden en indberetning af registrerede diagnoser på åbne ambulante kontakter senest 1 måned efter 1. besøg. 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 klassifikationen med mere specificerede kodemuligheder. Disse kan ikke ses i bogudgaven. Den elektroniske version af klassifikationen er den officielle. Sygehusenes patientadministrative systemer bliver løbende opdateret med den aktuelle version, som også kan ses og hentes fra SKS-Browseren under

www.sst.dk/informatik_og_sundhedsdata/klassifikationer_og_terminologi/klassifikationer.aspx

Generelt er kravet til diagnoser fem positioner eller mere. Undtagelser er ”midlertidig diagnose” og ”henvisningsdiagnose”, der beskrives efterfølgende. For skadestuepatienter er dog kun de fire første positioner obligatoriske (inkl. ”D”). Lændediscusprolaps og forgiftninger med narkotiske stoffer skal kodes på højeste registreringsniveau.

Definitioner – diagnoseregistrering

Diagnosekode (diagnose)	Klassificeret betegnelse for en diagnose, der er optaget i gældende ”Klassifikation af sygdomme”.
Diagnoseart	Angivelse af den efterfølgende SKS-diagnosekodes registreringsmæssige betydning
Aktionsdiagnose - diagnoseart ”A”	Den diagnose, der ved afslutning af en <u>kontakt</u> bedst angiver den vigtigste tilstand, som kontakten drejede sig om.
Bidiagnose - diagnoseart ”B”	Diagnose, der supplerer beskrivelsen af den afsluttede <u>kontakt</u> .
Henvisningsdiagnose - diagnoseart ”H”	Diagnose, der angives af henvisende instans som årsag til henvisning.

Aktionsdiagnose, bidiagnoser og henvisningsdiagnose udgør diagnoseindberetningens primærkoder.

Midlertidig diagnose (arbejdsdiagnose) - diagnoseart ”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 (komplikation) - kodeart ”C”	Tilstand som er en utilsigtet følge af en procedure. Erstatter ikke registrering af kontaktens relevante aktions- og bidiagnoser.
---	--

Tillægskode - kodeart: (+)	SKS-kode, der supplerer primærkodens betydning. Se afs. om ”Tillægskodning”.
----------------------------	---

Primærkode: diagnose- eller procedurekode.

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

Diagnosearter

Diagnosearterne er defineret 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”.

Aktionsdiagnosen

Aktionsdiagnosen skal ideelt éntydigt 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 aktioneret 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.

Der henvises i øvrigt til Sundhedsstyrelsens generelle vejledningsmateriale.

Eksempler

Patient med prostatacancer indlagt til palliativ smertebehandling.

Smertes er aktionsdiagnose, canceren bidiagnose.

(A)DM545 Dolores lumbalis

(B)DC795B Neoplasma malignum ossis metastaticum

(B)DC619 Cancer prostatae

Patient med kendt malign blæresygdom indlagt og behandlet for hæmaturi.

(A)DR319A Makroskopisk hæmaturi

(B)DC679 Neoplasma malignum vesicae urinariae

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

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 ambulanskontakt, og som er den væsentligste årsag til det i kontakten gennemførte undersøgelses- og behandlingsprogram.

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

Kontaktens øvrige diagnoser registreres efterfølgende som bidiagnoser.

Som bidiagnoser kan tilstanden eventuelt beskrives yderligere med symptomdiagnoser som febris causae ignotae, urininkontinens, dolores dorsi, lipotymi o. lign. fra kap. XVIII i ”Klassifikation af sygdomme”.

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 kontaktårsager 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.

Relevante bidiagnoser

Kan ovennævnte beskrivelse ikke klares med aktionsdiagnosen alene, *skal* der suppleres med en eller flere relevante bidiagnoser - ”ikke mange - kun de få rigtige”. Det er 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.

De basale principper

For registreringen af diagnoser gælder følgende generelle regler:

- Som aktionsdiagnose anføres den diagnose, der har ført til indlæggelse, plejebenhov eller ambulant kontakt, og som er den væsentligste årsag til de gennemførte undersøgelses- og behandlingsprogrammer. Aktionsdiagnosen indberettes med diagnosearten ”A”.
- Ved konkurrerende diagnoser anføres den væsentligste som aktionsdiagnose. De øvrige diagnoser medtages altid efterfølgende som bidiagnoser, der indberettes med diagnoseart ”B”.
- Tilgrundliggende sygdom med klinisk betydning for den aktuelle kontakt registreres som bidiagnose.
- Kontaktens øvrige klinisk relevante diagnoser, herunder eventuelt symptomdiagnoser, kan anføres som bidiagnoser.

- Der må ikke være diagnoser for sygdomme, som patienten ikke har eller har haft i løbet af kontakten.
Dvs. *ikke* cancer, før sygdommen er endeligt verificeret - *ikke* cancer, når patienten er kurativt behandlet ved en tidligere kontakt.

Henvisningsdiagnose

Henvisningsdiagnosen er den diagnose, der er anført af den henvisende læge eller afdeling (skadestue) som årsag til henvisning.

Henvisningsdiagnosen giver mulighed for efterfølgende at analysere sammenhængen mellem henvisningsårsagen og afdelingens endelige diagnoser og ydelser.

Henvisningsdiagnosen skal have diagnoseart "H" og være på mindst 4 positioner (inkl. "D").

Midlertidige diagnoser

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

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

Komplikation

- ikke obligatorisk indberetning (kodeart "C")

En komplikation til en procedure er en tilstand hos patienten, som er en utilsigtet følge af en procedure, uanset 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.

Komplikationen kan klassificeres med en SKS-kode fra ICD-10, men registrering af komplikation må ikke forveksles med den diagnoseregistrering, der i øvrigt anvendes i forhold til en patients kontakt med sygehusvæsenet, og som i LPR er en slutregistrering. En opstået "komplikation" kan være af en sådan grad, at det fører til en diagnose - aktions- eller hyppigere bidiagnose - på den aktuelle kontakt - fx trombose efter perkutan procedure eller aspirationspneumoni i forbindelse med anæstesi.

En komplikation til procedure er ikke det samme som en kompliceret tilstand i forhold til en given sygdoms udvikling, fx udvikling af metastaser til en cancer. Denne tilstand skal altid klassificeres med en diagnose og hører derfor til diagnoseregistreringen - og **ikke** til registrering af en komplikation.

Komplikationer kan registreres og indberettes med kodearten "C" - evt. specificeret med tillægskode for den procedure, der har forårsaget komplikationen.

Ved flere komplikationer forårsaget af den samme procedure registreres proceduren i forhold til den enkelte komplikation, hvorved samme procedurekode kan forekomme som tillægskode flere gange.

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 procedureregistrering, forgiftninger og anmeldelsespligtige kræftsygdomme.

Andre eksempler er specifikation af en operations- eller anden procedurekode med indikation (diagnosekode anvendt som tillægskode) eller specificering af en komplikation til en operation, idet komplikationen angives som en diagnosekode (primærkode) efterfulgt af operationskoden som tillægskode (som årsag til komplikationen).

Når en SKS-kode anvendes som tillægskode angives det i indberetningen ved et foranstillet ”+” (kodeart).

Tillægskoder er i denne publikations eksempler ligeledes angivet med foranstillet ”+”, og 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.

Der skal til nogle diagnosekoder obligatorisk registreres tillægskode. Dette gælder for diagnoser vedr. svangerskab, abort og fødsel, for anmeldelsespligtige kræftsygdomme samt i forbindelse med lægemiddelinducerede sygdomme og tilstande.

Der er desuden krav om tillægskodning for lateralitet for visse diagnoser og procedurer.

Til nogle diagnoser er der krav om at indberette ATC-koder som tillægskoder til specificering. Diagnoserne kan ses på www.sst.dk/informatik_og_sundhedsdata/klassifikationer_og_terminologi/klassifikationer.aspx. Kravene gælder både for aktions- og bidiagnoser. ATC-koder indberettes inkl. foranstillet ”M” efter gældende klassifikation.

For narkotiske og andre stoffer, der ikke er lægemidler og derfor ikke har en ATC-kode, anvendes forgiftningskoder som tillægskoder i stedet for ATC-

koder. Forgiftningskoderne bør registreres på højeste detaljeringsniveau.

Særlige regler vedrørende diagnoseregistrering

En del af ICD-10 udgør de ”anmeldelsespligtige diagnoser”, hvor der kræves en særskilt anmeldelse til Cancerregistreret (CR). I forbindelse med disse diagnosekoder er der særlige krav til indberetningen.

Der stilles desuden specielle krav til diagnoseregistreringen ved skader som følge af ulykke, vold, selvmord eller selvmordsforsøg, forgiftninger samt ved fødsler og aborter.

Der skal til visse diagnoser obligatorisk registreres tillægskode, som tidligere nævnt fx ATC-tillægskode for lægemiddel.

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 vil der blive fejlsøgt for køn og alder i forhold til klassifikationen, dog ikke når koden er anvendt som tillægskode.

Særlige kode- og registreringsprincipper

”Klassifikation af sygdomme” indeholder i kap. XXI (DZ*) koder til angivelse af **kontaktårsager** ved kontakt til sundhedsvæsenet som fx ”mistanke om sygdom” (”obs pro”), ”kontrol” (uden sygdom), 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.

”Obs. pro”- diagnoser

I kode-afsnittet DZ03* findes koder til angivelse af ”Observation pga. mistanke om”. Disse koder anvendes til angivelse af kontaktårsagen ”obs. pro” (ej befundet/ikke afkræftet) - dvs. til angivelse af den tilstand, som kontakten vedrører, 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 ambulant 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

(A)DZ038 Obs. pro mistanke om anden sygdom

(+)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 Obs. pro 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 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

Anamnese

Tidligere tilstande kan kodes med ”Anamnese med” (DZ85* - 88*) og evt. tillægskode, der angiver denne tilstand. Denne type registrering vil oftest være relevant som bidiagnose.

Eksempel

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

Tilsvarende kan symptom eller følgetilstand specificeres med tillægskode:

DN469B Azoospermia
(+)DQ532 Retentio testis bilateral

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

Diagnosekodning ved kontrol

I kode-afsnittene 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 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 efterambulant 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.

10. Registrering af procedurer

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

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

Der kan i forbindelse med forskellige registreringer være særlige aftalte registreringsprincipper - fx i forhold til DRG- og DAGS-afregning. Der henvises til vejledningsmateriale på

www.sst.dk/informatik_og_sundhedsdata/patientregistrering/suppl_kodelister.aspx

De obligatoriske registreringskrav for procedurer gælder for indlagte og ambulante patienter. Der kan indberettes ambulante ydelser (assistance) uden samtidig besøg på stamafsnittet, fx røntgenydelser. Registreringspligtige ydelser, der er udført som assistance, skal knyttes til og indberettes på stamkontakten.

Der kan 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.

For skadestuepatienter er registrering af røntgenundersøgelser obligatorisk. Der er derimod ikke krav om indberetning af udførte operationer.

Indberetningsstruktur

Udførte procedurer indberettes med procedureart, SKS-procedurekodenummer, proceduredato, procedureklokkeslæt, samt SKS-kodenummer for producerende afsnit (producent). Vedr. procedureart for operationer, se ”anvendelse af operationsart”. Andre procedurer indberettes med procedureart ”blank”.

Assistancer

En assistance er en ydelse, der er produceret af en anden afdeling end stamafdelingen.

Eksempler er en CT-skanning, udført af radiologisk afdeling eller en endoskopi, udført af kirurg på patient, indskrevet på medicinsk afdeling.

Ydelser udført som assistance, skal knyttes til indberetningen af stampatient-kontakten. Det vil ofte være den producerende afdeling, der registrerer ydelsen.

Definitioner – procedureregistrering

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).
Kirurgisk indgreb (indgreb)	Én eller flere operationer udført i samme seance.
Primære 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 eller den vigtigste 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.

Operationsregistrering

Udførte operationer skal registreres og indberettes til LPR. Der er dog ikke indberetningskrav for operationer udført på skadestuepatienter. Indberettede operationer indgår i DRG-afregningen af stationære patienter og i ambulans besøgs-afregning (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)”.

Koderne er vist i SKS-format i denne vejledning.

Der sker løbende en udbygning af klassifikationerne med mere specificerede kodemuligheder. Disse kan ikke ses i bogudgaven. Den elektroniske version af klassifikationerne er den officielle. Sygehusenes patientadministrative systemer bliver løbende opdateret med de aktuelle versioner. Disse kan ses og hentes fra SKS-Browseren under

www.sst.dk/informatik_og_sundhedsdata/klassifikationer_og_terminologi/klassifikationer.aspx

Anvendelse af operationsart

- procedureart ”P” og ”D”

Analogt med diagnoserne skal der sammen med hver SKS-operationskode registreres en procedureart til markering af primære operation ”P” og (øvrige) del-operationer ”D” i hvert kirurgisk indgreb.

Kombinerede indgreb

Et indgreb består af en eller flere operationer udført under samme anæstesi, og de knyttes sammen i registreringen, som omtalt ovenstående vha. procedurearter. Der indberettes operationsdato/klokkeslæt, hvorved de enkelte indgreb tidsmæssigt placeres i forhold til den samlede kontakt.

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. Der findes dog en række koder med indbygget ”bilateralitet”, fx KKFD46 ”Dobbeltidig vasektomi (sterilisation)”.

Det tidligere anvendte ”+” til koblingen mellem operationskoder i et kombineret indgreb er fra 1996 afløst af ovenstående registreringsprincip med anvendelse af operationsarter.

Reoperationer

Der er i hvert operationskapitel reoperationer som følge af komplikationer (sårinfektion, 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.

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 ovenstående, selvom termene alment sprogligt anvendes i flæng.

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

Aflyste operationer

En aflyst procedure (operation) er en procedure (operation/behandling/undersøgelse), som ikke gennemføres på det tidspunkt, der er meddelt patienten (mundtligt eller skriftligt).

Aflyst eller afbrudt procedure kan registreres ved anvendelse af ZPP* -koder fra gældende klassifikation, se eksempel nedenfor. Klassifikationen indeholder koder til registrering af såvel "Aflyst procedure" som "Afbrudt procedure".

Alle aflyste operationer skal indberettes til LPR.

Aflysning registreres ved angivelse af kode for "aflyst procedure" (ZPP1*-ZPP5*) som primærkode og specificeres med den aflyste operation som tillægskode (+K*).

Eksempel

ZPP13 (+) KUJD02 "Aflyst oesofagogastroduodenoskopi pga. udeblivelse"

Der skal indberettes på mindst 5 karakterniveau. Primærkoden indberettes med kodearten ”blank”. Der indberettes obligatorisk proceduredato (procedure-time, -minut og producerende afsnit kan indberettes fakultativt).

Afbrudte procedurer (ZPP6*) og procedurer, ikke udført af andre årsager (ZPP9*) kan indberettes på samme måde.

Klassifikation af aflysningsårsager - minimumskrav gældende for operationer

Registreres som primærkode efterfulgt af tillægskode for den aflyste operation. Der findes yderligere specificerede koder, se SKS-koder ZPP*.

ZPP10*	Procedure aflyst pga. patientens tilstand
ZPP12*	Procedure aflyst efter patientens ønske
ZPP13*	Procedure aflyst pga. udeblivelse
ZPP20*	Procedure aflyst af personalemæssige årsager
ZPP21*	Procedure aflyst pga. tekniske problemer
ZPP22*	Procedure aflyst pga. arbejdsnedlæggelse
ZPP40*	Procedure aflyst pga. akut patient
ZPP50*	Procedure aflyst pga. andre årsager, samme dag som planlagt

Registrering af andre procedurer

Der er udover operationer også indberetningskrav for andre, ”ikke-kirurgiske” procedurer, dvs. behandlinger og undersøgelser.

Det drejer sig bl.a. om:

- Cytostatisk behandling, strålebehandling og antihormonel behandling ved cancersygdom
- Radiologiske ydelser, se ”Indberetning af radiologiske procedurer”
- Fysio- /ergoterapeutiske ydelser
- Andre ydelser, fx respiratorbehandling, dialyse og plasmaferese.

En lang række ambulante ydelser anvendes i afregningen af den ambulante aktivitet til besøgsafregning (DAGS-proceduregrupper) - se også ”Ambulante ydelser”.

Der henvises til Sundhedsstyrelsens

www.sst.dk/informatik_og_sundhedsdata/patientregistrering/suppl_kodelister.a_spx, hvor registreringskravene er specificeret.

For områder, hvor SKS endnu ikke er udviklet, fx dele af ”Undersøgelsesklassifikationen”, er der midlertidigt oprettet koder i SKS-hovedgruppe Z, afsnit ”ZZ”. I takt med at de øvrige kapitler i SKS udvikles, vil ”ZZ”-koderne udgå.

Behandlings- og Plejeklassifikation

Klassifikationen supplerer ”Klassifikation af operationer” mhp. dokumentation af de kliniske aktiviteter. Disse koder er ikke alle registreringspligtige, men giver den enkelte afdeling mulighed for aktivitetsregistrering på et relevant niveau.

En del af disse aktiviteter har dog betydning for ambulans afregning (DAGS) som ekstra honorering for specielle takstgivende ydelser. Sundhedsstyrelsen vil løbende vedligeholde lister over hvilke koder, der er takstbærende, se www.sst.dk/informatik_og_sundhedsdata/patientregistrering/suppl_kodelister.aspx

Klassifikationen er under stadig udbygning.

Der henvises til SKS-Browser på

www.sst.dk/informatik_og_sundhedsdata/klassifikationer_og_terminologi/klassifikationer.aspx

Tillægskodning

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

Disse muligheder er ikke alle obligatoriske, men det bør overvejes, om der ved tillægskodning kan opnås data, der også kan anvendes til andre formål, fx til indberetning til kliniske kvalitetsdatabaser.

Eksempler

Procedure udført i generel anæstesi: Procedure (+) NAAC*

Sideangivelse kan registreres med tillægskoderne

(+) TUL1 = ”højresidig” eller (+) TUL2 = ”venstresidig”.

”Bilateral” må ikke anvendes som tillægskode på procedurer.

Procedure udført ”akut”: Procedure (+) ATA1

Der er særlige krav til tillægskodning vedr. ”skønnet radikalitet” i forbindelse med kirurgisk indgreb ved anmeldelsespligtig sygdom.

ATC-koder

ATC-koder kan anvendes som tillægskoder til specificering af anvendt lægemiddelstof. ATC-koderne findes i Medicinfortegnelsen og i Lægemiddelkataloget.

Billedvejledte procedurer

At en procedure er udført under billedvejledning kan angives ved en tillægskode (+UXZ*) til procedurekoden. Ved en del procedurer er dette dog implicit.

Indberetning af radiologiske procedurer

Det er obligatorisk at indberette alle radiologiske ydelser til LPR. Det betyder, at såvel ydelser givet til en patient, der har en kontakt til en klinisk afdeling (inkl. skadestue) på sygehuset, som ydelser givet til patienter med selvstændig ambulanskontakt i røntgenafdelingen, skal indberettes.

Assistancer

Når undersøgelsen foretages på en patient, der allerede har en kontakt til sygehuset, skal røntgenydelsen (som assistance) knyttes til den aktuelle patientkontakt på stamafdelingen. Om stamafsnittet er et sengeafsnit, et ambulatorium eller en skadestue er i denne forbindelse uden betydning.

Selvstændig ambulanskontakt

Mange røntgenafdelinger har en ikke ringe del af deres produktion i forhold til "egne patienter", der henvises fra og returneres til primærsektoren. Disse patienter skal indberettes som ambulante patienter på røntgenafdelingen.

Registrering

Hvis der oprettes og indberettes selvstændige ambulante kontakter i røntgenafdelingen, skal disse følge gældende regler for indberetning af ambulante patienter. Der er krav om diagnoseregistrering på kontakten. Koden DZ016 "Radiologisk undersøgelse" kan eventuelt anvendes.

Udførte billeddiagnostiske undersøgelser registreres efter "Klassifikation af radiologiske procedurer", som i sin opdaterede form kan ses på www.sst.dk/informatik_og_sundhedsdata/klassifikationer_og_terminologi/klassifikationer.aspx. 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. Der henvises til "Klassifikation af radiologiske procedurer".

Indberetning af fysio- og ergoterapeutiske ydelser

Fra 1. januar 2004 er det obligatorisk at indberette fysio- og ergoterapeutiske ydelser. En arbejdsgruppe sammensat af repræsentanter fra de faglige organisationer og Sundhedsstyrelsen har udarbejdet lister over de ydelser (procedurer), der er obligatoriske at indberette. Listerne kan ses på www.sst.dk/informatik_og_sundhedsdata/patientregistrering.aspx, hvor der også findes en registreringsvejledning for hvert fagområde.

Det er afgørende, at de fysio- og ergoterapeutiske ydelser kan udskilles fra andre ydelser, og derfor skal der oprettes sygehusafsnit for de enkelte fysio- og ergoterapier. Afsnittene oprettes med specialekode 98 (Fysio- og ergoterapi). Hver ydelse indberettes fra et producerende afsnit med speciale 98, og kan på den måde udskilles fra andre ydelser.

Hvis fysio- og ergoterapeuterne er tilknyttet en anden klinisk afdeling, fx reumatologisk afdeling, må der kun indberettes procedurer og ikke besøg alene hos fysio- og ergoterapeuterne.

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, opretter de egne ambulante kontakter.

I uddata fra LPR ses udelukkende på ydelsesindberetningen fra de fysio- og ergoterapeutiske afsnit. Det betyder, at ambulante besøg fra afsnit med speciale 98 tæller ikke med i statistikken. Men der sker ikke noget ved at indberette de ambulante besøg - de skal bare indberettes med mindst én procedurekode.

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.

I det følgende er medtaget udvalgte ydelser, der kan indgå i registreringen af den ambulante aktivitet. Operationer (indberettes obligatorisk) er omtalt tidligere.

Registrering af kliniske ydelser

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

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

Ydelser af administrativ karakter

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

"Førstegangsbesøg", "kontrolbesøg" og "indlæggelse" 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 registreres som en besøgsdato med den administrative procedurekode AFF6 "Hjemmebesøg".

Et andet ikke obligatorisk eksempel kan være et tilsyn (AFF4), hvor der er givet en generel klinisk vurdering.

Tillægskodning - ambulante ydelser

Vedr. angivelse af "billed-vejledt procedure" - se det generelle afsnit "Tillægskodning".

Vedr. ATC-tillægskodning for anvendte lægemidler - se det generelle afsnit "Tillægskodning".

Tillægskoder kan anvendes til specificering af den enkelte ydelse. Tillægskoderne kan ikke registreres som selvstændige procedurer.

Eksempler

Personalekategori kan angives ved tillægskode:

sygeplejerske (+)APBA14

Ydelser registreres på samme måde:

ydelsessted: ..i hjemmet (+)ZSGA

prioritet:akut udført (+)ATA1

Tillægskoder kan evt. specificeres:

tolkebistand fra professionel tolk (+)ZAT0

tolkebistand fra pårørende (+)ZAT1

tolkebistand fra bekendt (+)ZAT2

11. Fødsler, aborter og misdannelser

Fødsler

Fødselsforløb (<i>synonym: Fødsel</i>)	Fødslen inkluderer tiden fra kvinden er i aktiv fødsel til barnet (børnene) og moderkage er født
Sygehusfødsel	Fødsel, der afsluttes på sygehus
Hjemmefødsel	Fødsel, der afsluttes i hjemmet
Fødselstidspunkt	Tidspunkt, hvor barnet er født

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 for barnets vedkommende på særlig blanket.

Indberetning af obligatoriske obstetriske fødselsoplysninger

Alle fødsler skal registreres med de obligatoriske obstetriske fødselsoplysninger, der er nævnt i skemaerne ”Registreringer vedrørende mor” og ”Registreringer vedrørende barn”.

Sygehusfødsel

En sygehusfødsel registreres altid med moderen som indlagt patient. Ambulante fødsler skal registreres som en indlæggelse med angivelse af indlæggelses- og udskrivningstidspunkt. Ved fødsler, der foregår på en skadestue, er det nødvendigt at indlægge patienten for at kunne registrere fødslen.

Fødsler er akutte - med mindre der er tale om planlagt kejsersnit eller planlagt igangsættelse. Hvis en fødepatient har været indlagt til aflastning i en periode før fødslen, skal aflastningsperioden afsluttes, og der skal oprettes en ny akut indlæggelseskontakt, når fødslen går i gang.

Alle fødselsforløb, der afsluttes på sygehuset defineres som sygehusfødsler. Det gælder også for fødselsforløb, hvor barnet fødes på vej til sygehuset og for fødselsforløb, der starter i hjemmet men afsluttes på sygehuset.

Hvem registrerer og indberetter hvad?

Forskellige eksempler:

Hjemmefødsel

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

Når en hjemmefødsel afsluttes som sygehusfødsel (inkomplet hjemmefødsel) enten før eller efter barnets fødselstidspunkt, er det sygehuset der skal foretage registrering og indberetning af fødslen. Det vil sige, at de fødselsoplysninger, der evt. er registreret i hjemmet, skal medbringes ved indlæggelsen.

Barnets fødselstidspunkt udledes i Fødselsregisteret af starttidspunktet for barnets fødselskontakt. Er barnet født før ankomst til sygehuset, skal sygehuset starte fødselskontakten på fødselstidspunktet.

En komplet hjemmefødsel, hvor mor og barn indlægges akut i tilslutning hertil, skal ikke registreres som en sygehusfødsel. I dette tilfælde må diagnosekoden DZ37* (Resultat af fødsel) ikke bruges som bidiagnose på moderen. Som aktionsdiagnose anvendes oftest en diagnose fra intervallet DO85* - DO92*, når indlæggelsen skyldes komplikationer efter fødslen. Hvis der udelukkende er tale om pleje og evt. undersøgelse i forbindelse med normal barselsseng anvendes koden DZ39* (Barselpleje). Barnet er rask ledsager, hvis der ikke er nogen problemer, og barnet derfor skal have sin egen kontakt.

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

Fødsel på vej til sygehus

Sker fødslen på vej til sygehuset, fx i privatbil, taxi eller elevator, skal sygehuset foretage fødselsindberetningen med de obstetriske fødselsoplysninger. Barnets fødselstidspunkt er før sygehuskontaktens start. For at barnets fødselstidspunkt bliver korrekt i Fødselsregisteret skal sygehuset starte kontakten på fødselstidspunktet.

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*. Fødselsdiagnoserne DO80* - DO84* må ikke forekomme på den første kontakt.

Overflyttes moderen til specialafdeling **efter** barnets fødsel skal aktionsdiagnosen i den første kontakt være en fødselsdiagnose (DO80* - DO84*), og komplikationen, der har ført til overflytningen, registreres som bidiagnose. Specialafdelingen (den nye kontakt) skal registrere komplikationen som aktionsdiagnose på moderen. Barnet er rask ledsager - hvis der ikke er problemer, og barnet derfor skal have sin egen kontakt.

Flerfoldsfødsel på flere sygehuskontakter

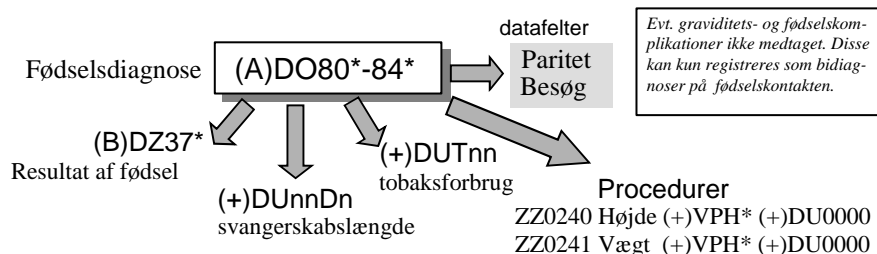
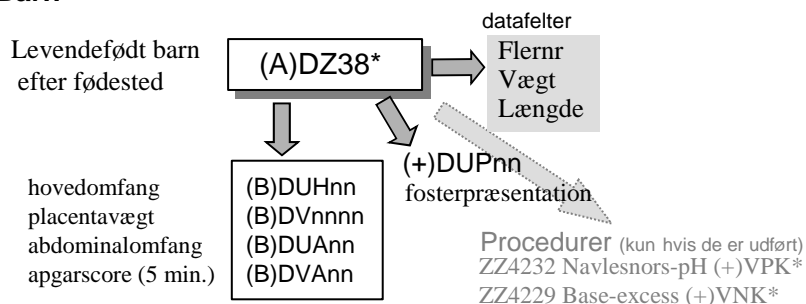
I de yderst få tilfælde ved flerfoldsfødsler, hvor et barn (evt. flere) fødes på første fødested og et barn (evt. flere) fødes på andet fødested, skal de obstetriske fødselsoplysninger indberettes fra begge kontakter. Det vil sige, at oplysningerne vedrørende moderen indberettes 2 gange.

De obligatoriske obstetriske fødselsoplysninger

Følgende fødselsoplysninger indberettes vedrørende mor og barn:

Registreringer vedrørende mor	
Aktionsdiagnose	DO80* - DO84*
Tillægskode til aktionsdiagnose: Svangerskabslængde ved barnets fødsel Tobaksforbrug under graviditeten <i>Bemærk at der er 3 værdier for ikke rygning, heraf 2 for ophørt rygning under graviditet.</i>	DUnnDu (uger og dage) DUT*
Bidiagnose for: Resultat af fødsel Eventuelle komplikationer til fødslen registres som bidiagnoser <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>	DZ37* DO60* - DO75*
I specielle datafelter registreres: Antal besøg hos jordemoder Antal besøg hos egen læge Antal besøg hos sygehusafsnit/speciallæge Paritet - antal tidligere fødsler inkl. dødfødsler samt den aktuelle fødsel	00-25 eller U (uoplyst) 0-9 eller U (uoplyst) 0-9 eller U (uoplyst) 01-20 eller U (uoplyst)
Som procedure registreres: Vægt før graviditet (kg) Højde (cm) <i>Talværdierne vil altid være at finde i kvindens vandrejournale.</i>	ZZ0240 (Måling af patientvægt) +VPH* (talværdi) +DU0000 (før graviditet) ZZ0241 (Måling af patienthøjde) +VPH* (talværdi) +DU0000 (før graviditet) <i>Er vandrejournalen ikke tilgængelig registreres i stedet for talværdien: VV00005 "uoplyst"</i>

Registreringer vedrørende barn	
Aktionsdiagnose	DZ38*
Tillægskode for: fosterpræsentation	DUP*
Bidiagnose for: Apgarscore ved 5 minutter Hovedomfang Abdominalomfang Placentavægt	DVA* DUH* DUA* DV*
I specielle datafelter registreres: Vægt Længde Nummer ved flerfoldsfødsel	0000 - 9999 (angives i gram) 00 - 99 (angives i cm) A - F (ved enkeltfødsel registreres A)
Procedure med tillægskode: Måling af navlesnors-pH Måling af base-excess fra navlesnor <i>Målingerne skal indberettes, hvis de er udført. (navlearterieværdier)</i>	ZZ4232 + VPK* (talværdi) ZZ4229 + VNK* (talværdi)

Mor**Barn****Figur 2 Registrerings- og kodningsprincipper ved fødsel**

Klassifikationer med koder, i forbindelse med fødsler, kan ses på www.sst.dk/informatik_og_sundhedsdata/patientregistrering/suppl_kodelister.a_spx og på www.dsog.dk

Provokerede aborter

Abort	Svangerskabsafbrydelse <i>Kan være spontan eller provokeret (kirurgisk eller medicinsk)</i>
-------	--

En provokeret abort kan ske både ambulantly og under indlæggelse. På kontakten, hvor abortindgrebet finder sted, registreres en aktionsdiagnose i intervallet DO040 - DO067 samt en tillægskode for svangerskabslængde. Der skal samtidig registreres en operationskode i intervallet KLCH00 - KLCH99 (ved kirurgisk abort) eller en behandlingskode fra kodegruppen 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 enkel kontrolundersøgelse), vil det normalt blive registreret på én samlet ambulantly kontakt. Abortdiagnosen er aktionsdiagnose på denne kontakt. Eventuelle komplikationer registreres som bidiagnoser.

Registreringer vedrørende abort	
Aktionsdiagnose	DO040 - DO067
Tillægskoder til aktionsdiagnose: Svangerskabslængde	DUnnDu (uger og dage)
Som procedure registreres: Operationskode <i>eller</i> Behandlingskode	KLCH00 - KLCH99 (kirurgisk abort) BKHD4* (medicinsk abort)

Misdannelser

Ved provokerede aborter på medicinsk indikation efter 12. uge, skal aktionsdiagnosen ud over tillægskode for svangerskabslængde have en tillægskode for "misdannet foster".

Tilsvarende skal der til alle spontane aborter efter 16 fulde svangerskabsuger registreres tillægskode for "misdannet foster".

Registreringer vedrørende misdannelser	
Aktionsdiagnose: Medicinsk indikation <i>eller</i> Spontan abort	DO053 eller DO054 DO03*
Tillægskoder for: Svangerskabslængde Misdannet foster... <i>til DUM01 skal der yderligere regi- streres mindst én tillægskode</i>	DUUnDu (uger og dage) DUM* <i>DQ* (Medfødte misdannelser og kro- mosomanomalier)</i>

Tillægskoderne er:

DUM01 Misdannet foster bekræftet

DUM02 Misdannet foster afkræftet

DUM09 Misdannet foster, uoplyst

Hvis "Misdannet foster bekræftet" skal der yderligere være registreret mindst én tillægskode fra "Klassifikation af sygdomme", kapitel Q "Medfødte misdannelser og kromosomanomalier".

Registrering af tillægskode for svangerskabslængde

Svangerskabslængden angives som fuldendte uger plus dage, som foreligger på diagnosetidspunktet. Svangerskabslængde valideres kun på afsluttede kontakter og angives obligatorisk med en SKS-tillægskode til aktionsdiagnoser i følgende grupper:

Registreringer vedrørende svangerskabslængde	
Aktionsdiagnose: Svangerskab, der ender med abort	DO00* - DO06*
Ødem, proteinuri og hypertension i svangerskab	DO12* - DO16*
Andre sygdomme hos moder overvejende forbundet med svangerskab	DO20* - DO23*, DO28*
Visse tilstande med tilknytning til svangerskabskontrol med relation til foster, amnion, placenta og potentielle fødselsproblemer	DO30* - DO31*, DO40*, DO41*, DO421, DO423, DO425, DO429, DO43* - DO46*, DO471, DO489
Fødsel	DO80* - DO84*

Vedrørende ambulante kontakter

For svangerskabskontroller og øvrige ambulante patientkontakter i forbindelse med normalt, ukompliceret svangerskab skal svangerskabslængde ikke indberettes. Tillægskoden for svangerskabslængde kan, som andre tillægskoder, registreres, hvis det ønskes, men der valideres ikke herfor.

12. Lovpligtig anmeldelse af kræftsygdomme til Cancerregisteret

Anmeldelsespligtig sygdom	Sygdom, hvor der gælder særlige krav om indberetning.
---------------------------	---

Fra den 1. januar 2004 vil al indhentning af data til Cancerregisteret (CR) foregå elektronisk via LPR. For at kunne erstatte de blanketbaserede lovpligtige anmeldelser er det nødvendigt at udvide de tidligere gældende registreringskrav med flere oplysninger omkring det enkelte cancertilfælde. Ud over diagnose og anmeldelsesstatus bliver det nu også obligatorisk at registrere grundlaget for diagnosen, sygdomsstadie, sideangivelse for parrede organer og for visse diagnoser også en anatomisk lokalisation som tillægskode til diagnosekoden.

De anmeldelsespligtige diagnoser fremgår af tabel 12.1.

”Bekendtgørelse om lægers anmeldelse til cancerregisteret af kræftsygdomme m.v.” angiver retningslinierne.

Anmeldelsespligten påhviler overlæger ved hospitalsafdelinger, der for første gang diagnosticerer, kontrollerer eller behandler anmeldelsespligtige sygdomstilfælde, uanset om det tidligere er anmeldt af andre afdelinger.

Anmeldelsespligtige diagnoser anvendt som aktions- eller bidiagnose på patientkontakten giver anledning til specielle registreringskrav. Ud over den nævnte diagnoseregistrering er det obligatorisk at indberette visse undersøgelses- og behandlingsprocedurer, bl.a. kemo- og stråleterapi. Klassifikationer med koder, der registreres i forbindelse med cancer, kan ses på www.sst.dk/Informatik_og_sundhedsdata/Patientregistrering.

Udvikling i en anmeldelsespligtig sygdom

Udviklingen i en anmeldelsespligtig sygdom afspejles i registrering og indberetning til LPR i forbindelse med den enkelte sygehuskontakt. Det betyder, at sygdommen kan repræsenteres af forskellige diagnoser (diagnosekoder) på forskellige tidspunkter, dvs. kontakter i sygdommens forløb.

Tabel 12.1 Anmeldelsespligtige diagnoser

Nedenstående liste angiver de 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 cancer, men også om cancerrelaterede sygdomme og lidelser af usikker eller ukendt karakter, samt visse godartede svulster.

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
DD06*	Carcinoma in situ i livmoderhals
DD076	Carcinoma in situ genitalium viri med anden eller ikke specificeret lokalisation (carcinoma in situ testis)
DD090	Carcinoma in situ vesicae urinariae
DD091	Carcinoma in situ i andre og ikke specificerede urinorganer
DD30*	Godartet svulst i urinveje
DD32*	Godartet svulst i hjernehinder
DD33*	Godartet svulst i hjerne og andre dele af centralnervesystemet
DD352	Neoplasma benignum glandulae pituitariae
DD353	Neoplasma benignum ductus craniopharyngei
DD354	Neoplasma benignum corporis pinealis
DD37* - DD48*	Svulster af usikker eller ukendt karakter
DE340	Karcinoid syndrom
DN87*	Celleforandring i slimhinde på livmoderhals
DO01*	Mola vandblære

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 den samlede cancersygdom.

Der forekommer ofte flere ambulante kontakter og indlæggelser på forskellige afdelinger i forbindelse med en udredning og behandling af en patient med en svulst. En stamafdeling, der har en kontakt med en patient, er registrerings- og indberetningspligtig.

Den diagnose, som er registreret på kontaktens afslutningstidspunkt, vil i LPR optræde som gældende for hele kontakten. I LPR er der ikke historik på diagnosen, så kun den sidst registrerede diagnose kan ses. Hvis en patient bliver behandlet for en cancer i en ambulanskontakt, og den sidst registrerede diagnose er en kontroldiagnose, vil det i LPR se ud, som om hele kontakten har drejet sig om ”kontrol”. Det er derfor vigtigt at oprette en ny ambulanskontakt for kontrolperioden.

Udredning, behandling og kontrol

Det er vigtigt ikke at benytte en malign lidelse eller anden anmeldelsespligtig sygdom som aktions- eller bidiagnose, før denne er diagnosticeret. Så længe der kun er mistanke om cancer eller anden anmeldelsespligtig sygdom, skal der anvendes diagnosekoder fra afsnit DZ03* ”Lægelig observation for og vurdering af personer mistænkt for sygdom”. Dette diagnoseafsnit inkluderer ”ikke afkræftet” (fortsat mistanke) og ”afkræftet mistanke” (ej befundet).

Der er oprettet en del specifikationer til nærmere angivelse af den tilstand, der er udredt eller udredes for på kontakten. Hvis der ikke findes en passende specifikation, kan der kodes med primærkoden fra afsnit DZ03* + tillægskode for sygdommen, der udredes.

Eksempler

(A)DZ031J	Mistanke om ondartet svulst i prostata
(A)DZ031	Mistanke om ondartet svulst
(+)DC739	Neoplasma malignum glandulae thyroideae
(A)DZ038E	Observation pga. mistanke om svulst
(+)DD374	Neoplasma coli uden specifikation

Denne registrering er dels korrekt, dels udløser den ikke anmeldelsespligt og de deraf afledte registreringskrav.

Når en anmeldelsespligtig sygdom er diagnosticeret, træder alle reglerne om registrering af anmeldelsesstatus og deraf afledt registrering i kraft - se vejledning under de forskellige anmeldelsesstatus. Ved ny anmeldelsespligtig sygdom på afdelingen, anvendes anmeldelsesstatus (1) AZCA1.

Er der tvivl om, hvorvidt sygdommen er malign eller benign anvendes kodeintervallet DD37* - DD48* ”Svulster af ukendt eller usikker karakter”. Ved anvendelse af en af disse koder gælder reglerne for anmeldelsesstatus også.

Kontrol vil ofte foregå i ambulant regi på en anden kontakt end den, hvor diagnosen blev stillet og sygdommen primært behandlet. I disse tilfælde registreres efter reglerne, som beskrevet nedenfor i afsnittet vedrørende kontrol. Se i øvrigt vejledning under anmeldelsesstatus (4) AZCA4.

Kontakt, 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.

Disse afdelinger 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 indberetning af anmeldelsesstatus.

Eksempler

Arbejdsmedicinske klinikker, der undersøger, hvorvidt sygdommen er udløst af arbejdsmiljøet

- | | |
|-----------|--|
| (A)DZ048B | Arbejdsmedicinsk udredning |
| (+)DC340 | Neoplasma malignum bronchi (hovedbronchus) |

Smerteklinikker, der skal udrede, afhjælpe og vejlede patienterne i smertebehandling

- | | |
|----------|---|
| (A)DR521 | Intraktable kroniske smerter |
| (+)DC413 | Neoplasma malignum costae, sterni et claviculae |

Afdelinger, der udelukkende behandler patienten palliativt

- | | |
|-----------|---------------------------------------|
| (A)DZ756 | Behov for palliation |
| (+)DC795B | Neoplasma malignum ossis metastaticum |

I de situationer, hvor tilstanden i sig selv har en behandlings- og/eller ressourcemæssig betydning for den aktuelle kontakt - hvis tilstanden fx har medført en ekstra plejetyngde eller længere indlæggelsestid, kan tilstanden registreres som en bidiagnose. Hvis canceren registreres som bidiagnose, skal der også registreres anmeldelsesstatus - fx anmeldelsesstatus (3) AZCA3. Den anmeldelsespligtige diagnose kan aldrig være aktionsdiagnose, når AZCA3 benyttes.

En cancerdiagnose må under ingen omstændigheder registreres som bidiagnose, hvis sygdommen er radikalt behandlet på en tidligere kontakt.

Kontrol

Ved kontrol, hvor den anmeldelsespligtige sygdom **fortsat** er tilstede, skal diagnosen registreres som aktionsdiagnose eller evt. bidiagnose. Der skal ved anvendelse af anmeldelsespligtig diagnose registreres tillægskode for anmeldelsesstatus.

Hvis patienten derimod er radikalt opereret eller på anden måde behandlet, så den anmeldelsespligtige sygdom **ikke** længere er tilstede ved den pågældende kontakt, skal der diagnoseregistreres med en kode fra afsnit DZ08* ”Kontrolundersøgelse efter behandling af ondartet svulst”. Her kan den anmeldelsespligtige diagnosekode anvendes som tillægskode til specifikation af den oprindelig lidelse. Denne registreringspraksis udløser ingen krav om registrering af anmeldelsesstatus.

Eksempel

- (A)DZ081D Kontrolundersøgelse efter strålebehandling af ondartet svulst i tyktarm
 (+)DC187 Neoplasma malignum coli sigmoidei

Hvis behandlingen er sket ambulant, og sygdommen ikke længere er tilstede, når kontrollen indledes, er det nødvendigt at afslutte behandlingskontakten, og oprette en ny selvstændig kontakt for den ambulante kontrolperiode. Gør man ikke det, vil det i LPR se ud som om hele den ambulante kontakt har drejet sig om kontrol, idet der ikke er historik på diagnoser i LPR.

Recidiv

Recidiv	Genkomst af samme sygdom
---------	--------------------------

Recidiv dækker i denne sammenhæng over alle former for genkomst af den samme sygdom og inkluderer lokalrecidiv, metastasering og anden progression. Ved recidiv af anmeldelsespligtig sygdom i en ny kontakt, skal der ske en diagnoseregistrering, der svarer til den aktuelle situation.

Hvis patienten tidligere har været behandlet i samme afdeling, anvendes anmeldelsesstatus AZCA4 for patientens diagnoser, dvs. at sygdommen er anmeldt tidligere. Recidiv betragtes således som samme anmeldelsespligtige sygdom.

Eksempel

Fund af lokalrecidiv efter tidligere behandlet mammacancer

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

Ved påvisning af metastase, hvor der ikke er en sikker klinisk og/eller patologisk relation til en kendt primær-tumor, skal fundet opfattes som en ny anmeldelsespligtig sygdom med anmeldelsesstatus (1) AZCA1.

Indberetning af anmeldelsesstatus ved anmeldelsespligtige kræftsygdomme

Anmeldelsesstatus skal indberettes, hver gang en stamafdeling registrerer én af de anmeldelsespligtige diagnoser (se tabel 12.1). Når den anmeldelsespligtige sygdom er aktions- eller bidiagnose er angivelse af anmeldelsesstatus obligatorisk. Indberetningskravet gælder alle patienttyper.

Anmeldelsesstatus

Anmeldelsesstatus	Angivelse af en anmeldelsespligtig sygdoms status i forhold til anmeldelse til Cancerregisteret.
-------------------	--

Oversigt over anmeldelsesstatus:

AZCA0	Anmeldelsesstatus endnu ikke angivet
AZCA1	Ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
AZCA3	Afdelingen er ikke involveret i diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen
AZCA4	Sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
AZCA5	Ændring af tidligere anmeldt sygdom til ikke anmeldelsespligtig sygdom

Til aktions- og bidiagnoser i kodeintervallet for anmeldelsespligtige diagnoser skal der registreres en tillægskode for anmeldelsesstatus. Betydningen af de forskellige status er specificeret i det følgende.

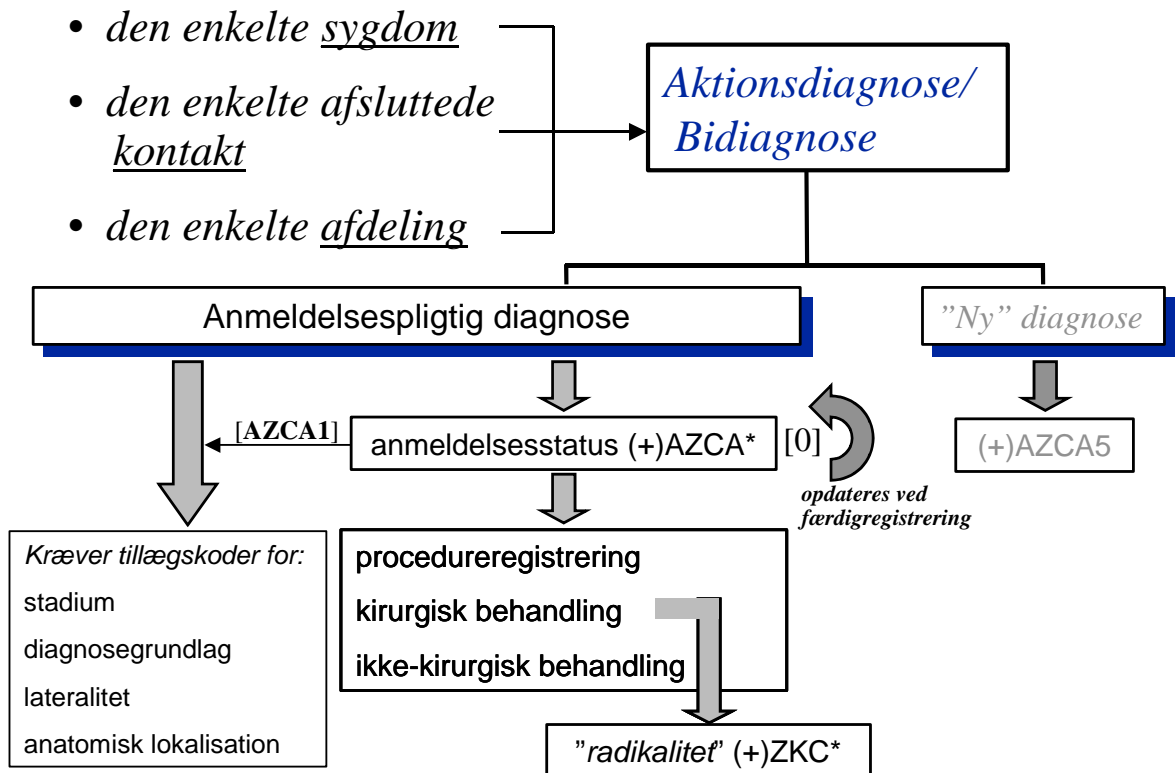
Anmeldelsesstatus skal senest være tilstede ved færdigregistreringen. Med henblik på korrekt registrering opfordres afdelingerne til også at tildele uafsluttede ambulante kontakter en anmeldelsesstatus ved et længerevarende ambulante forløb. Ved indberetning til LPR skal anmeldelsesstatus have værdien AZCA1, AZCA3 eller AZCA 4. Der skal og kan kun være én anmeldelsesstatus pr. diagnose pr. afsluttet kontakt.

Anmeldelsesstatus (5) AZCA5 kan kun anvendes på ikke anmeldelsespligtige diagnoser. Se afsnittet "Ændring af diagnose".

Anmeldelsesstatus ved færdigregistrering skal være dækkende for hele kontakten og ikke kun for situationen ved kontaktafslutningen. Dette stiller betydelige krav til validiteten af de registrerede oplysninger.

For patienter med flere anmeldelsespligtige diagnoser gælder kravene for hver enkelt diagnose. Anmeldelsesstatus som tillægskode knytter sig entydigt til primærkoden. Der kan godt være forskellige anmeldelsesstatus på forskellige diagnosekoder i samme indberetning.

Cancerregistrering



Beskrivelse af de enkelte anmeldelsesstatus

Reglerne gælder for den 6-cifrede sygehus-afdelingskode. Reglerne har baggrund i ”Bekendtgørelse om lægers anmeldelse til Cancerregisteret af kræftsygdomme m.v.”.

AZCA0 Anmeldelsesstatus endnu ikke angivet

Denne status kan anvendes i systemet indtil færdigregistreringen, men må ikke findes i indberetningen af en afsluttet kontakt.

AZCA1 Ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Når der første gang diagnosticeres, behandles eller kontrolleres en anmeldelsespligtig sygdom på afdelingen, anvendes anmeldelsesstatus (1) AZCA1. Anmeldelsesstatus AZCA1 anvendes så længe afdelingen ikke har angivet alle obligatoriske tillægsregistreringer, som er bundet op på status AZCA1.

Alle obligatoriske tillægskoder skal være angivet inden der er forløbet 4 måneder fra første kontaktdato for den anmeldelsespligtige sygdom.

På afdelinger, hvor man afslutter en patients ambulante kontakt før afsluttet udredning og behandling, fx operation, som så finder sted under efterfølgende indlæggelse, vil der ikke kunne ske en meningsfuld registrering af de obligatoriske tillægskoder før operationen har fundet sted.

Afdelingen (på 6-cifterniveau) skal således hyppigt benytte AZCA1 både på den initiale ambulante kontakt og på indlæggelsen for at udføre en meningsfuld tillægsregistrering.

Hvis den lokale organisation af afdeling og EDB-system gør det muligt at udnytte de oplysninger, som indhentes ved den efterfølgende operation ved færdigregistrering på den ambulante kontakt, kan anmeldelsesstatus AZCA4 benyttes ved færdigregistreringen af indlæggelsen.

AZCA3 Afdelingen er ikke involveret i diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen

Denne anmeldelsesstatus anvendes af afdelinger, der har kontakt med patienter med en anmeldelsespligtig sygdom, men som ikke direkte diagnosticerer, behandler eller kontrollerer denne. Derved skabes mulighed for at registrere en anmeldelsespligtig sygdom som bidiagnose. Anmeldelsesstatus AZCA3 kan aldrig anvendes som tillægskode til en aktionsdiagnose.

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 følger virkninger efter stråle- eller kemoterapi
- patienter i symptomlindrende behandling eller terminal pleje.

I disse 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 ovennævnte tilfælde fx være fra afsnit DZ74* ”Problemer i forbindelse med afhængighed af plejepersonale”, DZ756 ”Behov for palliation” eller en diagnose fra afsnittet DR50* - DR69* ”Almene symptomer og abnorme fund”, hvor bl.a. smerteafsnittet findes.

Ved specifikke komplikationer til cancersygdommen eller til behandling 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. Anmeldelsesstatus AZCA4 benyttes, hvis cancersygdommen tidligere er anmeldt med AZCA1.

Eksempel

- (A)DT888N Neutropen feber ved cytostatisk behandling
- (B)DC900 Myelomatosis
- (+)AZCA4 Sygdommen tidligere anmeldt af afdelingen

AZCA4 Sygdommen tidligere 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 CR.

Anmeldelsesstatus AZCA4 dækker fortsat sygdom, herunder klinisk kontrol af denne og (fortsat) behandling. AZCA4 anvendes også, hvor der på en ny kontakt er tale om ændret behandling af samme og tidligere anmeldte sygdom.

Eksempler

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

Patient med ikke radikalt behandlet ovarietumor. Indlægges nu i samme afdeling med ascites, der behandles symptomatisk.

- (A)DC786A Ascites, malign uden specification
- (+)AZCA4 Sygdommen tidligere anmeldt af afdelingen
- (B)DC562 Neopl mal ovarii, st. III
- (+)AZCA4 Sygdommen tidligere anmeldt af afdelingen

Anden afdelings vurdering af patient

En patient er henvist til en afdeling med henblik på vurdering af behandlingsmuligheder. Afdelingen behandler ikke selve sygdommen.

Eksempel

Onkologisk afdeling får en patient henvist til vurdering af yderligere behandlingsmuligheder for en anmeldelsespligtig sygdom.

(A)DZ718A Kontakt med henblik på vurdering af muligheder for tumorbehandling

(B)DC340 Neoplasma malignum bronchi

(+)AZCA3 Afdelingen er ikke involveret i diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen

eller

(A)DZ718A Kontakt med henblik på vurdering af muligheder for tumorbehandling

(+)DC340 Neoplasma malignum bronchi

Når den anmeldelsespligtige sygdom registreres som tillægskode, bortfalder krav om angivelse af anmeldelsesstatus.

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).

Anmeldelsesstatus (5) ACZA5 må kun anvendes på **ikke** anmeldelsespligtige diagnoser.

AZCA5 må kun anvendes, hvor den anmeldelsespligtige sygdom (diagnose) afkræftes. Den fejlstillede diagnose angives som tillægskode, så CR kan vide, hvilken diagnose, der skal rettes.

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) den kontakt, 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.

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

Yderligere registreringer ved anmeldelsesstatus AZCA1

Indførelse af fuld elektronisk anmeldelse af kræfttilfælde til CR 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 det initiale sygdomsstadie, diagnosegrundlagene og sideangivelse for den anmeldte sygdom - og for lymfomer tillige anatomisk lokalisering.

Det skal også her understreges, at det er en sygdom, som er anmeldelsespligtig - og ikke dennes aktuelle kode. Der er stadig tale om den samme sygdom, fx prostatacancer DC619, selv om diagnosen efterfølgende er metastaser i knoglerne fra prostatacancer DC795.

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, svulster i centralnervesystemet, cervixdysplasi og mola.

Følgende sygdomme, repræsenteret af deres ICD10 kode, skal have angivet et stadium:

SKS-kode	Kodetekst
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
DD06*	Carcinoma in situ i livmoderhals

SKS-kode	Kodetekst
DD076	Carcinoma in situ genitalium viri med anden eller ikke specificeret lokalisation
DD090	Carcinoma in situ vescae urinariae
DD091	Carcinoma in situ i andre og ikke specificerede urinorganer
DD30*	Godartede svulster i urinveje
DD37* - DD41* DD44* DD48*	Svulster af usikker eller ukendt karakter med specifik lokalisation
DE340	Karcinoid syndrom

Alle tumorer kan stadienddeles efter TNM klassifikationen, undtagen maligne lymfomer (DC81* - DC85*), som stadienddeles ad modum Ann Arbor.

TNM klassifikationen

Ved anvendelse af TNM skal der registreres **3** tillægskoder - en fra hver af grupperne:

T (AZCD1*), **N** (AZCD3*) og **M** (AZCD4*).

T angiver primærtumors størrelse, N om der er metastaser til regionale lymfeknuder og M hvorvidt der er fjermetastaser.

*) Betydningen af T, N og M findes defineret i "TNM, Classification of Malignant Tumours" og er afhængig af primærtumors anatomiske lokalisation. Denne publikation foreligger desværre ikke i elektronisk form, kun i bogform. Den udgives af UICC, (International Union Against Cancer) på Wiley-Liss forlag og nyeste opdatering er sjette udgave fra 2002.

SKS-kode	Kodetekst
	Oplysninger om primærtumor
AZCD10	TNM, T0: Primær tumor ikke påvist
AZCD11	TNM, Ta: Tumor uden invasion
AZCD12	TNM, Tis: Carcinoma in situ
AZCD13	TNM, T1: Primær tumors størrelse/udstrækning*
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*

SKS-kode	Kodetekst
AZCD14A	TNM, T2a: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD14B	TNM, T2b: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD14C	TNM, T2c: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD15	TNM, T3: Primær tumors størrelse /udstrækning*
AZCD15A	TNM, T3a: Primær tumors størrelse /udstrækning*
AZCD15B	TNM, T3b: Primær tumors størrelse /udstrækning*
AZCD15C	TNM, T3c: Primær tumors størrelse /udstrækning*
AZCD16	TNM, T4: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD16A	TNM, T4a: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD16B	TNM, T4b: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD16C	TNM, T4c: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD16D	TNM, T4d: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD19	TNM, Tx: Oplysning om tumors størrelse foreligger ikke i afd.
	Oplysninger om regionale metastaser
AZCD30	TNM, N0: Ingen regionale lymfeknudemetastaser
AZCD31	TNM, N1: Regionale lymfeknudemetastaser*
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 afd.
	Oplysninger om fjernmetastaser
AZCD40	TNM, M0: Ingen fjernmetastaser
AZCD41	TNM, M1: Fjernmetastaser tilstede (i organer eller lymfeknuder)*
AZCD41A	TNM, M1a: Fjernmetastaser tilstede (i organer eller lymfeknuder)*
AZCD41B	TNM, M1b: Fjernmetastaser tilstede (i organer eller lymfeknuder)*
AZCD41C	TNM, M1c: Fjernmetastaser tilstede (i organer eller lymfeknuder)*

SKS-kode	Kodetekst
AZCD49	TNM, Mx: Oplysning om fjerne metastaser foreligger ikke i afd.

Ann Arbor lymfom klassifikation

Ann Arbor klassifikationen af maligne lymfomer er også omtalt i TNM klassifikations bogen.

SKS-kode	Kodetekst
AZCC1	stadium I
AZCC1A	stadium IA
AZCC1B	stadium IB
AZCC2	stadium II
AZCC2A	stadium IIA
AZCC2B	stadium IIB
AZCC3	stadium III
AZCC3A	stadium IIIA
AZCC3B	stadium IIIB
AZCC4	stadium IV
AZCC4A	stadium IVA
AZCC4B	stadium IVB
AZCC99	oplysning om stadium foreligger ikke i afdelingen

Diagnosegrundlag

For at dokumentere hvilke forudgående undersøgelser, der ligger til grund for diagnosen, skal der registreres *mindst én* kode fra hver af nedenstående 2 grupper. Dette gælder for alle anmeldelsespligtige diagnoser.

Det er nødvendigt, da det nuværende kontaktbaserede LPR ikke har et entydigt link mellem diagnose og procedurer.

Klinisk / makroskopisk diagnosegrundlag

SKS-kode	Kodetekst
AZCK0	operation
AZCK1	endoskopisk undersøgelse/ operation
AZCK2	billeddiagnostik undersøgelse
AZCK3	autopsi
AZCK4	klinisk undersøgelse

Klinisk / mikroskopisk diagnosegrundlag

SKS-kode	Kodetekst
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</i>)

Lateralitet

Der skal obligatorisk registreres sideangivelse ved nogle af de anmeldelsespligtige sygdomme. Det drejer sig om tumorer på ekstremiteter og i parrede organer. Lateralitet registreres med én af følgende koder, som en tillægskode til diagnosekoden.

TUL1 ”højresidig”

TUL2 ”venstresidig”

TUL3 ”dobbeltsidig”

Liste over de diagnoser, hvor der obligatorisk skal registreres lateralitet:

DC079	DC437	DC492	DC62*	DC764	DD301	DD412
DC08*	DC442	DC50*	DC630	DC765	DD302	DD441
DC301	DC446	DC56*	DC631	DC780	DD381	DD486
DC34*	DC447	DC570	DC64*	DC782	DD382	
DC384	DC450	DC571	DC65*	DC790	DD391	
DC40*	DC471	DC572	DC66*	DC796	DD401	
DC432	DC472	DC573	DC69*	DC797	DD410	
DC436	DC491	DC574	DC74*	DD300	DD411	

Anatomisk lokalisation

I Cancerregisteret registreres tumorerne efter deres udseende i mikroskop, men også efter deres lokalisation. I ICD10 er visse tumortyper kun repræsenteret af deres mikroskopiske udseende, men ikke af deres lokalisation. Dette gælder for maligne lymfomer, og disse må derfor have en tillægskode til angivelse af deres lokalisation.

De diagnosekoder, der skal have tillægskode for lokalisation, er følgende:

SKS-kode	Kodetekst
DB211	AIDS medførende Burkitts lymfon.
DB212	AIDS medførende andre typer af non-Hodgkins lymfon.
DC81*	Malignt lymfom af Hodgkin type
DC82*	Malignt lymfom af non-Hodgkin, follikulær type
DC83*	Malignt lymfom af non-Hodgkin af diffus type
DC84*	T-celle malignt lymfom lokaliseret i hud eller systemisk
DC85*	Malignt lymfom af non-Hodgkin type, andet og ikke spec
DC902	Plasmacytoma extramedullare
DC923	Sarcoma myeloides

Tillægskoden for lokalisation skal være en ICD-10 kode, så specifik som muligt. Der kan vælges blandt følgende koder:

DC77*

DC00* - DC41*

DC44*

DC47* - DC76*

De nævnte ICD-10 koder vil siden blive afløst af en egentlig anatomiklassifikation, da ICD-10 klassifikationen er mangelfuld for visse lokalisationer. Det er fx ikke muligt som anatomisk lokalisering at angive knoglemarven.

Procedureregistrering

Krav og specifik vejledning til procedureregistreringen er yderligere beskrevet på www.sst.dk, hvor de forskellige omtalte kodelister også kan findes.

Der er krav om indberetning af en række procedurer, der anvendes i forbindelse med undersøgelse og behandling af anmeldelsespligtige sygdomme af hensyn til DRG-beregningerne. Kravene omfatter bl.a. operationer, billeddiagnostik samt kemoterapi, strålebehandling og medicinsk antihormonel behandling.

Skønnet radikalitet

Der er særlige krav til tillægskodning i forbindelse med kirurgisk indgreb ved anmeldelsespligtig sygdom. På kontakter med en anmeldelsespligtig diagnose som aktionsdiagnose skal der til visse operationskoder (kodeliste) registreres en tillægskode for ”skønnet radikalitet” - kirurgens bedste skøn for radikaliteten af det samlede kirurgiske indgreb, andet kirurgisk indgreb eller kirurgisk antihormonel behandling.

Der skal anlægges en helhedsbetragtning, når der skønnes over radikalitet. Således kan patienter med efterladt tumorvæv ikke være opereret radikalt.

Bemærk at denne tillægskodning skal ske for de angivne operationer, uanset om operationen er tumorrelateret eller ej - dog kun når aktionsdiagnosen er en anmeldelsespligtig diagnose. Der er således ikke krav om tillægskode for ”skønnet radikalitet” til operationskoderne, når diagnosearten på den anmeldelsespligtige diagnose ikke er en aktionsdiagnose.

Der anvendes en af følgende tillægskoder:

ZKC0	kirurgisk indgreb på tumor, skønnet radikal
ZKC1	kirurgisk indgreb på tumor, skønnet ikke radikal
ZKC2	kirurgisk indgreb, andet
ZKC3	kirurgisk antihormonel behandling

Koderne ZKC2 og ZKC3 anvendes i de tilfælde, hvor det ikke giver mening at tale om operationens radikalitet i forhold til aktionsdiagnosen, dvs. ved indgreb der ikke retter sig direkte mod tumor.

ZKC2 anvendes ved ikke-tumorrelateret indgreb, fx appendektomi, kolostomi eller adgangsgivende operationer.

ZKC3 anvendes fx ved ovariektomi ved mammacancer eller orkiektomi ved prostatacancer.

Kodelister med Anmeldelsespligtige diagnoser og Operationer med obligatorisk registrering af skønnet radikalitet findes på www.sst.dk.

Det anbefales udover de skitserede krav at registrere de væsentligste undersøgelser, der fører frem til diagnosen, også selv om det ikke er noget indberetningskrav.

Der findes følgende kodemuligheder, der kan anvendes som procedurekoder i de tilfælde, hvor der af forskellige årsager ikke foregår nogen klinisk behandling af patienten:

ZWCM0	Alternativ cancerbehandling
ZWCM7	Besluttet behandling i anden afdeling
ZWCM8	Besluttet ingen behandling
ZWCM9	Patienten ønsker ingen udredning/behandling

ZWCM* koder indberettes som andre procedurekoder med producerende afdeling og proceduredato.

13. Data til brug for kvalitetsmåling

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. kapitlet om procedureregistrering.

Definitioner

I denne vejledning er følgende definitioner anvendt:

Reoperation	Operation foretaget for en postoperativ komplikation inden for en måned efter den første operation
Sekundær operation	En opfølgende operation (eksempelvis udskiftning af en tidligere indsat hoftedelesprotese)

De enkelte områder er skitseret i det følgende. Vedr. begrundelserne for de udvalgte data henvises til kvalitetsmåleudvalgets rapport.

Hjerneblødning og hjerneinfarkt

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

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.

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).

Kejsersnit skal specificeres if. følgende oversigt:

KMCA00	Kejsersnit i corpus uteri
KMCA10A	Kejsersnit i isthmus uteri akut udført før fødsel
KMCA10B	Kejsersnit i isthmus uteri 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

Vacuumeaktion skal registreres med en operationskode fra afsnittet KMAE*.

Episiotomi skal registreres med operationskoden KTMD00.

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".

Hoftedsalloplastik

Hvis operationskode tilhører afsnittene:

KNFB*	Primær ledprotese implantation i hofteled
KNFC*	Sekundær ledprotese implantation i hofteled
KNFW*	Reoperationer efter operation i hofteregion og på lårbenet

.. skal der obligatorisk registreres tillægskode for lateralitet TUL1 "højre side" eller TUL2 "venstre side".

Luxation af hofteledsprotese registreres ved hjælp af diagnosekoden:

DT840A Complicatio mechanica protheseos internae coxae. Der skal obligatorisk registreres tillægskode for lateralitet TUL1 "højre side" eller TUL2 "venstre side"

Operation for grå stær

Hvis operationskode tilhører afsnittene:

- KCJC* Intrakapsulær kataraktoperation
- KCJD* Ekstrakapsulær kataraktoperation
- KCJE* Ekstrakapsulær kataraktoperation med phako-emulsifikation
- KCJG* Operationer ved linseluxation
- KCW* Reoperationer efter operation på øjet og øjenomgivelser

.. skal der obligatorisk registreres tillægskode for lateralitet TUL1 "højre side" eller TUL2 "venstre side".

"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".

Blodprop i hjertet

Hvis der i forbindelse med behandling af blodprop i hjertet (aktionsdiagnose DI21* eller DI22*) er anvendt trombolytisk behandling, skal dette obligatorisk 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 proceduretidspunktet er nøjagtigt registreret og indberettet.

Kræft i tyktarm

Anastomoselækage registreres med diagnosekoden:

DT813A Tarm anastomoselækage.

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 radiculopati
- DM511B Prolapsus disci intervert lumbalis II/III med radiculopati
- DM511C Prolapsus disci intervert lumbalis III/IV med radiculopati
- DM511D Prolapsus disci intervert lumbalis IV/V med radiculopati
- DM511E Prolapsus disci intervert lumbalis V/SI med radiculopati
- DM511F Prolapsus disci intervert lumbalis u spec med radiculopati
- DM511H Prolapsus disci intervert thoracalis med radiculopati
- DM512A Prolapsus disci intervert lumb I/II uden radiculopati
- DM512B Prolapsus disci intervert lumb II/III uden radiculopati
- DM512C Prolapsus disci intervert lumb III/IV uden radiculopati

- DM512D Prolapsus disci intervert lumb IV/V uden radiculopati
- DM512E Prolapsus disci intervert lumb V/SI uden radiculopati
- DM512F Prolapsus disci intervert lumb u spec u radiculopati
- DM512G Prolapsus disci intervert thoracalis uden myelo/radiculopat

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.

14. Definitioner til patientregistrering.

Term (synonymer)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
Kontakt	Den patientadministrative indberetningsenhed i Landspatientregisteret (LPR). <i>Omfatter kontakttypene: indlæggelseskontakt, ambulans kontakt eller skadestuekontakt. Ambulans kontakt omfatter et eller flere ambulante besøg. Kun kontakter med mindst ét besøg eller én ydelse indberettes.</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) selvmord/selv-mordsforsøg, (5) senfølge, (8) andet og (9) ukendt/uoplyst.</i>
Kontaktstartdato ("startdato")	Dato for påbegyndelse af en kontakt. <i>Anvendes for alle kontakt-typer. Omfatter indlæggelsesdato, ambulans startdato og dato for skadestuebesøg. Registreres som "Startdato".</i>
Indlæggelsesmåde	Angivelse af prioritet for kontaktstart. <i>Akut og planlagt</i>
Kontaktslutdato ("slutdato")	Dato for afslutning af en kontakt. <i>Omfatter udskrivningsdato og ambulans slutdato. Registreres som "Slutdato". For ambulante patienter vil slutdato normalt være lig med sidste besøgsdato, 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>
Afslutningsmåde	Angivelse af til hvilken instans, patienten afsluttes til. <i>Ex: (til) Alment praktiserende læge.</i>
Patient	Person, der på grund af et aktuelt, tidligere eller potentielt helbredsproblem, har en kontakt med sundhedsvæsenet.
Patienttype	Angivelse af en patients administrative relation til sygehuset. <i>Patienttype er: (0) indlagt patient, (2) ambulans patient og (3) skadestuepatient. Svarer således til kontakttypene.</i>

Akut	Uden iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner. <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>
Planlagt (ikke akut) (elektiv)	Med iagttagelse af afsnittets normale planlægnings indkaldelses- og aftalerutiner. <i>(Eksempel) Indlæggelse kan - begrundet i patientens tilstand - afvente første (eller senere) ledige mulighed.</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>
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>
Hjemmebesøg	En klinisk persons besøg i patientens hjem. <i>Inkluderer andet sted, hvor patienten bor eller fremtidigt skal bo. Indberetningen er afgrænset til sygehusansat klinisk personale. Indberettes efter aftale med amterne som besøg (besøgsdato) med obligatorisk procedurekode AAF6 for hjemmebesøg.</i>
Telefonkonsultation	Klinisk telefonsamtale med patient som led i behandling eller kontrol af sygdom. <i>Kan registreres som ydelse (uden besøg) med koden BVAA33A på den ambulante kontakt.</i>
Hotelpatient	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. Der kan ikke knyttes ydelser til denne særlige kontakt-type. Ydelser skal knyttes til kontakten (ambulant eller indlagt) på det kliniske stamafsnit.</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>
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>
Serviceafsnit	Afsnit, der yder assistanceydelse til klinisk stamafsnit. <i>Serviceafsnit er fx laboratorium afsnit, røntgenafsnit. Denne definition omfatter ikke afsnittets "egne patienter".</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>
Stamafsnit	Det afsnit, som patienten er indskrevet på. <i>Stamafsnit er et sengeafsnit eller et ambulatorieafsnit.</i>
Adresseafsnit (opholdsadresse)	Det afsnit, der på et givet tidspunkt har det plejemæssige ansvar for patienten. <i>Patientens fysiske opholdsadresse under (del af) indlæggelsesperiode. Svarer til sygehus-afdelingsklassifikationens 7-karakters niveau.</i>
Sengeafsnit	Afsnit med normerede sengepladser med personale til overvågning og pleje, der varetager undersøgelse og behandling af indlagte patienter. <i>Hertil regnes også akutte modtageafsnit og intensivafsnit, men ikke opvågningssege og vugger til nyfødte eller observationspladser i ambulatorier.</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>
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>
Opvågningsafsnit	Afsnit med udstyr til overvågning af patienter efter anæstesi. <i>Afsnittet kan anvendes til såvel ambulante som indlagte patienter. Indlagte patienter disponerer over en plads på et sengeafsnit. Sengepladserne i opvågningsafsnit medregnes ikke til sygehusets normerede sengepladser. Sengedage på opvågningsafsnit medregnes under stamafdelingen.</i>
Ambulatorium (ambulatorieafsnit)	Afsnit, der varetager undersøgelse, behandling og kontrol af ambulante patienter.
Skadestue (skadestueafsnit)	Afsnit, der varetager undersøgelse og behandling af skadestuepatienter.

<p>Normeret sengeplads (normeret seng) (sengeplads)</p>	<p>Seng i et sengeafsnit til anvendelse for indlagt patient. <i>I normeringen indgår personale til overvågning og pleje. Normerede sengepladser inkluderer senge på akut modtageafsnit, senge til intensiv behandling, hotelsenge (til indlagte patienter), kuvøser samt senge på neonatalafsnit. Vugger til nyfødte på fødeafsnit og senge på opvågningsafsnit medregnes ikke til de normerede sengepladser.</i></p>
<p>Patienthotel</p>	<p>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></p>
<p>Henvisning og venteperiode</p>	
<p>Henvisning</p>	<p>Anmodning fra en henvisende instans til et afsnit/sygehus 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></p>
<p>Omvisitering</p>	<p>Afslutning af henvisning ved videre henvisning til anden sygehusafsnit for samme helbredsproblem.</p>
<p>Henvisningsdato</p>	<p>Dato for modtagelse af en henvisning på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten. <i>Start dato for henvisningsperioden.</i></p>
<p>Henvisningsmåde</p>	<p>Angivelse af fra hvilken instans, patienten er henvist.</p>
<p>Henvisningsperiode</p>	<p>Periode fra henvisningsdatoen til dato for første fremmøde på sygehuset. <i>Første fremmøde er indlæggelse eller første ambulante besøg.</i></p>
<p>Udredning</p>	<p>Indledende afklaring af, hvilken undersøgelse og behandling en henvisning skal føre til. <i>Udredning kan ske ambulante, omfattende et eller flere besøg, eller evt. indlæggelse. Udredning afslutter henvisningsperioden. Udredning under indlæggelse afslutter venteperioden og efter udredningen oprettes ny henvisning til behandling.</i></p>
<p>Behandling</p>	<p>Klinisk intervention med et kurativt eller palliativt sigte. <i>Behandling er, når patientens behandling iværksættes enten som indlagt eller ambulante.</i></p>
<p>Ventende patient (ventepatient) (ventelistepatient)</p>	<p>Patient som afventer behandling. <i>Patienten er ventende fra henvisningsdato indtil behandling bortset fra eventuel mellemliggende udredningsperiode.</i></p>

Venteperiode (ventetid) (brutto ventetid)	Periode fra henvisningsdatoen til dato for behandling. <i>Venteperioden kan også afsluttes uden behandling, hvis patienten ikke kan, skal eller vil behandles. Venteperioden kan indeholde perioder hvor patienten ikke er ventende.</i>
Aktiv ventetid	Antal dage i venteperioden evt. fratrukket de perioder hvor patienten ikke er aktivt ventende. <i>Der kan være flere perioder i ventetiden hvor patienten ikke aktivt venter.</i>
Ventestatus	Angivelse af om patienten er ventende eller ej. <i>I hele henvisningsperioden skal der være en ventestatus. Hvis patienten udredes ambulant og der tages stilling til at patienten skal behandles ambulant, indberettes ventestatus fra dato for stillingtagen til behandling og til dato for behandling.</i>
Udvidet fritvalgsordning	Tilbud om behandling på anden sygehusafsnit end det sted patienten oprindeligt er henvist. <i>Hvis ventetiden til behandling overstiger 2 måneder, skal patienten modtage et tilbud om behandling på anden sygehusafsnit.</i>
Afslået behandlingstilbud	Patientens afslag af tilbud om behandling på anden 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>

Vedrørende indlæggelseskontakter

Indlæggelseskontakt	Kontakt med et sengeafsnit som stamafsnit med anvendelse af normeret sengeplads.
Indlæggelsesperiode	Periode fra indlæggelsesdato til udskrivningsdato.
Indlæggelse	Påbegyndelse af en indlæggelseskontakt. <i>Ved indlæggelse registreres startdato og indlæggelsestidspunkt.</i>
Indlæggelsesdato	Dato for påbegyndelse af en indlæggelseskontakt. <i>Se kontaktstartdato.</i>
Indlæggelsesmåde	Angivelse af prioritet for start af indlæggelseskontakt. <i>Akut eller planlagt.</i>
Indlæggelsesvilkår	Angivelse af de juridisk-administrative forhold ved indlæggelse af en psykiatrisk patient. <i>Anvendes kun for psykiatriske patienter.</i>
Akut indlæggelse	Indlæggelse, der har fundet sted uden iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner. <i>Se akut.</i> <i>Indlæggelse i forbindelse med fødsel er akut. Undtagelse herfor er planlagt kejsersnit, der udføres som planlagt. Hvis en fødepa-</i>

tient har været indlagt til aflastning i en periode før fødslen, skal aflastningsperioden afsluttes, og der skal oprettes en ny akut indlæggelseskontakt, når fødslen går i gang.

Indlagt patient (stationær patient)	Patienttype for patient, der er indskrevet på et sengeafsnit og op tager en normeret sengeplads. <i>Indberettes som patienttype(0).</i>
Stationær ydelse	Ydelse givet til en indlagt patient. <i>Inkluderer eventuelle assistancer givet under indlæggelsesperioden.</i>
Udskrivning	Afslutning af en indlæggelsesperiode.
Udskrivningsdato	Dato for afslutning af en indlæggelseskontakt. <i>Se kontaktslutdato.</i>
Orlov (midlertidigt fravær)	Aftale mellem stamafsnittet og en indlagt patient om, at patienten kan forlade sygehuset for et kortere tidsrum. <i>Orlov må ikke overskride tre døgn. I forbindelse med helligdage kan orlovsperioden dog forlænges tilsvarende. Orlov medfører ikke udskrivning. Orlovsperioder skal ikke indberettes.</i>
Længerevarende fravær	Aftale mellem stamafsnittet og en indlagt patient om, at patienten i en periode forlader sygehuset, men samtidig disponerer over en sengeplads efter behov <i>Kan kun anvendes for indlagte psykiatriske patienter. Længerevarende fravær medfører ikke udskrivning. Længerevarende fravær kan strække sig over maksimalt 30 dage. Længerevarende fravær skal ikke indberettes.</i>
Fravær uden aftale	En indlagt retspsykiatrisk patient forlader sygehuset uden aftale, men disponerer over en sengeplads efter behov. <i>Kan kun anvendes for indlagte retspsykiatriske patienter. "Fravær uden aftale" medfører ikke udskrivning. "Fravær uden aftale" skal ikke indberettes.</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>
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>
Vedrørende ambulante kontakter	
Ambulant kontakt	Kontakt med et ambulatorieafsnit som stamafsnit. <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 sygdom. Alle ydelser givet i indlæggelsesperioden, skal registreres på indlæggelsen.</i>
Ambulant ydelse	Ydelse givet til en ambulant patient. <i>Omfatter ydelser produceret af stamafsnittet, assistancer produceret af andre kliniske afsnit og assistance-ydelser produceret af service-afsnit. Ydelser givet i en indlæggelsesperioden for samme sygdom registreres på indlæggelseskontakten, jf. kommentar under "ambulant patient". Se også assistance og ambulant besøg.</i>
Ambulant besøg	En ambulant patients fremmøde på stamafsnit. <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), fremmøde på andet klinisk afsnit til assistance-ydelse. 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>
Dato for første ambulante besøg	Dato for den ambulante patients første ambulante besøg. <i>Kan være til udredning eller behandling.</i>
Kontrolbesøg (kontrol)	Planlagt ambulant besøg mhp. klinisk kontrol.
Vedrørende skadestuekontakter	
Skadestuekontakt	Kontakt med et skadestueafsnit som stamafsnit. <i>Ethvert fremmøde (besøg) registreres som en selvstændig afsluttet kontakt.</i>
Skadestuepatient	Patienttype for patient, der er indskrevet på et skadestueafsnit. <i>Indberettes som patienttype (3). Indskrivning sker efter selvhenvendelse, henvisning eller indbringelse på grund af tilskadekomst eller anden akut opstået tilstand.</i>
Kliniske termer	
SKS-klassifikation	Klassifikation der indgår i Sundhedsvæsenets Klassifikations-System (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. Procedu-</i>

rekoder skal være gyldige på proceduredato. Der gælder herudover særlige regler i forbindelse med de forskellige registreringer.

- Kodeart** Angivelse af den efterfølgende SKS-kodes registreringsmæssige betydning.
Inkluderer arten "tillægskode" (+), der angiver, at den efterfølgende SKS-kode er en tillægskode.
- Primærkode** Den første kode i en SKS-registrering.
Primærkoden skal ses sammen med den foranstillede kodeart, fx (A)DA180F aktionsdiagnosen "tuberculosis coxae".
- (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.
Tillægskoden specificerer primærkodens betydning, fx sideangivelse til operationskode eller udbygger primærkodens information, fx indikation for procedure.

Diagnoseregistrering

- Diagnose** Helbredsrelateret tilstand udtrykt på grundlag af en sundhedsfaglig vurdering.
Omfatter egentlige sygdomme, skader, andre lidelser, symptomer og kontaktårsager, inkl. "obs. pro", "kontrol" m.m. Klassificeres efter "Klassifikation af sygdomme".
- Diagnose (diagnosekode)** Klassificeret betegnelse for en diagnose, der er optaget i gældende "Klassifikation af sygdomme".
Registreres med SKS-kode og specificeres evt. med tillægskode. I SKS-format (indberetning) har disse koder et foranstillet "D". Indberettes med angivelse af diagnoseart.
- Diagnoseart** Angivelse af den efterfølgende SKS-diagnosekodes registreringsmæssige betydning.
Diagnosearten vil normalt først blive endeligt fastlagt ved kontaktens færdigregistrering.
- Aktionsdiagnose** Den diagnose, der ved afslutning af en kontakt bedst angiver den vigtigste tilstand, som kontakten drejede sig om.
Registreres med diagnosearten (A). Det er en klinisk vurdering, hvad der er den vigtigste tilstand (diagnose).
- Bidiagnose** Diagnose, der supplerer beskrivelsen af den afsluttede kontakt.
Registreres med diagnosearten (B). Bidiagnoser supplerer aktionsdiagnosens beskrivelse af den afsluttede kontakt. Kun de klinisk betydende bidiagnoser skal registreres.
- Midlertidig diagnose** Diagnose, der anvendes som arbejdsdiagnose i det kliniske un-

(arbejdsdiagnose)	dersøgelses- og behandlingsforløb. <i>Diagnosearten (M) er reserveret til denne anvendelse. Indberettes ikke på afsluttede kontakter.</i>
Henvisningsdiagnose	Diagnose, der angives af henvisende instans som årsag til henvisning. <i>Registreres med diagnosearten (H).</i>
Procedureregistrering	
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>
Procedurekode	Klassificeret betegnelse for en procedure, der er optaget i gældende SKS procedureklassifikation. <i>Registreres med SKS-kode og specificeres evt. med tillægskode. Indberettes med angivelse af procedureart.</i>
Ydelse	Procedure, der er udført.
Producent	Det afsnit, der har udført en procedure. <i>Registreres på sygehus-afdelingsklassifikationens 7-karakters afsnitsniveau.</i>
Rekvirent	Det afsnit, der har bestilt en procedure. <i>Registreres på sygehus-afdelingsklassifikationens 7-karakters afsnitsniveau.</i>
Assistance	Procedure, hvor producenten er forskellig fra stamafdelingen. <i>Der skelnes på sygehus-afdelingsklassifikationens 6-karakters afdelingsniveau. Assistanter kan indberettes i henvisningsperioden.</i>
Proceduredato	Dato for udførelse af procedure. <i>Generelt registreres starttidspunktet.</i>
Proceduretime	Angivelse af time for en procedures udførelse. <i>Generelt registreres starttidspunktet.</i>
Procedureminut	Angivelse af minut for en procedures udførelse. <i>Generelt registreres starttidspunktet.</i>
Planlagt procedure (elektiv procedure)	Procedure, der ønskes gennemført under iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner.
Akut procedure	Procedure, der er gennemført uden iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner. <i>Procedurer udført akut kan registreres med tillægskoden (+) "akut".</i>

Aflyst procedure	Procedure, som ikke gennemføres på det tidspunkt, der er meddelt patienten. <i>Patienten er skriftligt eller mundtligt meddelt det oprindeligt planlagte tidspunkt.</i>
Behandling (behandlingskode)	Procedure med kurativt, palliativt eller profylaktisk sigte. <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>
Undersøgelse (undersøgelseskode)	Procedure med diagnostisk sigte. <i>Diagnostiske procedurer foretaget af klinisk personale, udført med eller uden anvendelse af instrument/apparatur. Klassificeres efter gældende "Undersøgelsesklassifikation" (under udarbejdelse). Profylaktiske handlinger bør betegnes "profylakse" eller "forebyggelse".</i>
Klinisk kontrol (kontrolundersøgelse) (kontrol)	Kontrol af patientens tilstand eller af en tidligere iværksat behandling <i>Kontrol foretaget af klinisk personale.</i>
Pleje	Procedure med plejemæssigt sigte. <i>Plejehandling foretaget af klinisk personale. Klassificeres efter gældende "Behandlings- og Plejeklassifikation".</i>
Profylakse	Procedure med forebyggende sigte. <i>Forebyggende handling 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 (indberetning) har disse koder et foranstillet "K". Flere operationer kan indgå i ét kirurgisk indgreb.</i>
Kirurgisk indgreb (indgreb)	Én 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>
Reoperation	Operation foretaget for 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 hoftedelesprotese.</i>
Procedureart (operations) (operationsart)	Angivelse af den efterfølgende SKS-procedure kodens registreringsmæssige betydning. <i>Omfatter "primære operation" og "deloperation". Disse anvendes i registreringen af kirurgisk indgreb. Andre procedurer indberettes med procedurearten "blank".</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>
Deloperation	Operation, der indgår som en del af et kirurgisk indgreb uden at være den primære operation eller den vigtigste operation. <i>Indberettes med operationsarten "D".</i>

Komplikationsregistrering

Komplikation til procedure (komplikation)	Tilstand som er en utilsigtet følge af en procedure. <i>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"</i>
--	---

Registrering ved graviditet, abort, fødsel og barsel

Abort	Svangerskabsafbrydelse. <i>Kan være spontan eller provokeret – medicinsk eller kirurgisk.</i>
Sygehusfødsel (fødsel)	Fødsel, der afsluttes på sygehus. <i>Registrering og indberetning af sygehusfødsler omfatter alle fødsler, der afsluttes på sygehus inkl. inkomplette fødsler, herunder hjemmefødsler, der afsluttes på sygehuset.</i>
Komplet hjemmefødsel	Fødsel, hvor såvel barnet som moderkagen er født i hjemmet. <i>Medregnes ikke til sygehusfødsler.</i>
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>
Paritet	Angivelse af antallet af gennemførte svangerskaber.

Inkluderer dødfødsler og inkluderer den aktuelle fødsel.

Cancerregistrering

Anmeldelsespligtig sygdom (diagnose)	Sygdom, hvortil der gælder særlige krav om indberetning til Cancerregisteret. <i>Diagnose(kode) tilhørende liste over "Anmeldelsespligtige sygdomme" (neoplasier). For disse diagnoser er der særlige krav til registrering, 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>
Recidiv (sygdomsrecidiv)	Genkomst af den samme sygdom. <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>
Skønnet radikalitet	Kirurgens skøn over graden af radikaliteten af et givet indgreb. <i>"Radikalitet" udtrykker grad af fjernelse af en given (neoplastisk) sygdom. Vurderet på baggrund af den gennemførte operation. Skal registreres som tillægskode til visse operationer ved anmeldelsespligtig sygdom.</i>
Stadium	Den anmeldelsespligtige sygdoms udbredelse <i>Registreres ved kontaktens start eller snarest derefter, dog senest 4 måneder efter kontaktens start.</i>
Diagnosegrundlag	Angivelse af undersøgelser der ligger til grund for diagnosen.
Anatomisk lokalisation	Angivelse af tumors anatomiske lokalisation
Ulykkesregistrering	
Ulykke	En ufrivillig hændelse karakteriseret ved en hurtigtvirkende 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.
Selv mord/ selvmordsforsøg	En handling med eller uden dødelig udgang, hvor personen forsætligt har tilføjet sig selv skade.
Skade	Kropslig defekt, forårsaget af en ydre påvirkning. <i>Læsioner som sår, knoglebrud, forstrækninger etc. Skader registreres med diagnosekoder.</i>
Senfølge	Følge efter tidligere behandlet skade som følge af ulykke, voldshandling eller selvmords-forsøg

Teknisk del

1. Teknisk beskrivelse for indberetning til LPR

Denne del indeholder en vejledning i, hvorledes data skal opbygges for at kunne indberettes til LPR. Vejledningen er forholdsvis teknisk og henvender sig primært til de IT-afdelinger, som står for LPR indberetningen.

Hvilke datafelter, der skal indberettes fra de enkelte afsnit på de enkelte patienttyper, er anført i databladene. Ved indberetninger af datafelter, som ikke er angivet i denne udgave, skal definitionen findes i tidligere udgaver.

2. 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
Indlæggelsestid/ time for ankomst til skadestue	x		x
Minut for ankomst til skadestue			x
Kommunennummer	x	x	x
Henvisningsdato	x	x	
Henvisningsmåde	x	x	
Kode for fritvalgsordning (kun private sygehuse)	x	x	
Henvisende sygehusafsnit	x	x	
Ventestatus	x	x	
Startdato for ventestatus	x	x	
Slutdato for ventestatus	x	x	
Indlæggelsesmåde	x		
Indlæggelsesvilkår (kun for psykiatriske afd.)	x		
Slutdato	x	x	
Udskrivningstid	x		
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
Diagnosekodennummer	x	x	x

(forsættes)

(fortsat)

Datanavn	Indgår i registeringen for:		
	Indlagte patienter	Ambulante patienter	Skadestuepatienter
Procedureart (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	x	x	x
Procedurekodennummer (SKS-kode)	x	x	x
Proceduredato (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	x	x	x
Proceduretime (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	x	x	x
Procedureminut (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	x	x	x
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		
Besøg hos egen læge	x		
Besøg hos sygehusafsnit/speciallæge	x		
Nummer ved flerfoldfødsel	x		
Barnets vægt	x		
Barnets længde	x		

(x) fakultativ

3. 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/afd. ledelses område (afd.). 3. position angiver afsnit som vedrører ”subspeciale”, ambulatorium, skadestue og lign.		
Værdisæt		
Ifølge den gældende sygehusklassifikation.		
Indgår i registrering for:		
Indlagte patienter Ambulante patienter Skadestuepatienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Patienttype	PATTYPE	1
Definition/beskrivelse		
<p>Angivelse af patientens administrative relation til sygehuset.</p> <p>Indlagt patient Patienttype for patient, der er indskrevet på et sengeafsnit og optager en normeret sengeplads</p> <p>Ambulant patient Patienttype for patient, der er indskrevet på et ambulatorium</p> <p>Skadestuepatient Patienttype for patient, der er indskrevet på et skadestueafsnit</p>		
Værdisæt		
<p>0 indlagt patient 2 ambulant patient 3 skadestuepatient</p>		
Indgår i registrering for:		
<p>Indlagte patienter Ambulante patienter Skadestuepatienter</p>		

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:		
Indlagte patienter Ambulante patienter Skadestuepatienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Startdato	STARTDATO	6
Definition/beskrivelse		
<p>For indlagte patienter: Datoen for påbegyndelse af indlæggelseskontakten.</p> <p>For ambulante patienter: Datoen for påbegyndelse af den ambulante kontakt Normalt dato for patientens første besøg i ambulatorium efter henvisning.</p> <p>For skadestue patienter: Dato for ankomst til skadestue.</p> <p>FØDSELSDATO ≤ STARTDATO ≤ SLUTDATO</p>		
Værdisæt		
<p>På formen dag, måned og år.</p> <p>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
Indlæggelsestid eller tid for ankomst til skadestue	INDLÆGTIME TANSKA	2
Definition/beskrivelse		
<p>Klokkeslæt i hele timer for kontaktstart på sengeafsnit/ankomst til skadestue.</p>		
Værdisæt		
<p>00-23</p>		
Indgår i registrering for:		
<p>Indlagte patienter Skadestuepatienter</p>		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Minut for ankomst til skadestue	MIANSKA	2
Definition/beskrivelse		
Klokkeslæt i minutter for ankomst til skadestue.		
Værdisæt		
00-59		
Indgår i registrering for:		
Skadestuepatienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Kommunennummer	KOMNR	3
Definition/beskrivelse		
Bopælskommunennummer, kan ses i Sygehusklassifikationen. 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 971-992 For personer uden bopæl eller ukendt bopæl kodes 999		
Værdisæt		
Ifølge gældende kommunekoder (kan ses i Sygehusklassifikationen). KOMNR skal være numerisk.		
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	Programdatanavn	Max. antal positioner
Henvisningsmåde	HENVISNMÅDE	1
Definition/beskrivelse		
Angivelse af fra hvilken instans patienten er henvist.		
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
Indlæggelsesmåde	INDMÅDE	1
Definition/beskrivelse		
Angivelse af prioritet for kontaktstart.		
Værdisæt		
1 akut 2 ikke akut		
Indgår i registrering for:		
Indlagte patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Indlæggelsesvilkår	INDVILK	1
Definition/beskrivelse		
Angivelse af de juridiske-administrative forhold ved indlæggelsen af en psykiatrisk patient.		
Værdisæt		
1 Almindelig frivillig 2 Tvang ('rød blanket') 3 Tvang ('gul blanket') 4 Andre retslige forhold 6 Barn indlagt efter Lov om Social Service § 42		
Indgår i registrering for:		
Indlagte patienter på psykiatriske afdelinger		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Slutdato	SLUTDATO	6
Definition/beskrivelse		
<p>For indlagte patienter: Datoen for afslutning af indlæggelseskontakten.</p> <p>For ambulante patienter: Datoen for afslutning af den ambulante kontakt.</p>		
Værdisæt		
<p>På formlen dag, måned og år. SLUTDATO skal være en valid dato. SLUTDATO skal være blank for uafsluttede forløb.</p>		
Indgår i registrering for:		
<p>Indlagte patienter Ambulante patienter</p>		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Udskrivningstime	UDSKRIVTIME	2
Definition/beskrivelse		
<p>Klokkeslæt i hele timer for afslutning af indlæggelseskontakten.</p>		
Værdisæt		
<p>00-23</p>		
Indgår i registrering for:		
<p>Indlagte patienter</p>		

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		
Indgår i registrering for:		
Indlagte patienter		
Ambulante patienter		
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 og G.		
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 og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion 2 ulykke 3 voldshandling 4 selvmord/selvordsforsøg 5 senfølge 8 andet 9 ukendt/uoplyst		
For somatiske indlagte patienter skal kontaktårsagskoden registreres, hvis der er en aktionsdiagnose i intervallet DS000-DT799.		
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*.		
Vedrørende vejledning henvises til den gældende "Klassifikation af sygdomme", som udgives af Sundhedsstyrelsen.		
Indgår i registrering for:		
Indlagte patienter på somatiske afdelinger, fakultativ på psykiatriske afdelinger 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		
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 registeringsmæssige betydning.		
Værdisæt		
<p>A Aktionsdiagnose B Bidiagnose H Henvisningsdiagnose M Midlertidig diagnose (kan kun anvendes for åbne, somatiske ambulante forløb) C Komplikation</p>		
<p>Der skal altid være anført en aktionsdiagnose på en afsluttet kontakt. Vedr. uafsluttede somatiske kontakter henvises til databeskrivelsen for diagnosekodennummer.</p>		
<p>For A og H: kun 1 forekomst pr. kontakt.</p>		
<p>For bidiagnoser kan psykiatriske afdelinger foretage en prioritering efter indberetningsrækkefølge.</p>		
<p>H er obligatorisk hvis henvisningsmåde er 1, 2, E, F eller G</p>		
<p>Til arten C må der kun forekomme 'diagnoser' fra SKS-kapitlerne D (diagnose) og E (andre diagnoser. SKS-kode EU* må ikke anvendes).</p>		
<p>Indberettes sammen med en SKS-diagnosekode.</p>		
Indgår i registrering for:		
<p>Indlagte patienter Ambulante patienter Skadestuepatienter</p>		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Diagnosekodenummer	DIAG	10
Definition/beskrivelse		
<p>Klassificeret betegnelse for en diagnose, der er optaget i gældende ”Klassifikation af sygdomme”.</p> <p>Kodenummer/numre for patientens diagnose(r) skal registreres efter følgende regler:</p> <p>Henvisningsdiagnose på henvisningstidspunktet.</p> <p>Diagnose(r) for patienter indlagt på somatisk afdeling på udskrivningstidspunktet. Diagnose(r) for patienter indlagt på psykiatrisk afdeling – se vejledningsdelen. For patienter i ambulans forløb på somatisk afdeling, skal der senest 1 måned efter 1. besøg være registreret mindst en diagnose. For patienter i ambulans forløb på psykiatrisk afdeling – se vejledningsdelen. For skadestuepatienter ved udskrivning/afslutning fra skadestue.</p>		
Værdisæt		
<p>I følge den gældende klassifikation af sygdomme i SKS-format, udgivet af Sundhedsstyrelsen (ICD-10).</p> <p>1. position: skal være D i overensstemmelse med kapitelinddelingen i SKS 2.-10. position: skal følge kodelængden i ”Klassifikation af Sygdomme”.</p> <p>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.</p> <p>For visse sygdomme klassificeret med en ICD-10 kode kræves obligatorisk anvendelse af tillægskoder eller bidiagnoser. Der kan herudover fakultativt registreres SKS-tillægskoder. Indberettes som SKS-kode (SKSKO).</p>		
Indgår i registrering for:		
<p>Indlagte patienter Uafsluttede indlagte patienter på psykiatriske afdelinger Ambulante patienter Uafsluttede somatiske ambulante forløb senest 1 måned efter 1. besøg Uafsluttede psykiatriske ambulante forløb pr. 31.12 Skadestuepatienter</p>		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Procedureart	PROCART	1
Definition/beskrivelse		
<p>Angivelse af den efterfølgende SKS-procedure (operations) kodes registreringsmæssige betydning.</p>		
Værdisæt		
<p>Registrering af operationer (kapitlerne A-Y incl.) ifølge gældende ”Klassifikation af operationer”.</p> <p>V = Vigtigste operation i en afsluttet kontakt P = Vigtigste operation i et operativt indgreb D = Deloperation: Anden/andre operation(er) i et operativt indgreb</p> <p>På kontakter afsluttet efter 1. januar 2004 er det fakultativt at anføre et 'V' på én operationskode inden for en afsluttet kontakt. Der kan kun anføres ét 'V' på én operationskode inden for en afsluttet kontakt.</p> <p>Operationer med operationsarten 'V' på uafsluttede kontakter indberettes til Landspatientregisteret med operationsart 'P'.</p> <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.</p> <p>Andre procedurer indberettes med procedureart blank.</p> <p>Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO).</p>		
Indgår i registrering for:		
<p>Indlagte patienter, indberettes sammen med procedurekode. Ambulante patienter, indberettes sammen med procedurekode. Skadestuepatienter, indberettes sammen med procedurekode.</p>		

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).		
Der gælder specielle regler for indberetning af aflyste operationer.		
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.		
HENVISDTO ≤ PROCDTO ≤ SLUTDATO for indlagte og ambulante patienter STARTDATO ≤ PROCDTO for skadestuepatienter		
Værdisæt		
På formen dag, måned og år.		
Proceduredato skal også indberettes 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 STARTDATO = PROCDTO 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 egen 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 ambulante patients fremmøde på stamafsnit.		
Besøg kan ikke indberettes, hvis patienten ikke har en åben ambulante 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		
Angivelse af ventestatus for patienten.		
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		
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		
<p>Dato for start af en periode med ventestatus.</p> <p>For hver periode med ventestatus skal der registreres en startdato.</p> <p>På den VENTE-struktur der har den ældste DATOSTVENTE, skal DATOSTVENTE = HENVISDTO</p>		
Værdisæt		
På formen dag, måned og år.		
Indgår i registrering for:		
<p>Indlagte patienter</p> <p>Ambulante patienter</p>		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Slutdato for ventestatus	DATOSLVENTE	6
Definition/beskrivelse		
<p>Dato for slut af en periode med ventestatus.</p> <p>For hver periode med ventestatus skal der registreres en slutdato.</p> <p>Der må ikke være overlap af venteperioderne indenfor samme kontakt.</p>		
Værdisæt		
På formen dag, måned og år.		
Indgår i registrering for:		
<p>Indlagte patienter</p> <p>Ambulante patienter</p>		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Dato for afslået tilbud om behandling på anden sygehusafsnit	DTONAFTLB	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.		
$HENVISDTON \leq DTONAFTLB \leq STARTDATON$.		
For ambulante patienter:		
Datoen for afslået tilbud skal ligge imellem henvisningsdatoen og slutdato.		
$HENVISDTON \leq DTONAFTLB < SLUTDATON$.		
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 sygehusklassifikationen		
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, incl. dødfødsler og aktuel fødsel.		
Værdisæt		
Antal 01-20		
Uoplyst = U (2. position blank)		
Skal registreres, hvis der er en DO80* - 84* som aktionsdiagnose.		
Indgår i registrering for:		
Indlagte patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Besøg hos jordemoder	BESJORD	2
Definition/beskrivelse		
Antal besøg hos jordemoder som led i svangrekontrollen. Oplysningen fås evt. fra vandrerjournalen.		
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 svangrekontrollen. 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
Besøg hos sygehusafsnit/speciallæge	BESSPEC	1
Definition/beskrivelse		
Antal besøg hos læge på obstetrisk eller kirurgisk afsnit eller hos praktiserende speciallæge som led i svangrekontrollen.		
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 flerfoldsfødsel.		
Værdisæt		
Alfabetisk A – F		
A Første barn		
B Andet barn		
C Tredje barn		
D Fjerde barn		
E Femte barn		
F Sjette barn		
Skal registreres, hvis der er en DZ38* som aktionsdiagnose.		
Ved enkeltfødsel registreres A.		
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		

4. 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. 1/1 2002. Der skal dog foretages fejlsøgning på deldøgnskontakter afsluttet før 1/1 2002 efter regler gældende før 1/1 2002.

Valideringer for de enkelte felter

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 1.1.95, 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 1/1-2002

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 1.1.97 må pos. 7 også være 8 eller 9.

STARTDATO

Gyldig dato (DDMMÅÅ).

FØDSELSDATO skal være før eller lig med STARTDATO.

INDLÆGTIME / TANSKA

Blank eller 00-23.

Hvis PATTYPE = 0, skal INDLÆGTIME være forskellig fra blank.

Hvis PATTYPE = 2, skal INDLÆGTIME være blank.

Hvis PATTYPE = 3, skal TANSKA være forskellig fra blank.

MIANSKA

Blank eller 00-59.

Hvis PATTYPE = 0 eller 2, skal MIANSKA være blank.

Hvis PATTYPE = 3, skal MIANSKA være forskellig fra blank.

KOMNR

Skal findes i Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation.

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 31.12.98, skal HENVIS-DTO være forskellig fra blank.

Hvis PATTYPE = 0 eller 2, skal HENVISDTONUM være før eller lig med START-DATO.

Hvis STARTDATO er mindre end 01.01.04 og PATTYPE = 2 skal HENVIS-DTONUM være før eller lig med DTOFORU (hvis denne udfyldt), som skal være før eller lig med DTOENBH (hvis denne udfyldt).

Hvis PATTYPE = 3, skal HENVISDTONUM være blank.

FØDSELSDATO skal være før eller lig med HENVISDTONUM.

HENVISNMADE

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 HENVISDTONUM ligger efter 31.12.03 er 3, 5, 9, B, C, og D ikke længere til-ladt, hvorimod koderne F og G tillades.

På kontakter med HENVISNMADE E skal HENVISDTONUM ligge efter 31.12.2001

På kontakter med HENVISNMADE F eller G skal HENVISGH være udfyldt.

Hvis PATTYPE = 0 eller 2, skal HENVISNMADE være forskellig fra blank.

Hvis PATTYPE = 3, skal HENVISNMADE være blank.

INDMADE

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 31.12.03, 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, skal SLUTDATO være blank.

UDSKRIVTIME

Blank eller 00-23.

Hvis PATTYPE = 0 og AFD ikke har speciale 50 eller 52 og SLUTDATO er efter 31.12.93, så skal UDSKRIVTIME være forskellig fra blank.

Hvis PATTYPE = 0 og AFD har speciale 50 eller 52, må UDSKRIVTIME være blank.

Hvis PATTYPE = 2 eller 3, skal UDSKRIVTIME være blank.

AFSLUTMÅDE

En af værdierne blank, 1, 2, 4, 7, 8, A, E, F eller G.

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 31.12.98 og AFD ikke har speciale 50 eller 52, så må AFSLUTMÅDE ikke være lig 4.

På kontakter, der er afsluttet efter 31.12.98 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 og G tillades.

På kontakter med AFSLUTMÅDE E skal SLUTDATO for PATTYPE = 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligge efter 31.12.2001

UDSKRILSGH

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 eller G, 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.

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 31.12.03 skal både DTOFORU og DTOENBH være blanke.

FRITVALG

En af værdierne blank eller 1.

HENVSGH

Blank eller i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation på HENVISDTO for PATTYPE 0 eller 2. De sidste 3 cifre (afdelingskoden) kan være "000", såfremt sygehuskode er forskellig fra egen sygehuskode (SGH).

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.

Strukturen DIAGN:

(Anvendt indtil 31.12.94)

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 31.12.93).

Strukturen OPERA:

(Anvendt indtil 31.12.95)

OPR

Skal findes i Sundhedsstyrelsens ”Klassifikation af operationer”.

OPRAFD

Blank eller i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation.

Strukturen OKOMB:

(Anvendt indtil 31.12.95)

OPR

Skal findes i Sundhedsstyrelsens ”Klassifikation af operationer”.

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 ÅÅÅÅMMDD.

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.

Strukturen PASSV:

PATTYPE = 3 må ikke have PASSV - struktur.

Indenfor samme kontakt må der ikke være datooverlap mellem PASSV - strukturerne.

Hvis HENVISDTO ligger efter 31.12.03 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 30.6.2002 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 30.6.2002.

Hvis PATTYPE = 0, så skal DTOAFTLB være lig med eller efter HENVIS-DTO og lig med eller før STARTDATO.

Hvis PATTYPE = 2, så skal DTOAFTLB være lig med eller efter HENVIS-DTO og før SLUTDATO.

BEHANDTILSGH

Skal være blank eller findes i Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation på DTOAFTLB.

De 3 sidste cifre i BEHANDTILSGH må være '000'.

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 en 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 HENVIS-DTO.

DATOSLVENTE

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 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.

Strukturen ULYKK:

(Anvendt indtil 31.12.94)

1. ciffer = Stedkode. En af værdierne blank, 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.
2. ciffer = Blank (reserveret til fremtidig brug).
3. ciffer = Skademekanismekode. En af værdierne blank, 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 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.

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.

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.

Strukturen PSYKI:

PATTYPE = 0

INDVILK

En af værdierne 1, 2, 3, 4, 6.

Hvis AFD har speciale 50 eller 52 og SLUTDATO eller STARTDATO er efter 31.12.94, så skal INDVILK være forskellig fra blank.

Hvis PATTYPE = 2 eller 3, skal INDVILK være blank.

Valideringer pr. område

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, 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.

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.

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 31.12.94, skal der være en og kun en ART = A.

Hvis PATTYPE = 0 og AFD ikke har speciale 50 eller 52, skal der være en aktionsdiagnose.

Hvis PATTYPE = 0 og AFD har speciale 50 eller 52, skal der være en aktionsdiagnose pr. 31.12.

Hvis PATTYPE = 2 og SLUTDATO er blank og AFD har speciale 50 eller 52, skal der være en og kun en aktionsdiagnose pr. 31.12.

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 HENVISD TO er mindre end STARTDATO og HENVISMÅDE er 1, 2, 3, 5, B, C, D, E, F eller G, så skal der være en SKS-kode med ART = H.

Hvis PATTYPE = 0 eller 3, så må ART ikke være lig med M.

Hvis PATTYPE = 2 og SLUTDATO er udfyldt, så må ART ikke være lig med M.

Hvis PATTYPE = 2 og AFD har speciale 50 og 52, så må ART ikke være lig med M.

Procedurer

Generelt

Hvis ART = V, P, D eller blank, skal KODE være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens klassifikationer på pågældende PROCDTO. Hvis PROCDTO ikke er udfyldt, så på en dato efter eller lig med STARTDATO og før eller lig med SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 (hvis udfyldt). For PATTYPE = 3 og PROCDTO ikke er udfyldt, så på STARTDATO.

Hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.97 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 PROC MIN.

Hvis PROCDTO beskriver en dato før 31.12.2002, skal PROCDTO være efter eller lig med STARTDATO.

Hvis PATTYPE 0 eller 2 og PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2002, skal PROCDTO være efter eller lig med HENVISD TO. Hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2002 og PATTYPE = 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 PATTYPE 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.

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 31.12.95 og KODE tilhører K-koder, så skal PROCAFD være udfyldt.

Hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.97 og KODE tilhører K-koder, så skal PROCTIM og PROCMIN være udfyldt.

Procedurearter

ART = V må kun forekomme en gang pr. kontakt.

Hvis PATTYPE = 0 eller 2 og SLUTDATO ligger før 1.1.2004 og PROCDTO er udfyldt og STARTDATO er efter 31.12.95 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 SLUTDATO er udfyldt for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 og 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").

Aflyste procedurer

Hvis ART = blank og PROCDTO beskriver en dato efter 30.6.2000 og KODE er forskellig fra ZPP*, så skal PROCAFD være udfyldt.

Hvis ART = blank og PROCDTO beskriver en dato efter 30.6.2000 og KODE er forskellig fra ZPP* eller ZWCM*, så skal PROCTIM og PROCMIN være udfyldt.

Hvis PROCDTO ligger efter 31.12.1999 og SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 og KODE tilhører ZPP*, så skal PROCART være blank. Desuden skal der til samme primærkode være tilknyttet mindst en tillægskode for en ydelse fra SKS-hovedgrupperne.

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.

Tillægskoder

Skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens klassifikationer. Datovalideringen følger samme regel, som gælder for den primærkode, som tillægskoden er tilknyttet.

Tillægskode (ART = +) kan kobles på en forudgående SKSKO med ART = blank, A, B, C, G, H, M, V, P eller D.

Alle SKS-koder kan registreres som tillægskoder. (Der er dog få undtagelser herfra, fx ZPP*, som kun kan have ART = blank).

Der må maks. registreres 10 tillægskoder pr. KODE med tilhørende ART forskellig fra '+'.

Følgende koder må kun registreres som tillægskoder:

- AZCA* (anmeldelsesstatus)
- DUnnDn (svangerskabslængde)
- DUT* (rygevaner)
- M* (ATC)
- TUL* (sideangivelse)
- UXZ1* (kontrastindgift)
- ZKC* (cancerrelateret kirurgisk indgreb)
- AZCC*
- AZCD*
- AZCK*
- AZCL*

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 31.3.2001 må der pr. procedure højst anvendes én af koderne TUL1 eller TUL2.

ZKC* må kun registreres som tillægskode til en K-kode.

Fødsler og aborter

Svangerskabslængde

Hvis ART = A og PATTYPE = 0 og SLUTDATO ligger efter 31.12.95 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* (svangerskabs-længde).

Hvis ART = A og PATTYPE = 0 og SLUTDATO ligger efter 31.12.95 og KODE tilhører DO04*, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU01D*-DU11D* (svangerskabs-længde).

Hvis ART = A og PATTYPE = 0 og SLUTDATO ligger efter 31.12.95 og KODE tilhører DO05*, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU12D*-DU27D* (svangerskabs-længde).

Hvis ART = A og PATTYPE = 0 og SLUTDATO ligger efter 31.12.95 og KODE tilhører DO060, DO062, DO064 eller DO066, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU01D*-DU11D* (svangerskabs-længde).

Hvis ART = A og PATTYPE = 0 og SLUTDATO ligger efter 31.12.95 og KODE tilhører DO061, DO063, DO065 eller DO067, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU12D*-DU27D* (svangerskabs-længde).

Hvis ART = A og PATTYPE = 0 og SLUTDATO ligger efter 31.12.95 og KODE tilhører DO80*-DO84*, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU20D*-DU45D* eller DU99DX (svangerskabs-længde).

Moderens record

Hvis ART = A og PATTYPE = 0 og SLUTDATO ligger efter 31.03.98 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 31.12.99, så skal tilhørende ART = A.

Hvis PATTYPE = 0 og KODE er i intervallet DO60* - DO75* og SLUTDATO ligger efter 31.12.99 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 31.12.99 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 31.12.03, 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 31.12.03, så skal der være en ART = blank og en procedurekode ZZ0240 med følgende tillægskoder tilknyttet

- VPH* , eller VV00005
- DU0000

Barnets record

Hvis ART = A og PATTYPE = 0 og SLUTDATO ligger efter 31.12.96 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 31.03.98 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 31.12.03 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 31.12.03 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*
- VPK00K00

Abortregistrering

Såfremt DO040 - DO067 forekommer som aktionsdiagnose, skal der være en operationskode i intervallet KLCH00 - KLCH99 eller en behandlingskode BKHD4*

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 (svangerskabs-længde).

Hvis ART = A og SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.98 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.

Såfremt SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.98 og der forekommer tillægskoden DUM01, så skal samme primærkode have mindst en tillægskode med DQ*.

Psykiatri

Hvis ART = A eller G og AFD har speciale 50 eller 52, skal diagnosen være fra listen af godkendte psykiatri-diagnoser (se vejledningsdelen). Kravet gælder hvis en af nedenstående kriterier er opfyldt:

- SLUTDATO ligger efter 31.12.95
- SLUTDATO er blank og PATTYPE = 0 eller 2
- STARTDATO er efter 31.12.95 og PATTYPE = 3

Forgiftninger

Generelt

Såfremt SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2000 og ART = A og KODE tilhører de forgiftningsdiagnosekoder, der står anført i kapitel vedrørende tillægskodning vejledningsdelen (DD521 - DT500), så skal der umiddelbart efter følge en ART = + hvor KODE er en ATC-kode. ATC-koderne er kendetegnet ved, at 1. position er "M".

Forgiftningskoder for narkotika

Såfremt SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2000 og ART = A / B og KODE tilhører DF11*, DF15*, DF16*, DF19* eller 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 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 30.6.2002 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*, DT409*, DT436* eller DT438*, så skal pågældende kode være 6 karakterer lang.

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 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 31.12.98 og DIAGART = A og KODE er en anmeldelsespligtig cancerdiagnose 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 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 jf. vejledningsdelen, så må der ikke være tilknyttet tillægskoden AZCA2.

Behandlinger

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, jf. vejledningsdelen, og kontakten indeholder et eller flere kirurgiske indgreb med kode forskellig fra KT* og KU* og med proceduredato efter 31.12.2000 og før 1.1.2002, så skal der til hvert kirurgisk indgreb være registreret mindst en tillægskode ZKC*. I det enkelte kirurgiske indgreb, er det frit, om tillægskoden knyttes til koden med ART = V, P eller D.

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2001 og DIAGART = A og KODE er en anmeldelsespligtig cancerdiagnose, jf. vejledningsdelen, og kontakten indeholder et eller flere kirurgiske indgreb med koderne, jf. vejledningsdelen kapitel 12 og med proceduredato efter 31.12.2001, skal der være registreret en tillægskode = ZKC*. I det kirurgiske indgreb, skal der knyttes en tillægskode = ZKC* til hver kode med ART = V, P eller D, jf. vejledningsdelen.

Stadium

Hvis følgende betingelser er opfyldt

- STARTDATO ligger efter 31.12.2003 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 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*.

Diagnosegrundlag

Hvis følgende betingelser er opfyldt

- STARTDATO ligger efter 31.12.2003 og
- DIAGART = A/B og

- DIAG tilhører anmeldelsespligtige diagnosekoder 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*.

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

så skal følgende betingelse være opfyldt:

Der skal være tilknyttet mindst en af tillægskoderne TUL1, TUL2 eller TUL3.

Lokalisation

Hvis

- STARTDATO ligger efter 31.12.2003 og
- DIAGART = A/B og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1 og
- DIAG tilhører grupperne DB211, DB212, DC81* - DC85*, DC902 og DC923

så skal følgende betingelse være opfyldt:

Der skal være tilknyttet mindst en tillægskode i grupperne DC00*-DC41*, DC44*, DC47* - DC77*.

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 30.6.2000 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.

Hoftedalsalloplastik

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 30.6.2000, 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 30.6.2000, 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 lændediscusprolaps

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.

5. Detaljeret teknisk beskrivelse

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. Strukturernes 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 1.1.2001
-	Indlæggelsesvilkår	
-	Udskrivningsdato/ Slutdato for ambulansforløb	
-	Udskrivningstime	Kun for heldøgnskontakter udskrevet fra den 01.01.1994.
-	Afslutningsmåde	
-	Afsluttet til sygehusafsnit	
-	Udskrevet til	Før 01.01.2001
-	Kontaktårsagskode	
-	Ulykkeskode	På udskrivninger før den 01.01.1995 indberettes ulykkeskoder i struktur ULYKK. På udskrivninger fra den 01.01.1995 indberettes ulykkeskoder i struktur SKSKO.
-	Behandlingsdage	Før 01.01.2002
-	Dato for forundersøgelse	Før 01.01.2004

-	Dato for endelig behandling	Før 01.01.2004
-	Kode for fritvalgsordning	Kun for private sygehuse/ klinikker
-	Henvisende sygehusafsnit	
-	Diagnoseart	Kun for kontakter udskrevet fra den 01.01.1995. Indberettes i struktur SKSKO.
-	Diagnosekodennummer	På kontakter udskrevet før den 01.01.1995 indberettes diagnosekodennummer i struk- turen DIAGN. På kontakter udskrevet fra den 01.01.1995 indberettes diagnosekodennummer i struk- turen SKSKO.
-	Modifikation	Kun for kontakter udskrevet før den 01.01.1994.
-	Procedureart	Kun for procedurer fra den 01.01.1996. Indberettes i struk- turen SKSKO.
-	Procedurekodennummer	For operationer før den 01.01.1996 indberettes opera- tionskodennummer i strukturen OPERA. For procedurer fra den 01.01.1996 indberettes proce- durekodennummer i strukturen SKSKO.
-	Proceduredato	Kun for procedurer fra den 01.01.1996. Indberettes i struk- turen SKSKO.

-	Kode for opererende/ producerende afsnit	For operationer før den 01.01.1996 indberettes kode for opererende afsnit i strukturen OPERA For procedurer inkl. operationer fra den 01.01.1996 indberettes kode for producerende afsnit i strukturen SKSKO.
-	Proceduretime	Kun for procedurer fra den 01.01.1998. Indberettes i strukturen SKSKO.
-	Procedureminut	Kun for procedurer fra den 01.01.1998. Indberettes i strukturen SKSKO.
-	Kombination	Kun for operationer før den 01.01.1996.
-	Dato for besøg	
-	Personalekategori	Før 01.01.2001
-	Psykiatrisk ydelse	Før 01.01.2001
-	Ydelsessted	Før 01.01.2001
-	Årsag til passiv ventetid	Før 01.01.2004
-	Startdato for passiv ventetid	Før 01.01.2004
-	Slutdato for passiv ventetid	Før 01.01.2004
-	Dato for afslået tilbud om behandling i anden 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

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 knytter sig til. Hvis der er flere tillægskoder til samme primærkode, indberettes de umiddelbart efter hinanden.

A, B, C, H og M angiver diagnosearten. Skal efterfølges af en ICD-10 diagnosekode.

V, P og D angiver procedurearten ved operationsregistrering. Skal efterfølges af en operationskode. V og P skal yderligere efterfølges af en proceduredato, proceduretime, procedureminut og kode for producerende sygehusafdeling.

For procedurer (ikke kirurgiske) med arten ”blank” er procedure-dato, -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 henvisningsdato 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)

Eksempler på indberetningsrecords

Strukturen for de enkelte nøgleord er vist på de efterfølgende sider.

= blank karakter

Eksempel på indberetning af operationskoder som SKS-koder:

INDUD06713010310010101000102010112##701#####02010111100101
121#####20008

SKSKO006HDN801**SKSKO006**ADN801**SKSKO005**+TUL1

SKSKO006BDN830**SKSKO005**+TUL2

SKSKO028VKLAD00####02010113013311430**SKSKO005**+TUL1

SKSKO028DKLAB10####02010113013311430**SKSKO005**+TUL2**SLUT%**

Følgende SKS-koder er anvendt:

- | | | | |
|---|----------|---|-----------------------------|
| - | HDN801 | - | Henvisningsdiagnose |
| - | ADN801 | - | Aktionsdiagnose |
| - | +TUL1 | - | Tillægskode (sideangivelse) |
| - | BDN830 | - | Bidiagnose |
| - | +TUL2 | - | Tillægskode (sideangivelse) |
| - | VKLAD00- | | Vigtigste operative indgreb |
| - | +TUL1 | - | Tillægskode (sideangivelse) |
| - | DKLAB10 | - | Deloperation |
| - | +TUL2 | - | Tillægskode (sideangivelse) |

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 |

Eksempel på indberetning af cancerdiagnose , aflyst operation, henvisende sygehusafsnit samt venteoplysninger:

INDUD087130129920101010001150304####701#####260204#G100504
##F1309349#####1309349

SKSKO006HDC437SKSKO007ADC437ASKSKO006+AZCA1

SKSKO008+AZCD13BSKSKO007+AZCD31SKSKO007+AZCD49
SKSKO006+AZCK0SKSKO006+AZCL0SKSKO005+TUL1
SKSKO006BDC819SKSKO006+AZCA1SKSKO007+AZCC2A
SKSKO006+AZCK0SKSKO006+AZCK4SKSKO006+AZCL1
SKSKO007+DC774A
SKSKO028#ZPP21B####17030413012991000SKSKO007+KQDE10
SKSKO028VKQDE10A###24030413012991430SKSKO005+ZKC0
BESØG006150304BESØG006240304BESØG006290304BESØG006150404
BESØG006100504
VENTE01413260204020304VENTE01411030304080304
VENTE01423090304150304VENTE01412160304190304
VENTE01426200304240304SLUT%

Følgende SKS-koder er anvendt:

- HDC437 - Henvisningsdiagnose
(henvisningsdato = 260204)
- ADC437A - Aktionsdiagnose
- +AZCA1 - Tillægsk.(Anmeldelsesstatus)
- +AZCD13B- Tillægsk.(Stadium-primær tumor)
- +AZCD31 - Tillægsk.(Stadium-regionale metastaser)
- +AZCD49 - Tillægsk.(Stadium-fjern metastaser)
- +AZCK0 - Tillægsk.(Diagnosegrundlag –
makroskopisk)
- +AZCL0 - Tillægsk.(Diagnosegrundlag - mikroskopisk)

-
- +TUL1 - Tillægsk.(Lateralitet)
 - BDC819 - Bidiagnose
 - +AZCA1 - Tillægsk.(Anmeldelsesstatus)
 - +AZCC2A - Tillægsk.(Stadium-Ann Arbor lymfom)
 - +AZCK0 - Tillægsk.(Diagnosegrundlag – makroskopisk)
 - +AZCK4 - Tillægsk.(Diagnosegrundlag – makroskopisk)
 - +AZCL1 - Tillægsk.(Diagnosegrundlag - mikroskopisk)
 - +DC774A - Tillægsk.(Lokalisation)
 - #ZPP21B - Proc.aflyst pga. tekniske probl. et døgn før fastlagt dag (aflyst proceduredato = 170304)
 - +KQDE10 - Tillægskode til den aflyste procedure
 - VKQDE10A- Vigtigste operative indgreb (operationsdato = 240304)
 - +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) |

Sletning af kontakt

En kontakt slettes i Landspatientregisteret ved kun at indberette nøgleoplysninger (dog indberettes patienttypen som værende blank).

Ved nøgleoplysninger forstås nedennævnte oplysninger:

- 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

Såfremt der foretages ændringer til en given kontakts nøgleoplysninger, skal der altid indberettes en sletterecord, før kontakten genindberettes.

Eksempler på indberetning af en sletterecord:

INDUD0281301031#010101000102019412###SLUT%

INDUD0281401032#01010100010301941205SLUT%

Detaljeret indhold af struktur

INDIVID/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	HENVISDØ	6	CH	Henvisningsdato
45	INDMÅDE	1	CH	Indlæggelsesmåde
46	HENVISNMÅDE	1	CH	Henvisningsmåde
47	SLUTDATO	6	CH	Udskrivningsdato
53	UDSKRIVTIME	2	CH	Udskrivningstime
55	AFSLUTMÅDE	1	CH	Afslutningsmåde
56	UDSKRILSGH	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 behandling
80	FRITVALG	1	CH	Kode for fritvalgsordning
81	HENVSGH	7	CH	Henviseende 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 (indtil 31/12-1994)	6	CH	Diagnosekode
7	MOD (indtil 31/12-1993)	1	CH	Modifikation

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULARNAVN
Operationer				OPERA
	PROGRAM DATANA	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	OPR (indtil 31/12-1995)	5	CH	Operationskode
6	OPRAFD (indtil 31/12-1995)	7	CH	Opererende sygehusafsnit

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULARNAVN
Sammenhørende operationer				OKOMB
	PROGRAM DATANA	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	OPR (indtil 31/12-1995)	5	CH	Sammenhørende operation

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULARNAVN
Besøgs oplysninger				BESØG
	PROGRAM DATANA	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 DATANA	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 behandling i anden sygehusafsnit
20	BEHANDTILSGH	7	CH	Sygehusafsnitskode for den afsnit det afslåede behandlingstilbud er givet til

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULARNAVN
Venteoplysninger				VENTE
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	VENTESTATUS	2	CH	Status for venteperiode.
3	DATOSTVENTE	6	CH	Startdato for periode med ventestatus.
9	DATOSLVENTE	6	CH	Slutdato for periode med ventestatus.

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULARNAVN
Ulykkes koder				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 sygehusafdeling/speciallæge
7	SIDMEN (til 31.12.2001)	6	CH	Dato for sidste menstruation

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULARNAVN
Psykiatri oplysninger				PSYKI
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	INDFRA (til 31.12.2000)	1	CH	Indlagt fra
2	INDVILK	1	CH	Indlæggelsesvilkår
3	UDSKRTIL (til 31.12.2000)	1	CH	Udskrevet til

Stikordsregister

Abort	69;104	BEHANDTILSGH	132;144
Abortregistrering.....	154	BEHDAGE	140
Adresseafsnit.....	96	BESJORD.....	133;146
AFD.....	110;136	BESLÆGE	133;146
Afdeling	95	BESSPEC	134;146
Aflyst procedure	58;103	BESØG	167
Aflyste procedurer	151	Besøgsdato.....	29
AFSLUTMÅDE.....	118;139	Bidiagnose	47;101
Afslutningsmåde	19;25;94	bidiagnoser	49
Afsluttet til	20	BOBST	167
Afsnit.....	96	Cancer.....	156
Afsnitsnummer.....	22	CPRNR	112;136
Aktionsdiagnose.....	12;47;48;101	Deloperation.....	104
Aktiv ventetid.....	98	DIAG	124;142
Aktivitetskode.....	39	DIAGART	123
Akut.....	95	DIAGN	167
Akut modtageafsnit.....	96	Diagnose	46;101
Akut patient.....	95	Diagnoseart.....	47;101
Akut procedure	102	Diagnosegrundlag.....	86;105;157
Ambulant besøg	26;100	Diagnosekode	47
Ambulant besøgsdato.....	100	Diagnoser.....	147
Ambulant kontakt	12;26;99	DISTKOD	137
Ambulant patient.....	26;100	DRG.....	56
Ambulant ydelse	26;100	DTOAFTLB	131;144
Ambulatorium.....	96	DTOBES	129;142
Anamnese.....	54	DTOENBH.....	122;140
Anatomisk lokalisation	87;105	DTOFORU	140
Anmeldelsespligtig sygdom..	72;105	DTOSLPAS.....	143
anmeldelsesstatus.....	79	Erstatnings-CPRNR	137
Anmeldelsesstatus.....	77;105;156	Fejlsøgning	136
Ann Arbor lymfom	85	FLERNR.....	134;145
Apgarscore	68	Forgiftninger.....	42;155
Arbejdsdiagnose.....	47	Fravær uden aftale	99
ART.....	141	FRITVALG	141
Assistance	26;55;62;102	fritvalgsordning	98
Barnets record	154	Fysio- og ergoterapi	63
base-excess.....	68	Fødsler på vej til sygehuset	65
Behandling	97;103	Førstegangsbesøg	64
Behandlingsmodning	17	Gravide	17

HENVISDØ.....	115;137	Landspatientregisteret	6
Henvisning	14;15;97	Lateralitet.....	86;158
Henvisningsdato.....	14;23;97	Lokalisation	158
Henvisningsdiagnose ..	18;47;50;102	LÆNGDE.....	135;146
Henvisningsmåde.....	23;97;115	Længerevarende fravær.....	99
Henvisningsperiode	14;97	Medicinsk abort.....	69
HENVISNMADE	115;138	MIANSKA	114;137
Hjemmebesøg	27;64;95	Midlertidig diagnose	47;50;101
Hotelpatient.....	21;27;95	Misdannelser	69
Indikation	51	Misdannelsesregistrering.....	154
Indlagt patient	21;99	Mistanke om cancer	74
Indlagt psykiatrisk patient.....	32	MOBST	167
Indlæggelse	98	MOD.....	142
Indlæggelseskontakt.....	21;98	Moderens record.....	153
Indlæggelsesmåde	21;23;94;98	navlesnors-pH.....	68
Indlæggelsesperiode.....	21;98	Normeret sengeplads	97
Indlæggelsesvilkår	24;32;98;116	Obs. pro- diagnoser	52
INDLÆGTID.....	113;137	OKOMB	167
INDMADE.....	116;138	Omvisitering.....	17;97
INDUD.....	166	OPERA	167
INDVILK.....	116;146	Operation	56
Inkomplet hjemmefødsel	104	OPR	142
Intensivafsnit.....	96	OPRAFD	142
Intern flytning	99	Opvågningsafsnit.....	96
Kirurgisk indgreb	56	Orlov.....	21;99
KODE	141	Overflytning	99
Kodeart.....	101	Paritet.....	104
Koder for køretøjsulykker.....	39	PARITET.....	132;146
Kombinerede indgreb	57	PASSV.....	167
Kommunekode	23	Patient	94
KOMNR.....	137	Patienthotel	27;97
Komplet hjemmefødsel.....	65;104	Patienttype	22;94
Komplikation	50;104	PATTYPE	111;136
Komplikation til procedure.....	47	Personnummer	22;112
Kontakt.....	94	Planlagt	95
Kontaktmodellen.....	11	Planlagt kejsersnit	65
Kontaktårsag	24;35;40;94	Planlagt patient	95
Kontrolbesøg.....	64;100	Planlagt procedure.....	102
Kontrolpatienter	17	Primære operation	56;104
Kontrolundersøgelse	54	Primærkode	101
KONTÅRS.....	120;140	PROC.....	126
Kvalitetsindikatorer	158	PROCAFD.....	128;141
kvalitetsmål	90	PROCART.....	125

PROCDTO	127;141	Skønnet radikalitet.....	105
Procedure	55;56;102	SLUT	167
procedureart	57	SLUTDATO	117;138
Procedureart	56;104	Stadium.....	82;105;157
Procedurearter	150	Stamafdeling.....	95
Procedurekode.....	56	Stamafsnit.....	96
Procedurer	149	STARTDATO	113;137
PROCMIN	128;141	Stationær ydelse	99
PROCTIM.....	127;141	Stedkode	38
Producent	102	Svangerskabslængde	70
Provokeret abort.....	69	Sygehusfødsel.....	65;104
PSYKI	167	Sygehusnummer	22
Psykiatri	31;155	TANSKA.....	113;137
Psykiatrisk patient.....	31	Telefonkonsultation.....	95
Psykiatriske diagnoser	31	Tillægskode	47;101
Radiologiske procedurer	151	Tillægskodning	51;60
Radiologiske ydelser.....	62	TNM klassifikationen.....	83
Rask ledsager	21	Tobaksforbrug	67
Recidiv	76;105	Transportform, modpart	39
Registrering af diagnoser	149	Transportform, tilskadekomne	39
Rekvirent.....	102	Udredning.....	14;97
Reoperation	56;58	Udskrivning	99
Sekundær operation	56;58;104	UDSKRIVTIME	117;139
Selv mord	40;105	UDSKRTILSGH	119;122;140
Senfølge	40;105	ULK.....	121
Sengeafsnit.....	96	ULYKK	167
Serviceafsnit.....	96	Ulykke	40;105
SGH.....	110;136	Ulykker	147
Sideangivelse	60	Ulykkeskode.....	121
SIDMEN	146	Undersøgelse.....	103
Skade.....	105	VENTE.....	167
Skader	37	Venteforløb.....	14
Skadesmekanismekode	38	Ventende patient.....	97
Skadestue	96	Venteperiode	14;98
Skadestuekontakt	34;100	Ventestatus	14;19;98
Skadestuepatient	34;100	ventetidsregistrering	8
SKS	12	Voldshandling	40;105
SKS-browser	12	VÆGT	135;145
SKS-klassifikation	100	Ydelse	102
SKSKO	166	Ændrede krav	8
SKS-kode	12;100	ÅRSAGPAS	143
skønnet radikalitet.....	88		