

Sundhedsstyrelsen

**Fællesindhold for
basisregistrering af
sygehuspatienter
2003**

Koordinationsgruppen for
individbaseret patientregistrering

12. udgave af
Rapport nr. 6, 2002

Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2003

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: 20021122

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 87-91232-68-6

Den trykte versions ISBN: 87-91232-67-8

Forord

12. udgave af ”Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2003” er baseret på 11. udgaven med visse udvidelser/ændringer. Fra 1. januar 2003 er Fællesindholdet delt i to – en vejledningsdel og en teknisk del. Ændringerne i kravene til indberetning til Landspatientregistret i forhold til 11. udgave ses i indledningen på side 9.

Det ændrede fællesindhold træder i kraft med virkning fra 1. januar 2003.

Sundhedsstyrelsen, november 2002

Jens Kristian Gøtrik

Morten Andreas Hjulsager
Arne Kverneland

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING	7
Baggrund for publikationen	7
Fællesindhold	7
Formål med indberetningen	7
Bogens opbygning	8
Ændrede krav til indberetning for 2003	9
VEJLEDNINGSDEL	11
2. KONTAKTMODELLEN	13
3. INDLAGT PATIENT	16
4. AMBULANT PATIENT	21
5. SKADESTUEPATIENT	27
6. ULYKKER	30
Ulykkesregistrering for indlagte patienter	30
Ulykkesregistrering for skadestuepatienter	30
7. REGISTRERING AF DIAGNOSER	34
Definitioner - diagnoseregistrering	35
Diagnosearter	36
Tillægskodning	39
Særlige regler vedrørende diagnoseregistrering	40
Særlige kode- og registreringsprincipper	41
8. REGISTRERING AF PROCEDURER	44
Definitioner – procedureregistrering	45
Operationsregistrering	46
Aflyste operationer	48
Registrering af andre procedurer	49
Tillægskodning	50
Indberetning af radiologiske procedurer	50
Ambulante ydelser	51
9. FØDSLER OG ABORTER	54
Fødsler	54
Abortregistrering (provokeret abort)	56
Misdannelsesregistrering	57
Registrering af tillægskode for svangerskabslængde	57

10. PSYKIATRISK PATIENT	59
Indlagt psykiatrisk patient	60
Ambulant psykiatrisk patient	65
Psykiatrisk skadestuepatient	69
11. FORGIFTNINGER OG BIVIRKNINGER	72
12. ANMELDESESPLOGTIGE SYGDOMME, DER INDBERETTES TIL CANCERREGISTERET	75
13. DATA TIL BRUG FOR KVALITETSMÅLING	87
14. HENVISNINGSPERIODE OG VENTEPERIODE	91
15. DEFINITIONER TIL PATIENTREGISTRERING.	96
TEKNISK DEL	113
1. TEKNISK BESKRIVELSE FOR INDBERETNING TIL LPR	115
2. OVERSIGT OVER DATA DER INDGÅR I REGISTRERINGEN	116
3. DATABESKRIVELSER	118
4. FEJLSØGNING	145
Valideringer for de enkelte felter	145
Valideringer pr. område	154
5. DETALJERET TEKNISK BESKRIVELSE	166
Indberetning til LPR	166
Strukturoversigt	171
Eksempler på indberetningsrecords	174
Detaljeret indhold af struktur	178
STIKORDSREGISTER	182

1. Indledning

Baggrund for publikationen

”Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2003” (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 de nye reviderede ”Definitioner til patientregistrering”, se kapitel 15. Data fra sygehusene 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 individbaserede patientregistrering kun giver oplysninger om patienter, der har været i kontakt med et sygehus i form af indlæggelse eller besøg på ambulatorium eller skadestue.

I de senere år har LPR fået en rolle i arbejdet med kvalitetsudviklingen af sygehusvæsenet. I nogle specialer i højere grad end andre. Det er en realistisk vision, at LPR i de kommende år vil 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 og aborter” eller ”Registrering af diagnoser”. Desuden er der i det enkelte afsnit indarbejdet eksempler på registreringspraksis.

Som noget nyt er der udarbejdet et stikordsregister som en hjælp til at finde rundt i bogen.

De tidligere bilag med kodelister er flyttet til www.medinfo.dk/Registreringsvejledning. Samme sted findes 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 detaljeret 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 2003

I forhold til 2002-udgaven af ”Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter” (11. udgave af rapport nr. 6) er der tale om ændringer vedrørende:

- **Registrering af ambulante besøg.**
Fra 1. januar 2003 skal **alle** ambulante besøg indberettes til LPR, dvs. at det nu er muligt at indberette flere besøg pr. patient pr. dag pr. afdeling.
- **Anmeldelsespligtige kræftsygdomme.**
Kravet om registrering af anmeldelsesstatus for recidiv er bortfaldet.
- **Registrering af passiv ventetid.**
Det er kun muligt at registrere 2 årsager til passiv ventetid – enten ’Ønsket af patienten’ eller ’Afventer udredning/behandling på anden afdeling’. Denne ændring trådte i kraft pr. 1/7-02.
- **Registrering af afslået behandlingstilbud.**
Hvis der gives et tilbud om behandling på et andet sygehusafsnit, som patienten afslår, skal der registreres dato for afslået tilbud og hvilket sygehusafsnit tilbuddet var til. Denne ændring trådte i kraft pr. 1/7-02.
- **Registrering af elektrochok.**
Fra 1. januar 2003 er det obligatorisk at indberette udførte elektrochok behandlinger.
- **Reviderede definitioner til patientregistrering.**
En revidering af de anvendte definitioner er med i denne udgave af ”Fællesindholdet”, se kapitel 15.

- **Assistancer i henvisningsperioden**

Fra 1. januar 2003 er det muligt at indberette assistancer, fx røntgenydelser, i henvisningsperioden.

- **Registrering af hjemmebesøg**

Fra 1. januar 2003 skal hjemmebesøg indberettes som et besøg med en obligatorisk procedurekode: AAF6 ”Hjemmebesøg”, hvilket gør det muligt at adskille ambulante besøg fra hjemmebesøg. Udførte kliniske procedurer, fx iltbehandling, kan indberettes med separate procedurekoder – udover AAF6.

Vejledningsdel

2. Kontaktmodellen

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

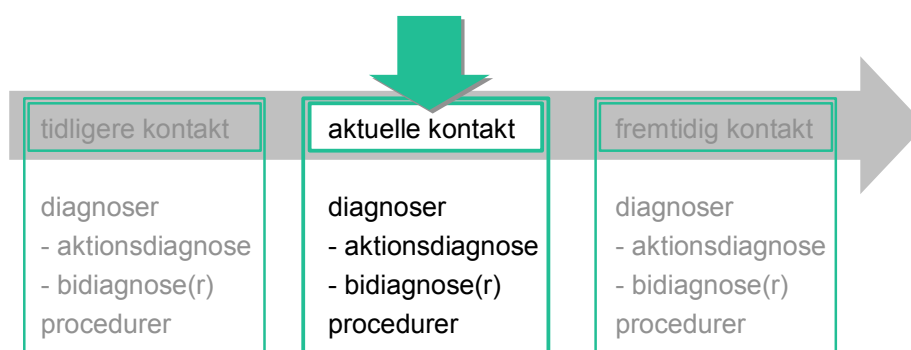
1. en indlæggelse
2. en ambulant kontakt (både besøg og ydelser)
3. et skadestuebesøg

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 forambulante besøg, indlæggelse og efterambulante besøg bliver til i alt 3 kontakter 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.

En indlæggelse og en ambulant kontakt kan have en forudgående henvisningsperiode. Denne periode indberettes sammen med den efterfølgende kontakt. Kravene til denne indberetning er beskrevet i kapitel 14 om henvisninger og ventetidsregistrering.

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.medinfo.dk.

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

Dette afsnit er medtaget som en vejledning til etablering af nye arbejdsgange, hvor der er behov for dette.

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. Indlagt patient

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

I dette kapitel er basisoplysninger vedr. indlagte patienter beskrevet. Diagnosekodning, procedurekodning (fx operationer), ulykkeskodning mm. er beskrevet i kapitlerne om det pågældende emne.

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

Indlagte patienter kan have orlov på 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, se specielle regler kapitel 10.

Raske ledsagere

Fra 1. januar 2002 indberettes raske personer, der ledsager syg person, 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 Sundhedsstyrelsen.

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

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

Afsnitsnummer	<p>Nummeret for det sengeafsnit, hvor patienten er i behandling.</p> <p><i>Værdisæt:</i> 7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen (de 4 første cifre angiver sygehuset)</p>
Patienttype	<p>Angivelse af en patients administrative relation til sygehuset.</p> <p><i>Værdisæt:</i> 0 = indlagt patient</p>
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:</i> Dansk CPR-nummer eller erstatnings CPR-nummer på 10 karakterer.</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	<p>Dato for påbegyndelse af en indlæggelseskontakt.</p> <p><i>Værdisæt:</i> Valid dato</p>
Indlæggelsestime	<p>Klokkeslæt i hele timer for kontaktstart på sengeafsnit.</p> <p><i>Værdisæt:</i> 00-23</p>
Kommunekode	<p>Patientens bopælskommune.</p> <p><i>Værdisæt:</i> 3-cifret gældende kommunekode. <i>Kan ses i Sygehusklassifikationen.</i></p>

- Henvisningsdato** Dato for modtagelse af en henvisning på den afdeling, der skal være stamafdeling for patienten.
Værdisæt: Valid dato
- Henvisningsmåde** Angivelse af fra hvilken instans patienten er henvist.
Værdisæt:
0 = Ingen henvisning
1 = Alment praktiserende læge
2 = Praktiserende speciallæge
3 = Eget sengeafsnit
5 = Andet sengeafsnit
8 = Herfødt
9 = Uoplyst
A = Andet
B = Eget ambulatorium
C = Andet ambulatorium
D = Skadestue
E = Udlandet (Kun patienter, der direkte henvises fra udlandet)
- Indlæggelsesmåde** Angivelse af prioritet for kontaktstart.
Værdisæt:
1 = Akut
2 = Planlagt
9 = Uoplyst
- Slutdato** Dato for afslutning af indlæggelseskontakt.
Værdisæt: Valid dato
- Udskrivningstime** Klokkeslæt i hele timer for afslutning af indlæggelseskontakt.
Værdisæt: 00-23
- Udskrivnings- eller afslutningsmåde** Angivelse af til hvilken instans patienten afsluttes til.
Værdisæt:
1 = Alment praktiserende læge
2 = Praktiserende speciallæge
3 = Eget sengeafsnit
5 = Andet sengeafsnit
8 = Død
9 = Uoplyst
A = Andet

B = Eget ambulatorium

C = Andet ambulatorium

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

Udskrevet/afsluttet til sygehusafsnit

Angivelse af, hvilket sengeafsnit eller ambulatorium patienten afsluttes til.

Er obligatorisk når der registreres afslutningsmåde 3, 5, B eller C.

Værdisæt:

*7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen
(de sidste 3 cifre kan være 000)*

De følgende tre registreringer vedr. passiv ventetid indberettes kun, hvis der i venteperioden op til indlæggelsen er forekommet passiv ventetid:

Årsag til passiv ventetid

Angivelse af grund til passiv periode.

Værdisæt:

0 = Ønsket af patienten

1 = Afventer udredning/behandling anden afdeling

Startdato for passiv ventetid

Dato for start af passiv periode.

Værdisæt: Valid dato

Slutdato for passiv ventetid

Dato for afslutning af passiv periode

Værdisæt: Valid dato

Dato for afslået tilbud

Dato for afslået tilbud om behandling i andet sygehusafsnit.

Værdisæt: Valid dato

Sygehusafsnitskode for det afsnit, behandlingstilbud er givet til

Værdisæt:

*7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen
(de sidste 3 cifre kan være 000)*

Kontaktårsag

Overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset.

Indberettes ved skadesregistrering ved aktionsdiagnose i intervallet DS00-DT799. Se kapitel 6 om ulykkesregistrering.

Diagnoser

For alle indlagte patienter skal der som minimum registreres en aktionsdiagnose. Der kan desuden indberettes bidiagnoser. Se beskrivelse i kapitel 7 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.

4. Ambulant patient

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 - assistanceydelse produceret af serviceafsnit
Ambulant besøg	En ambulant patients fremmøde på stamafsnit

I dette kapitel er basisoplysninger vedr. ambulante patienter beskrevet. 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*).

Der er tidligere besluttet, at fysio- eller ergoterapeutiske ydelser ikke skal indberettes til LPR, men fra 1. januar 2004 indgår også ambulante besøg hos fysioterapeut og ergoterapeut i indberetningen. Ambulante besøg i fysio- og ergoterapeutiske ambulatorier tilknyttet psykiatriske afdelinger skal som hidtil indberettes, se kapitel 10.

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”. Udførte kliniske ydelser kan indberettes med separate ydelsekoder.

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 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
(de 4 første cifre angiver sygehuset)*

Patienttype	Angivelse af en patients administrative relation til sygehuset <i>Værdisæt: 2 = ambulant 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 ambulant 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 den afdeling, der skal være stamafdeling 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>

3 = Eget sengeafsnit
5 = Andet sengeafsnit
9 = Uoplyst
A = Andet
B = Eget ambulatorium
C = Andet ambulatorium
D = Skadestue
E = Udlandet (Kun patienter, der direkte henvises fra udlandet)

Besøgsdato Dato for ambulant besøg (eller dato for hjemmebesøg)
Værdisæt: Valid dato

Dato for forundersøgelse
Dato for første fremmøde til forundersøgelse.
Værdisæt:
'Blank' eller Valid dato

Dato for endelig behandling
Dato for iværksættelsen af endelig behandling.
Værdisæt:
'Blank' eller Valid dato

De følgende tre registreringer vedr. passiv ventetid indberettes kun, hvis der i venteperioden op til den ambulante kontakt er forekommet passiv ventetid:

Årsag til passiv ventetid
Angivelse af grund til passiv periode.
Værdisæt:
0 = Ønsket af patienten
1 = Afventer udredning/behandling anden afdeling

Startdato for passiv ventetid
Dato for start af passiv periode.
Værdisæt: Valid dato

Slutdato for passiv ventetid
Dato for afslutning af passiv periode.
Værdisæt: Valid dato

Dato for afslået tilbud

Dato for afslået tilbud om behandling i andet sygehusafsnit.

Værdisæt: Valid dato

Sygehusafsnitskode for det afsnit behandlingstilbud er givet til

Værdisæt:

7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen

(de sidste 3 cifre kan være 000)

Ved den månedlige indberetning til LPR indberettes de uafsluttede ambulante kontakter med diagnose- og procedureregistrering. Se reglerne for diagnoser og procedurer nedenstående.

Ved afslutning af ambulant kontakt tilføjes:

Slutdato

Dato for afslutning af ambulant kontakt.

Værdisæt: Valid dato

Udskrivnings- eller afslutningsmåde

Angivelse af til hvilken instans patienten afsluttes til.

Værdisæt:

1 = Alment praktiserende læge

2 = Praktiserende speciallæge

3 = Eget sengeafsnit

5 = Andet sengeafsnit

7 = Udeblevet

8 = Død

9 = Uoplyst

A = Andet

B = Eget ambulatorium

C = Andet ambulatorium

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

Udskrevet/afsluttet til sygehusafsnit

Angivelse af hvilket sengeafsnit eller ambulatorium patienten afsluttes til.

Er obligatorisk når der registreres afslutningsmåde 3, 5, B eller C.

Værdisæt: 7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen

(de sidste 3 cifre kan være 000)

- 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 kapitel 7 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.

5. Skadestuepatient

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

I dette kapitel er basisoplysninger vedr. skadestuepatienter beskrevet. Ethvert fremmøde på en skadestue registreres som en selvstændig afsluttet kontakt. Ulykkesregistrering af skadestuepatienter beskrives i kapitel 6.

Oplysninger som medtages ved indberetning af 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 (de 4 første cifre angiver sygehuset)
- 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*
- Pos. 7 Århundredeskiller:*

0 = pt. født 1900-1999

5 = pt. født før 1900

6 = pt. født efter 1999

Pos. 8-9 Valgfrie bogstaver: A-Z

Pos. 10 Lige tal for kvinder

Ulige tal for mænd

Startdato Dato for ankomst til skadestue.
Værdisæt: Valid dato

Time for ankomst til skadestue
Klokkeslæt i hele timer for ankomst til skadestue.
Værdisæt: 00-23

Minut for ankomst til skadestue
Klokkeslæt i minutter for ankomst til skadestue.
Værdisæt: 00-59

Kommunekode Patientens bopælskommune.
Værdisæt: 3-cifret gældende kommunekode.
Kan ses i Sygehusklassifikationen.

Udskrivnings- eller afslutningsmåde
Angivelse af til hvilken instans patienten afsluttes til.
Værdisæt:
1 = Alment praktiserende læge
2 = Praktiserende speciallæge
3 = Eget sengeafsnit
5 = Andet sengeafsnit
8 = Død
9 = Uoplyst
A = Andet
B = Eget ambulatorium
C = Andet ambulatorium
E = Udlandet (Kun hvor sygehuset beslutter behandling i udlandet)

Udskrevet/afsluttet til sygehusafsnit

Angivelse af, hvilket sengeafsnit eller ambulatorium patienten afsluttes til.

Er obligatorisk når der registreres afslutningsmåde 3, 5, B eller C.

Værdisæt:

*7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen
(de 3 sidste cifre kan være 000)*

Kontaktårsag

Overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset.

Kontaktårsagskode skal altid registreres på en skadestue.

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

Der gælder andre regler for psykiatriske skadestuepatienter – se kapitel 10.

6. Ulykker

Ulykkesregistrering for indlagte patienter

For indlagte patienter skal der indberettes kontaktårsags- og ulykkeskoder, når patienten har en aktionsdiagnose i intervallet DS00 - DT799. Det vil sige traumer, forgiftninger og anden voldelig legemsbeskadigelse - med undtagelse af komplikationer til lægelig behandling.

Hvis der på den indlagte patient findes kontaktårsag 2, 3 eller 4 kræves komplet ulykkeskodning, som beskrevet nedenfor i afsnittet om skadestuepatienter.

Vedrørende ulykkeskodning for indlagte psykiatriske patienter, se kapitel 10.

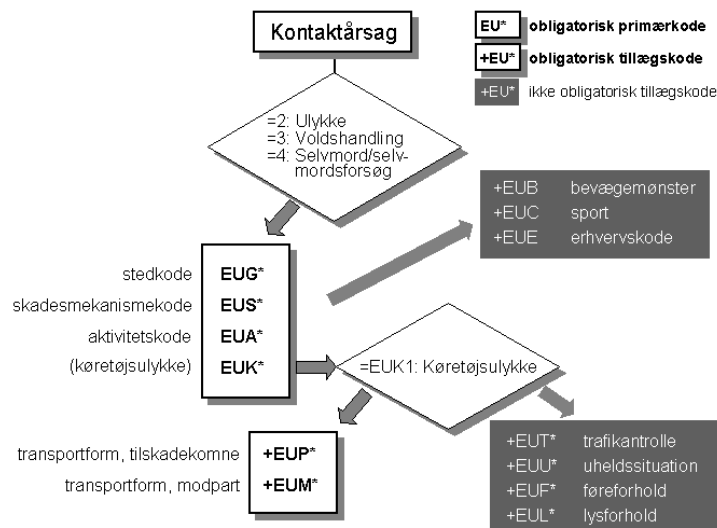
Ulykkesregistrering for skadestuepatienter

For registrering af skadestuepatienter gælder et særligt regelsæt. Der skal altid registreres kontaktårsag. Ved kontaktårsagerne (2) ulykke, (3) voldshandling og (4) selvmord/selvordsforsøg skal der foretages ulykkesregistrering.

Ved kontaktårsag 2, 3 eller 4 (se oversigt side 33) skal der for somatiske skadestuer være en aktionsdiagnose i intervallerne DR00 - DR999, DS00 - DT799 eller DZ00 - DZ999.

For psykiatriske skadestuer gælder samme regler ved kontaktårsag 2 og 3, men ved kontaktårsag 4 (selvmord/selvordsforsøg) er det tilladt at anvende diagnosekoder fra intervallet DX60* - DX84* samt alle diagnoser fra kapitlet DF* 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 figur 1, side 31.



Figur 1 Ulykkesregistrering på skadestuer

Værdisæt:

Stedkode

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

Skadesmekanismekode

- EUS0* *Slag, stød på grund af fald på samme niveau*
- EUS1* *Slag, stød på grund af fald på trappe eller til lavere niveau*
- EUS2* *Slag, stød på grund af kontakt med anden genstand, person eller dyr*
- EUS3* *Klemning, snit, stik*
- EUS4* *Fremmedlegeme*
- EUS5* *Kvælning*
- EUS6* *Kemisk påvirkning*
- EUS7* *Termisk, elektrisk, strålingspåvirkning*
- EUS8* *Akut overbelastning af legeme/legemsdel*
- EUS9* *Anden og ikke specificeret skadesmekanisme*

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 ét 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, forvridning, 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 mordsforsøg	Selvtilføjet skade. Selvmutilation/villet egenskade.
5	Senfølge	Følge efter tidligere behandlet skade som følge af ulykke, voldshandling eller selvmordsforsøg.
8	Andet	
9	Ukendt/uoplyst	

7. 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. Se også Kontaktmodellen, kapitel 2.

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). Pr. 1. januar 1994 blev en ny diagnoseklassifikation ICD-10 taget i anvendelse i registreringen. Den afløste den tidligere anvendte ICD-8 klassifikation. Der indberettes foruden de afsluttede kontakter også månedligt de åbne ambulante kontakter.

Der sker løbende en udbygning af klassifikationen med mere specificerede kodemuligheder. Disse kan ikke ses i bog-udgaven. 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.medinfo.dk/SKS/.

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, se kapitel 11 og 13.

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>
Grundmorbus - diagnoseart 'G'	Diagnose, der uden at være direkte årsag til kontakten med sygehuset, er en væsentlig baggrund for den aktuelle kontakt. Anvendes kun i den psykiatriske patientregistrering

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, én grundmorbusdiagnose (kun psykiatri) og én henvisningsdiagnose pr. kontakt. Kontaktens diagnoseregistrering suppleres med de klinisk ”relevante bidiagnoser”, se dette.

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 aktioneredes 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.

Smerten 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 (se dog psykiatrisk grundmorbus nedenfor).

Grundmorbus

Grundmorbus anvendes kun i den psykiatriske patientregistrering. I somatikken registreres tilgrundliggende eller kronisk sygdom som bidiagnose, hvis sygdommen har en klinisk eller ressourcemæssig signifikant betydning på den aktuelle kontakt .

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.
- Grundmorbus anvendes i psykiatrien og indberettes med diagnosearten 'G'.
- 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.medinfo.dk/Registreringsvejledning. 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 registreres på højeste detaljeringsniveau.

Særlige regler vedrørende diagnoseregistrering

Der gælder specielle regler for psykiatriske aktionsdiagnoser og grundmorbus, se kapitel 10.

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, se kapitel 12 vedrørende anmeldelsespligtige sygdomme.

Der stilles desuden specielle krav til diagnoseregistreringen ved skader som følge af ulykke, vold, selvmord eller selvmordsforsøg, samt ved fødsler og aborter. Dette er omtalt i kapitel 6 og 9.

Vedr. diagnoseregistrering ved forgiftninger, se kapitel 11.

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....”kontakt.

’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 vedrørte, uden at der klinisk er blevet stillet en egentlig eller endelig diagnose. ’Obs. pro’- diagnoser kan på den måde være med til at angive, hvad kontaktens ressourcetræk er anvendt til.

Ved kontaktregistrering vil en indledende 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(+)DT401

Observation pga. mistanke om toksisk effekt af indtaget stof, heroin

'Meningitis obs pro'

(A)DZ033(+)DG039

Observation pga. mistanke om sygdom i nervesystemet, meningitis uden specifikation

'Observation for epilepsi'

(A)DZ033A Observation for epilepsi

'Mistanke om malignt melanom på trunkus'

(A)DZ031P(+)DC435

Observation pga mistanke om ondartet svulst i hud, melanoma malignum trunci

'Mistanke om brystkræft'

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

Anamnese med

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(+)DQ532 Anamnese med bilateral retentio testis

Tilsvarende kan symptom eller følgetilstand specificeres med tillægskode:

DN469B(+)DQ532 Azoospermia (pga....) bilateral retentio testis

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.

8. 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.medinfo.dk/Registreringsvejledning.

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

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

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

Indberetningsstruktur

Udførte procedurer indberettes med procedureart, SKS-procedurekodennummer, proceduredato, procedureklokkeslæt, samt SKS-kodennummer 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 stampatientkontakten. 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.
Vigtigste operation	Angivelse af den vigtigste operation under en kontakt.
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 besøg-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 bog-udgaven. 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.medinfo.dk/SKS/.

Anvendelse af operationsart

- procedureart ’V’, ’P’ og ’D’

Analogt med diagnoserne skal der sammen med hver SKS-operationskode registreres en procedureart til markering af vigtigste operation ’V’ i en afsluttet kontakt samt markering af primære operation ’P’ og (øvrige) deloperationer ’D’ i hvert kirurgisk indgreb (se ”definitioner”).

For den samlede *afsluttede* kontakt, hvor der kan være ét eller flere kirurgiske indgreb - der er én P-operation for hvert indgreb i kontakten - udvælges dét ’P’, der anses for hele kontaktens vigtigste operation. Denne indberettes med (ændres til) operationsarten ’V’.

Udvælgelsen af primære operation i et indgreb ’P’ henh. vigtigste operation i den samlede afsluttede kontakt ’V’ er journalførende afdelings kliniske valg. Som en tommelfingerregel er den vigtigste operation ofte den, der mest direkte relaterer sig til patientens aktionsdiagnose. Er der flere ”lige vigtige” vil man ofte vælge den mest ressourcetunge (tid, penge, teknik). Se også ”Arbejdsgange” i kapitel 2.

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 'Dobbelttidig 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”
- 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, hvor registreringskravene er specificeret.

Der arbejdes på bedre metoder til sikring af en hensigtsmæssig formidling til afdelingerne.

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 ambulante afregning (DAGS) som ekstra honorering for specielle takstgivende ydelser. Sundhedsstyrelsen vil løbende vedligeholde lister over hvilke koder, der er takstbærende, se www.sst.dk.

Klassifikationen er under stadig udbygning.

Der henvises til SKS-Browser på www.medinfo.dk.

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. Se kapitel 12.

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 ambulant kontakt

Mange røntgenafdelinger har en ikke ringe del af deres produktion i forhold til ”egne patienter”, der henvises fra og returnerer til primærsektoren. Disse patienter skal indberettes som ambulante patienter på 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.medinfo.dk/Registreringsvejledning. 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” og www.medinfo.dk.

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 besøgindberetning, som der under alle omstændigheder sker.

Sygeplejerskeydelser fx kateterskift kan registreres med de relevante procedurerecoder. 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 er der fra 1. januar 2003 krav om indberetning af hjemmebesøg 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”.

Tillægskode(r) kan anvendes til specificering af den enkelte ydelse. Tillægskoderne kan ikke registreres som selvstændige procedurer.

Eksempler

Personalekategori kan angives ved tillægskode:

(+) personale-kategori, fx sygeplejerske (+)APBA14

Ydelser registreres på samme måde, uanset hvem der udfører proceduren.

(+) ydelsessted: ..i hjemmet (+)ZSGA

(+) prioritet: ..akut udført (+)ATA1

(+) anvendelse af tolkebistand: (+)ZAT

Kan registreres som tillægskode til undersøgelse eller anden procedurekode til angivelse af ”...med anvendelse af tolkebistand”. Kan ikke registreres som selvstændige procedurekoder.

Kan evt. specificeres:

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

9. Fødsler og aborter

Fødsler

Sygehusfødsel	Fødsel, der afsluttes på sygehus
Komplet hjemmefødsel	Fødsel, hvor såvel barnet som moderkagen er født i hjemmet
Inkomplet hjemmefødsel	Fødsel, hvor fødslen er startet i hjemmet eller på vej til sygehuset, men hvor fødslen afsluttes på sygehuset
Abort	Svangerskabsafbrydelse

Fødsler registreres altid som indlagte patienter med indlæggelses- og udskrivningstime. Fødsler er akutte - men mindre, at der er tale om planlagt kejsersnit eller planlagt igangsættelse.

Alle fødsler på sygehus samt fødsler, der fører til indlæggelse på sygehus, skal registreres med obstetriske oplysninger - fx fødsler på vej til sygehuset eller inkomplette fødsler i hjemmet, hvor mor og barn i umiddelbar tilslutning til fødslen indlægges akut.

Komplette hjemmefødsler defineret ved, at såvel barn som placenta er født i hjemmet, og hvor mor og barn umiddelbart i tilslutning hertil indlægges akut, skal ikke registreres som en sygehusfødsel. Indberettes særskilt som hjemmefødsel. Ved akut indlæggelse efter fødsel kan diagnosekoden DZ38* ikke bruges som aktionsdiagnose på barnet. Tilsvarende kan diagnosekoden DZ37* ikke bruges som bidiagnose på moderen. I sådanne tilfælde anvendes almindeligvis en aktionsdiagnose fra intervallet DO85* - DO92*, hvis indlæggelsen skyldes komplikationer i forløbet. Hvis der er tale om pleje og evt. undersøgelse i forbindelse med normal barselsseng anvendes koden DZ39*.

I de ganske få tilfælde, hvor fødslen sker uden, at der er jordemoder- eller lægeassistance, skal fødselsanmeldelsen indsendes af den jordemoder, der tager imod patienten.

Fødselsanmeldelsen

Fra 1. januar 1997 dannes fødselsregisteret på baggrund af de elektronisk indberettede data. Hjemmefødsler indberettes på blanket.

Dødfødsler indberettes for barnets vedkommende på særlig blanket.

Registreringer på mor

Der skal til fødselsdiagnosen DO80* - DO84*, som er aktionsdiagnose på fødselskontakten, obligatorisk registreres:

- tillægskode for svangerskabslængde (DU_{nn}D_n) på 6 karakterer med uger og dage
- tillægskode for tobaksforbrug (DUT*)
- bidiagnose for resultat af fødsel (DZ37*)

I specielle datafelter registreres:

- antal besøg hos jordemoder (00-25 eller U)
- antal besøg hos egen læge (0-9 eller U)
- antal besøg hos sygehusafsnit/speciallæge (0-9 eller U)
- paritet – antal fødsler inkl. dødfødsler samt den aktuelle fødsel (01-20 eller U)

U = uoplyst

Komplikationsdiagnoserne i intervallet DO60* - DO75* må kun forekomme som bidiagnoser. 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*.

Hvis fødslen er gået i gang, men ikke afsluttes på den pågældende afdeling (kontakt), fordi patienten overflyttes til specialafdeling eller lignende på grund af en komplikation, anvendes diagnosekoderne fra intervallet DO60* - DO75* som aktionsdiagnose. Fødselskoderne DO80* - DO84* må i disse tilfælde IKKE forekomme på den første kontakt.

Registreringer på barn

Aktionsdiagnosen på barnet er DZ38* 'levendefødt barn efter fødested'. Til denne aktionsdiagnose skal der registreres en tillægskode for fosterpræsentation (DUP*).

Desuden indberettes bidiagnoser for:

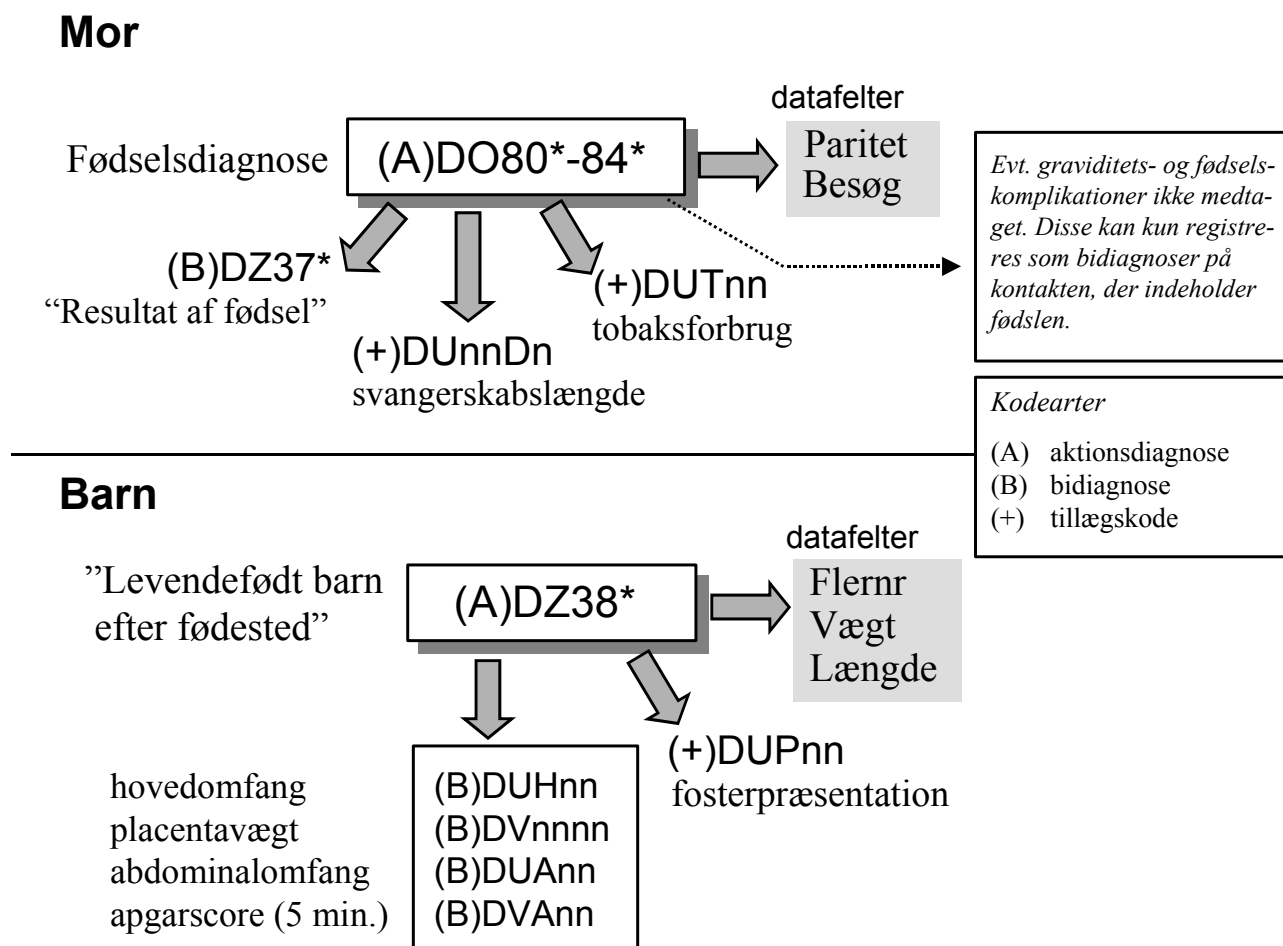
- apgarscore ved 5 minutter (DVA*)
- barnets hovedomfang (DUH*)
- barnets abdominalomfang (DUA*)
- placentavægt (DV*)

I specielle datafelter registreres:

- barnets vægt (angives i gram: 0000-9999)
- barnets længde (angives i cm: 00-99)
- nummer ved flerfoldsfødsel (A-F, ved enkeltfødsel registreres A)

Klassifikationer med koder, der registreres i forbindelse med fødsler, kan ses på www.medinfo.dk/Registreringsvejledning.

Reglerne for registrering ved fødsler er grafisk skitseret i figur 2.



Figur 2 Registrerings- og kodningsprincipper ved fødsel

Abortregistrering (provokeret abort)

Provokeret abort kan ske ambulant samt under indlæggelse. På kontakten, hvor abortindgrebet finder sted registreres en aktionsdiagnose i intervallet DO040 - DO067 samt en tillægskode for svangerskabslængde. Dette gælder for alle patienttyper.

Ved aktionsdiagnose DO040 - DO067 registreres samtidig en operationskode i intervallet KLCH00 - KLCH99 (kirurgisk abort) eller en behandlingskode fra gruppen BKHD4* (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 anbefales, at der registreres én samlet ambulante kontakt. I dette tilfælde er abortdiagnosen aktionsdiagnose på den ambulante kontakt. Eventuelle komplikationer registreres som bidiagnoser.

Misdannelsesregistrering

Til brug for Misdannelsesregisteret skal der ved spontane aborter efter 16. uge og ved provokerede aborter på medicinsk indikation efter 12. uge obligatorisk registreres en tillægskode vedr. misdannet foster. Disse tilstande identificeres ved hjælp af aktionsdiagnosen.

Ved provokerede aborter på medicinsk indikation efter 12. uge, dvs. kontakter med en aktionsdiagnosekode DO053 eller DO054, skal aktionsdiagnosen ud over tillægskode for svangerskabslængde have en tillægskode DUM* for 'misdannet foster...'.

Tilsvarende skal alle spontane aborter efter 16 fulde svangerskabsuger, dvs. kontakter med aktionsdiagnosen DO03* og en tillægskode for svangerskabslængde større end eller lig med 16 uger have en tillægskode DUM*.

Tillægskoderne er:

DUM01	Misdannet foster bekræftet
DUM02	Misdannet foster afkræftet
DUM09	Misdannet foster, uoplyst

Hvis 'Misdannet foster bekræftet' (DUM01) skal der yderligere være registreret mindst én tillægskode (DQ*) 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:

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

DU-tillægskode kan indberettes til relevante diagnoser. Der valideres for logisk sammenhæng mellem diagnosekoden og værdien af tilhørende tillægskode.

Vedrørende ambulante kontakter

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

10. Psykiatrisk patient

LPR skal omfatte samtlige afsluttede psykiatiske patienter – og hver måned indberettes også alle de uafsluttede. Det gælder for både indlagte og ambulante patienter.

Fra 1. januar 2003 gælder 2 nye definitioner ved psykiatrire registrering – se definitionskapitlet. Det drejer sig om ”Længerevarende fravær” og ”Fravær uden aftale”. ”Fravær uden aftale” gælder kun for indlagte retspsykiatiske patienter. De 2 former for fravær skal **ikke** indberettes til LPR.

For samtlige psykiatiske patienter er der begrænsning for hvilke diagnoser, der kan anvendes som aktionsdiagnose og grundmorbus. Følgende fortegnelse er vedtaget:

DF000-DF999	Psykiatiske diagnoser (kapitel V i ”Klassifikation af Sygdomme”)
DZ004	Psykiatrisk undersøgelse, ikke klassificeret andetsteds
DZ032	Obs pga mistanke om mentale eller adfærdsmæssige forstyrrelser
DZ038	Observation på mistanke om andre sygd/tilstande
DZ039	Observation på mistanke om ikke specific. sygd/tilstand
DZ046	Psykiatrisk undersøgelse, begæret af myndigheder
DZ0460	Retspsykiatrisk observation
DZ0461	Dom til psykiatrisk behandling
DZ0462	Dom til psykiatrisk forvaring
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	Person med befrygtet lidelse, diagnose ikke stillet
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	Tilset selvbeskadigelse, overfald og mishandling

Ved kontakt på psykiatrisk afdeling i forbindelse med selvbeskadigelse, selvmord- og selvmordsforsøg før eller under indlæggelsen, skal dette registreres ved hjælp af 5. og 6. position i DX-diagnosen (DX60* - DX84* inkl.) efter matricen:

		5. position:		
		Selv mord 0	Selv mordsforsøg 1	Selv beskadigelse 2
6. position:				
før indlæggelse	0	-	10	20
under indlæggelse	1	01	11	21

For detaljeret liste over DX-diagnosekoder – se www.medinfo.dk/Registreringsvejledning.

Fra 2003 er det obligatorisk at registrere og indberette elektrochokbehandling. 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.medinfo.dk/Registreringsvejledninger.

Indlagt psykiatrisk patient

Der anvendes samme basisregistrering som for patienter på somatiske afdelinger. Specielt for de psykiatriske afdelinger gælder, at der via LPR indberettes til Det Psykiatriske Centralregister - løbende eller mindst 1 gang månedligt.

Oplysninger som medtages ved indberetning til LPR ved en patients indlæggelse på psykiatriske afdelinger:

Sygehusnummer	Nummeret for sygehuset, hvor patienten er under behandling. <i>Værdisæt: 4-cifret kode fra Sygehusklassifikationen</i>
Afsnitsnummer	Nummeret for det sengeafsnit, hvor patienten er i behandling. <i>Værdisæt: 7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen (de 4 første cifre angiver sygehuset)</i>
Patienttype	Angivelse af en patients administrative relation til sygehuset. <i>Værdisæt: 0 = indlagt patient</i>
Personnummer	Personidentifikation. For patienter, der har fået tildelt et dansk CPR-nummer, anvendes dette som personnummer, uanset om patienten har fast bopæl i udlandet. Hvis det danske CPR-nummer ikke foreligger ved kontaktens start benyttes et erstatningsnummer, som udskiftes med CPR-nummeret, når dette foreligger og senest inden indberetning til LPR. <i>Værdisæt: 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 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. Kan ses i Sygehusklassifikationen.</i>
Henvisningsdato	Dato for modtagelse af en henvisning på den afdeling, der skal være stamafdeling 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>3 = Eget sengeafsnit</i> <i>5 = Andet sengeafsnit</i> <i>9 = Uoplyst</i> <i>A = Andet</i> <i>B = Eget ambulatorium</i> <i>C = Andet ambulatorium</i> <i>D = Skadestue</i> <i>E = Udlandet (Kun patienter, der direkte henvises fra udlandet)</i>
Indlæggelsesmåde	Angivelse af prioritet for kontaktstart. <i>Værdisæt:</i> <i>1 = Akut</i> <i>2 = Planlagt</i> <i>9 = Uoplyst</i>
Indlæggelsesvilkår	Angivelse af de juridiske-administrative forhold ved indlæggelse af en psykiatrisk patient. <i>Værdisæt:</i> <i>1 = Almindelig frivillig</i> <i>2 = Tvang (rød blanket)</i> <i>3 = Tvang (gul blanket)</i> <i>4 = Andre retslige forhold</i> <i>6 = Barn indlagt efter Lov om social service § 42</i>

Slutdato Dato for afslutning af indlæggelseskontakt.
Værdisæt: Valid dato

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

Udskrivnings- eller afslutningsmåde

Angivelse af til hvilken instans patienten afsluttes til.

Værdisæt:

1 = Alment praktiserende læge

2 = Praktiserende speciallæge

3 = Eget sengeafsnit

4 = Ikke lægelig opfølgning

5 = Andet sengeafsnit

8 = Død

9 = Uoplyst

A = Andet

B = Eget ambulatorium

C = Andet ambulatorium

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

Udskrevet/afsluttet til sygehusafsnit

Angivelse af, hvilket sengeafsnit eller ambulatorium patienten afsluttes til.

Er obligatorisk når der registreres afslutningsmåde 3, 5, B eller C.

Værdisæt:

7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen

(de 3 sidste cifre kan være 000)

De følgende tre registreringer vedr. passiv ventetid indberettes kun, hvis der i venteperioden op til indlæggelsen er forekommet passiv ventetid:

Årsag til passiv ventetid

Angivelse af grund til passiv periode.

Værdisæt:

0 = Ønsket af patienten

1 = Afventer udredning/behandling anden afdeling

Startdato for passiv ventetid

Dato for start af passiv periode.

Værdisæt: Valid dato

Slutdato for passiv ventetid

Dato for afslutning af passiv periode

Værdisæt: Valid dato

Dato for afslået tilbud

Dato for afslået tilbud om behandling i andet sygehusafsnit.

Værdisæt: Valid dato

Sygehusafsnitskode for den afdeling, behandlingstilbud er givet til

Værdisæt:

7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen

(de 3 sidste cifre kan være 000)

Kontaktårsag

Overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset.

Er fakultativ at indberette for de psykiatriske afdelinger

Diagnoser

For psykiatriske patienter gælder særlige regler i forbindelse med diagnosekodning. Der skal senest 31.12 registreres en aktionsdiagnose, som skal være indeholdt i listen over tilladte psykiatriske diagnoser. Der skal desuden registreres en grundmorbus, hvis denne er forskellig fra aktionsdiagnosen samt relevante bidiagnoser. Se generel beskrivelse i kapitel 7.

Procedurer

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

Fra 1. januar 2003 er der krav om indberetning af udførte elektrochok:

BRXA1* ECT-behandling (uden tvang)

BRTB1* Tvangsbehandling med ECT

Alle andre procedurer kan indberettes.

Ambulant psykiatrisk patient

Der anvendes samme basisregistrering som for ambulante patienter på somatiske afdelinger.

Alle uafsluttede ambulante patienter på psykiatriske afdelinger skal være diagnoseregistreret pr. 31.12.

Registrering af ambulante psykiatriske patienter omfatter individuelle besøg, hvor der er en klinisk person til stede. For ambulatorier tilknyttet psykiatriske afdelinger er der specielt krav om indberetning af fysio- og ergoterapeutiske besøg.

Oplysninger som medtages ved indberetning til LPR ved en patients indskrivning på psykiatrisk ambulatorium:

Sygehusnummer	Nummeret for sygehuset, hvor patienten er under behandling. <i>Værdisæt: 4-cifret kode fra Sygehusklassifikationen</i>
Afsnitsnummer	Nummeret for det ambulatorium, hvor patienten er i behandling <i>Værdisæt: 7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen (de 4 første cifre angiver sygehuset)</i>
Patienttype	Angivelse af en patients administrative relation til sygehuset <i>Værdisæt: 2 = ambulant patient</i>
Personnummer	Personidentifikation. For patienter, der har fået tildelt et dansk CPR-nummer, anvendes dette som personnummer, uanset om patienten har fast bopæl i udlandet. Hvis det danske CPR-nummer ikke foreligger ved kontaktens start benyttes et erstatningsnummer, som udskiftes med CPR-nummeret, når dette foreligger og senest inden indberetning til LPR. <i>Værdisæt: Dansk CPR-nummer eller erstatnings CPR-nummer på 10 karakterer. Erstatningsnumre har følgende opbygning:</i> <i>Pos. 1-6 Valid dato: DDMMÅÅ</i>

Pos. 7 *Århundredeskiller:*
 0 = pt. født 1900-1999
 5 = pt. født før 1900
 6 = pt. født efter 1999

Pos. 8-9 *Valgfrie bogstaver: A-Z*

Pos. 10 *Lige tal for kvinder*
 Ulige tal for mænd

Startdato Dato for påbegyndelse af en ambulans kontakt.
 Værdisæt: Valid dato

Kommunekode Patientens bopælskommune.
 Værdisæt: 3-cifret gældende kommunekode.
 Kan ses i Sygehusklassifikationen

Henvisningsdato Dato for modtagelse af en henvisning på den afdeling,
 der skal være stamafdeling for patienten.
 Værdisæt: Valid dato

Henvisningsmåde Angivelse af fra hvilken instans patienten er henvist.
 Værdisæt:
 0 = Ingen henvisning
 1 = Alment praktiserende læge
 2 = Praktiserende speciallæge
 3 = Eget sengeafsnit
 5 = Andet sengeafsnit
 9 = Uoplyst
 A = Andet
 B = Eget ambulatorium
 C = Andet ambulatorium
 D = Skadestue
 E = Udlandet (Kun patienter, der direkte henvises fra
 udlandet)

Besøgsdato Dato for ambulans besøg
 Værdisæt: Valid dato

Dato for forundersøgelse
 Dato for første fremmøde til forundersøgelse.
 Værdisæt:
 'Blank' eller Valid dato

Dato for endelig behandling

Dato for iværksættelsen af endelig behandling.

Værdisæt:

'Blank' eller Valid dato

De følgende tre registreringer vedr. passiv ventetid indberettes kun, hvis der i venteperioden op til den ambulante kontakt er forekommet passiv ventetid:

Årsag til passiv ventetid

Angivelse af grund til passiv periode.

Værdisæt:

0 = Ønsket af patienten

1 = Afventer udredning/behandling anden afdeling

Startdato for passiv ventetid

Dato for start af passiv periode.

Værdisæt: Valid dato

Slutdato for passiv ventetid

Dato for afslutning af passiv periode.

Værdisæt: Valid dato

Dato for afslået tilbud

Dato for afslået tilbud om behandling i andet sygehusafsnit.

Værdisæt: Valid dato

Sygehusafsnitskode for det afsnit, behandlingstilbud er givet til

Værdisæt:

7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen

(de 3 sidste cifre kan være 000)

Ved afslutning af ambulante kontakt tilføjes:

Slutdato

Dato for afslutning af ambulante kontakt.

Værdisæt: Valid dato

Udskrivnings- eller afslutningsmåde

Angivelse af til hvilken instans patienten afsluttes til.

Værdisæt:

1 = Alment praktiserende læge

- 2 = *Praktiserende speciallæge*
- 3 = *Eget sengeafsnit*
- 4 = *Ikke lægelig opfølgning*
- 5 = *Andet sengeafsnit*
- 7 = *Udeblevet*
- 8 = *Død*
- 9 = *Uoplyst*
- A = *Andet*
- B = *Eget ambulatorium*
- C = *Andet ambulatorium*
- E = *Udlandet (Kun hvor sygehus beslutter behandling i udlandet)*

Udskrevet/afsluttet til sygehusafsnit

Angivelse af hvilket sengeafsnit eller ambulatorium patienten afsluttes til.
Er obligatorisk når der registreres afslutningsmåde 3, 5, B eller C.
Værdisæt:
7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen
(de 3 sidste cifre kan være 000)

Diagnoser

For psykiatriske patienter gælder særlige regler i forbindelse med diagnosekodning. Der skal senest 31.12 registreres en aktionsdiagnose, som skal være indeholdt i listen over tilladte psykiatriske diagnoser. Der skal desuden registreres en grundmorbus, hvis denne er forskellig fra aktionsdiagnosen samt relevante bidiagnoser. Se generel beskrivelse i kapitel 7.

Procedurer

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

Fra 1. januar 2003 er der krav om indberetning af udførte elektrochok:

BRXA1* ECT-behandling (uden tvang)

BRTB1* Tvangsbehandling med ECT

Alle andre procedurer kan indberettes.

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.

Oplysninger som medtages ved indberetning af en skadestuepatient:

Sygehusnummer	Nummeret for sygehuset, hvor patienten er under behandling. <i>Værdisæt: 4-cifret kode fra Sygehusklassifikationen</i>
Afsnitsnummer	Nummeret for det skadestueafsnit, hvor patienten er i behandling. <i>Værdisæt: 7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen (de 4 første cifre angiver sygehuset)</i>
Patienttype	Angivelse af en patients administrative relation til sygehuset. <i>Værdisæt: 3 = skadestuepatient</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. Erstatningsnumre har følgende opbygning:</i>
	<i>Pos. 1-6 Valid dato: DDMMÅÅ</i>
	<i>Pos. 7 Århundredeskiller: 0 = pt. født 1900-1999 5 = pt. født før 1900 6 = pt. født efter 1999</i>
	<i>Pos. 8-9 Valgfrie bogstaver: A-Z</i>

*Pos. 10 Lige tal for kvinder
Ulige tal for mænd*

Startdato Dato for ankomst til skadestue.
Værdisæt: Valid dato

Time for ankomst til skadestue
Klokkeslæt i hele timer for ankomst til skadestue.
Værdisæt: 00-23

Minut for ankomst til skadestue
Klokkeslæt i minutter for ankomst til skadestue.
Værdisæt: 00-59

Kommunekode Patientens bopælskommune.
*Værdisæt: 3-cifret gældende kommunekode.
Kan ses i Sygehusklassifikationen.*

Udskrivnings- eller afslutningsmåde
Angivelse af til hvilken instans patienten afsluttes til.
Værdisæt:
1 = Alment praktiserende læge
2 = Praktiserende speciallæge
3 = Eget sengeafsnit
4 = Ikke lægelig opfølgning
5 = Andet sengeafsnit
8 = Død
9 = Uoplyst
A = Andet
B = Eget ambulatorium
C = Andet ambulatorium
E = Udlandet (Kun hvor sygehuset beslutter behandling i udlandet)

Udskrevet/afsluttet til sygehusafsnit
Angivelse af, hvilket sengeafsnit eller ambulatorium patienten afsluttes til.
Er obligatorisk når der registreres afslutningsmåde 3, 5, B eller C.
Værdisæt:
7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen
(de 3 sidste cifre kan være 000)

Kontaktårsag	Overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset. Kontaktårsagskode skal altid registreres på en skadestue. <i>Værdisæt:</i> <i>1 = sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion</i> <i>2 = ulykke</i> <i>3 = voldshandling</i> <i>4 = selvmord/selvordsforsøg</i> <i>5 = senfølge</i> <i>8 = andet</i> <i>9 = ukendt/uoplyst</i>
---------------------	--

For skadestuepatienter skal altid registreres kontaktårsag. Som aktionsdiagnose anvendes en kode fra listen over vedtagne diagnoser for psykiatriske patienter. Ved kontaktårsag 4 kan der registreres aktionsdiagnose i intervallet DX60* - DX84*.

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

11. Forgiftninger 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 i skadesmæssig forstand registreres som primærkoder med koder fra intervallet DT36* - DT50*, når forgiftningerne er forårsaget af lægemidler eller biologiske stoffer. Når der er tale om skadelige virkninger af ikke-medicinske stoffer anvendes koder fra intervallet DT51* - DT65*.

Eksempler

(A)DT390 Forgiftning med "svagt analgetikum"
(+)MN02BA01 acetylsalicylsyre

(A)DT510 Ætanolforgiftning

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
(+)DT406X Forgiftning, blandingsmisbrug uden specifikation

Forgiftningskoden anvendes til at specificere intoksikationen, se også senere afsnit ("Forgiftningskoder for narkotika").

Lægemiddelforgiftninger

Lægemiddelforgiftninger 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 nedenfor.

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 - se eksempel 1 ovenfor.

Er der tale om forgiftning med ukendte lægemidler bruges koderne med '9' i sidste position.

Bivirkninger

Bivirkninger af lægemidler anvendt i terapeutiske doser betragtes ikke som "forgiftninger" og registreres med diagnosekoder fra relevante organafsnit.

Diagnosen suppleres med tillægskode for lægemidlet, der har forårsaget bivirkningen.

Eksempler

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

Brug af tillægskoder

ATC-koder anvendes som tillægskoder til at specificere diagnosekoder, herunder også forgiftninger og misbrug, når der er tale om et eller flere lægemidler, som er optaget i ATC-klassifikationen. ATC-koden specificerer forgiftningen med det aktuelle lægemiddelstof.

For narkotiske stoffer, der ikke har en ATC-kode, anvendes i stedet forgiftningskoder som tillægskode, se side 72.

Der er til nogle diagnoser obligatorisk krav om ATC-tillægskode, se afsnittet om tillægskodning.

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 DT401*-DT409* eller DT430A.

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
- DZ036 Observation på grund af mistanke om toksisk effekt af indtaget stof

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

Intervallet DT401* - DT409* og DT430A omfatter følgende koder:

- DT401 Forgiftning m. heroin
- DT402 Forgiftning m. andre opioider uden ATC-kode
- DT403 Forgiftning m. metadon
- DT404 Forgiftning m. andre syntetiske narkotika uden ATC-kode
- DT405 Forgiftning m. kokain
- DT406 Forgiftning m. andre og uspecificerede narkotika
- DT406A Forgiftning, designer drug (excl. ecstasy)
- DT406B Forgiftning, ecstasy
- DT406C Forgiftning, euforiserende svampe
- DT406D Forgiftning med khat
- DT406X Forgiftning, blandingsmisbrug u. specifikation
- DT406W Forgiftning med narkotika uden specifikation
- DT407 Forgiftning m. cannabis
- DT408 Forgiftning m. LSD (lysergsyrediethylamid)
- DT409 Forgiftn. m. andre og uspecificerede psykodysleptika
- DT430A Forgiftning med amfetamin

Koderne kan anvendes direkte som primærkode til registrering af forgiftninger eller som tillægskoder til specifikation af diagnose- el. symptomkoder.

Anvendelsen som tillægskoder svarer til anvendelsen af ATC-koder, som nævnt indledende i dette afsnit. Der skal altid registreres på højeste detaljeringsniveau. Der foretages validering herfor.

12. Anmeldelsespligtige sygdomme, der indberettes til Cancerregisteret

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

Den 1. januar 1998 startede den første elektroniske indberetning til LPR af cancerrelaterede data. Denne indberetning/registrering er udbygget i årene herefter. Registreringen vedrører de ”anmeldelsespligtige sygdomme” og tager konkret udgangspunkt i de ”anmeldelsespligtige diagnoser” - se tabel 12.1. ”Bekendtgørelse om lægers anmeldelse til cancerregisteret af kræftsygdomme m.v.” afstikker disse retningslinier.

Endnu er den elektroniske indberetning/registrering ikke tilstrækkelig udbygget til, at blanketindberetningerne til Cancerregisteret (CR) kan afskaffes. Der skal således fortsat ske såvel en blanketanmeldelse til CR som en elektronisk indberetning til LPR fra alle afdelinger, der diagnostiserer, behandler og kontrollerer patienter med anmeldelsespligtige sygdomme/diagnoser.

Fra 2003 bliver det muligt som forsøgsordning at indberette alle oplysninger elektronisk til CR via LPR sideløbende med blanketindberetning. Den forsøgsvis indberetning skal anvendes som grundlag for Sundhedsstyrelsens arbejde med modernisering af CR, dvs. afskaffelsen af blanketindberetninger. For at deltage i forsøgsordningen kræves en aftale med Cancerregisteret i Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen opfordrer alle sygehusejere med ønske om at deltage til at kontakte Sundhedsstyrelsen. Yderligere registreringskrav kan ses på www.sst.dk under Cancerregister.

Anmeldelsespligtige diagnoser anvendt som aktions- eller bidiagnose på patientkontakten giver anledning til specielle registreringskrav, som omtalt i det følgende. Ud over de særlige krav ved diagnoseregistreringen 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.medinfo.dk/Registreringsvejledning.

Udvikling i en anmeldelsespligtig sygdom

Udviklingen i en anmeldelsespligtig sygdom skal 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 el. 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. Hver afdeling, der har en kontakt med patienten, 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, og kun den sidst registrerede diagnose kan ses. Hvis en patient bliver behandlet for en cancer i en ambulant kontakt, 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 ambulant kontakt for kontrolperioden.

Udredning, behandling og kontrol

Det er vigtigt ikke at benytte primærkoder dvs. aktions- eller bidiagnose for en malign lidelse eller anden ”anmeldelsespligtig sygdom”, 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 ”Kontrol”. Se i øvrigt vejledning under anmeldelsesstatus ’4’.

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

Alternativt kan en tilstedeværende tilstand registreres som en bidiagnose. Det er korrekt 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. Hvis canceren registreres som bidiagnose, skal der også registreres anmeldelsesstatus - se anmeldelsesstatus '3'.

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 oprindelige 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 ambulante, 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 progres-

sion. 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 diagnose(r), dvs. ”tidligere anmeldt”. ”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” (anmeldelsesstatus ’1’).

Indberetning af anmeldelsesstatus, operationer og andre behandlinger ved anmeldelsespligtige kræftsygdomme

Anmeldelsesstatus skal indberettes, hver gang et stamafsnit registrerer én af de ”anmeldelsespligtige diagnoser” (se tabel 12.1). Når den anmeldelsespligtige sygdom er aktions- (A) eller bidiagnose (B) er angivelse af anmeldelsesstatus obligatorisk. Indberetningskravet gælder alle patienttyper. Der anvendes herudover fortsat blanketanmeldelse til CR.

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 anmeldt af afdelingen
- AZCA3 Afdelingen er ikke involveret i diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen
- AZCA4 Sygdommen tidligere 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.

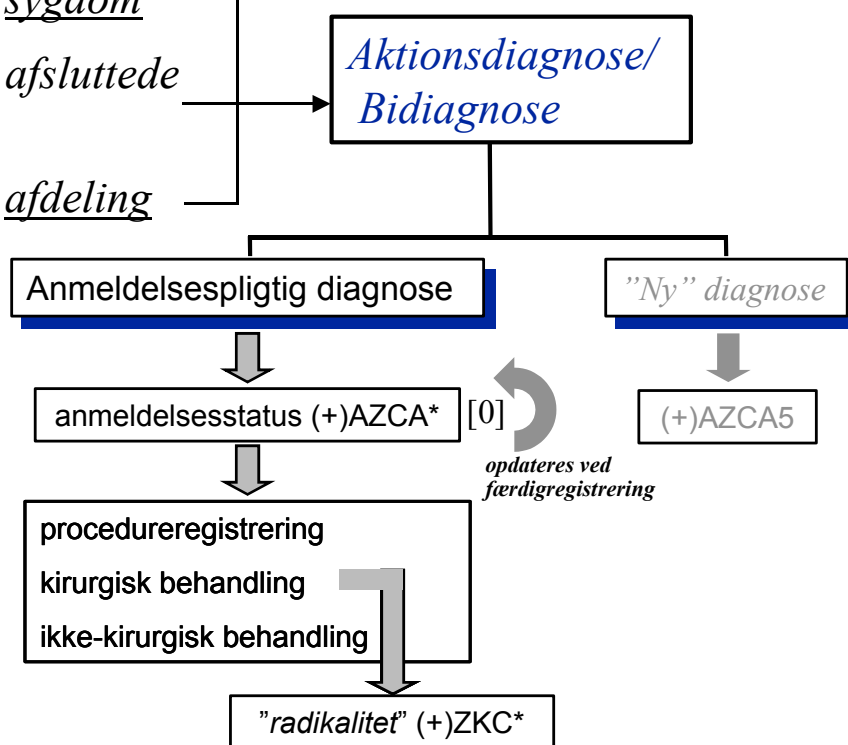
Anmeldelsesstatus skal senest være tilstede ved færdigregistreringen. Ved indberetning til LPR skal anmeldelsesstatus have værdien AZCA1, AZCA3 eller AZCA 4. Der er ikke krav om anmeldelsesstatus på uafsluttede kontakter. Der skal og kan kun være én anmeldelsesstatus pr. diagnose pr. afsluttet kontakt. *Anmeldelsesstatus AZCA5 kan kun anvendes på "ikke anmeldelsespligtige diagnoser". Se afsnittet "Ændring af diagnose".*

Anmeldelsesstatus ved færdigregistrering skal være dækkende for hele kontakten. 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

- den enkelte sygdom
- den enkelte afsluttede kontakt
- den enkelte afdeling



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 anmeldt af afdelingen"

Når der første gang diagnosticeres, behandles eller kontrolleres en "anmeldelsespligtig sygdom" på afdelingen, anvendes anmeldelsesstatus '1' (AZCA1). Der blanketanmeldes samtidig til CR.

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 '3' kan ikke anvendes som tillægskode til 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 følgevirkninger 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.

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 til CR.

Anmeldelsesstatus AZCA4 dækker fortsat sygdom, klinisk kontrol og (fortsat) behandling af denne. 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”. Der registreres/anmeldes den/de nye diagnoser.

AZCA5 må kun anvendes, hvor den ”anmeldelsespligtige sygdom” (diagnose) afkræftes. Der skal samtidig blanketanmeldes til CR, så den fejlstillede diagnose kan blive rettet.

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 vanskeligt 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 heller ikke LPR indeholder forkerte oplysninger om en given patient.

Procedureregistrering

Krav og specifik vejledning til procedureregistreringen er yderligere beskrevet på www.medinfo.dk/Registreringsvejledning, 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. 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'.

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 'A'.

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.medinfo.dk/Registreringsvejledning.

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

Den 1. juli 2000 indførtes enkelte ændringer i "Fællesindholdet for basisregistrering af sygehuspatienter 2000" til brug for opgørelse af kvalitetsmål. Det drejede sig om særlige krav til data og datasammenhænge, der fra denne dato skulle registreres og indberettes til LPR.

Nogle af de data der indgår som kvalitetsindikatorer, skal også registreres til andre formål fx DRG.

Ændringerne var baseret på "Forslag til kvalitetsindikatorer", som de er vedtaget af "Udvalget for kvalitetsmåling i sygehusvæsenet". Data og datasammenhænge vil blive anvendt til at udlede graden af målopfyldelse i forhold til de opstillede mål i denne rapport.

Sundhedsstyrelsen har siden modtaget forskellige kommentarer til nogle af indikatorerne og enkelte af disse kommentarer har medført, at det har været nødvendigt at præcisere/ændre enkelte diagnoser. For året 2003 gælder de i det følgende skitserede regler.

Generelt

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 jf. 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".

Hofteledsalloplastik

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 prostheseos 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
- 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

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. Henvisningsperiode og venteperiode

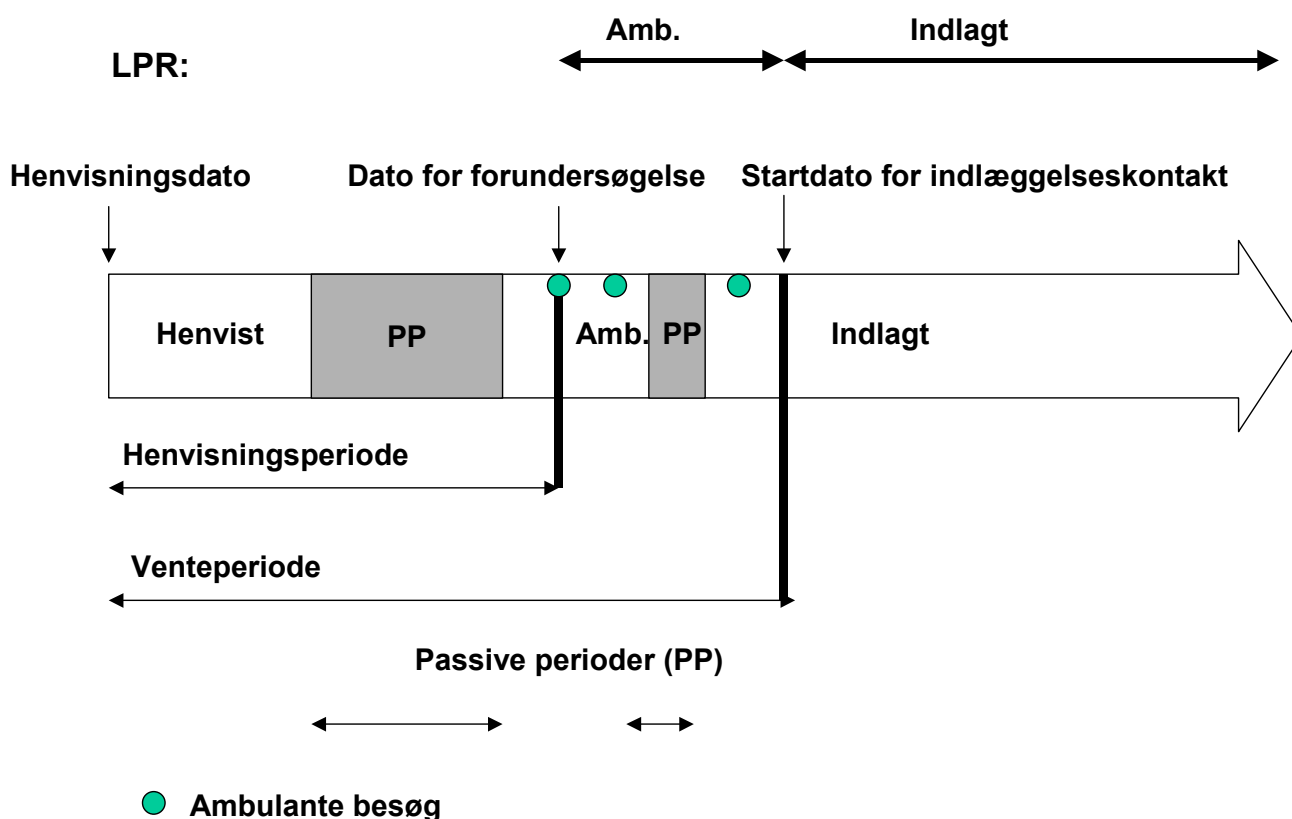
Ventelisteregisteret blev nedlagt pr. 1. januar 1999. I den forbindelse blev der indført udvidelser ved indberetning af indlagte og ambulante patienter til LPR. Udvidelserne gælder oplysninger om forudgående henvisninger, der sammen med den efterfølgende ambulante eller indlagte kontakt skal indberettes til LPR.

Begreber og definitioner

Henvisning	Anmodning fra en henvisende instans til en afdeling/et sygehus om at modtage en patient
Henvisningsdato	Dato for modtagelse af en henvisning på den afdeling, der skal være stamafdeling for patienten
Henvisningsperiode	Periode fra henvisningsdatoen til dato for første fremmøde på sygehuset
Venteperiode	Periode fra henvisningsdato til dato for endelig behandling
Forundersøgelse	Indledende afklaring af, hvilken undersøgelse og behandling en henvisning skal føre til
Passiv periode	Periode, hvor en ventelistepatient ikke kan modtage undersøgelse og behandling pga. forhold hos patienten selv

Venteperiode og henvisningsperiode

En venteperiode er perioden fra henvisningsdato til dato for endelig behandling. Venteperioden afbrydes ikke af en eventuel forundersøgelse, og i venteperioden kan der forekomme passive perioder. Alle venteperioder starter med en henvisning. Fx kan der være henvisning til en planlagt kontrolindlæggelse efter 3 måneder. Henvisningsperioden slutter, når patienten møder første gang på sygehuset i den aktuelle kontakt.



Figur 4. Illustration af venteperiode, henvisningsperiode og passiv periode

Passiv periode

Passiv periode er en periode, hvor en ventelistepatient ikke kan modtage undersøgelse og behandling pga. forhold hos patienten selv.

For hver passiv periode skal der angives en årsagskode og en start- og slutdato. Start- og slutdato for den passive ventetid kan ikke ligge før henvisningsdato eller efter startdato til endelig behandling.

Der er 2 muligheder for angivelse af årsag til passiv periode:

1. Ønsket af patienten

Når patienten af private årsager ikke ønsker undersøgelse/behandling i en given periode.

2. Afventer udredning/behandling anden afdeling

Når patienten pga. en komplicerende lidelse/tilstand skal reguleres eller behandles for denne inden den endelige behandling. Må kun anvendes, når stamafdelingen henviser patienten til anden afdeling.

Der kan indberettes et ubegrænset antal perioder med passiv ventetid. Passiv perioderne indberettes i forbindelse med indberetningen af første ambulante besøg eller ved indberetning af indlæggelse/første ambulante besøg ved endelig behandling.

Vejledning til registrering

Omvisitering

Ved omvisitering af henvist patient til anden afdeling, **inden** patienten er modtaget til første ambulante besøg eller indlæggelse, skal patienten oprettes som henvist til den nye afdeling med henvisningsdato lig den oprindelige henvisningsdato.

Hvis patienten derimod først har haft et besøg på den første afdeling inden henvisning omvisiteres, anvendes henvisningsdato lig med modtagelsesdatoen af henvisningen på næste afdeling, idet det er at betragte som en ny henvisnings- og venteperiode.

Behandlingsmodning

Patienter der afventer behandlingsmodning afsluttes fra den aktuelle ambulante kontakt, når patienten er klar til behandling. Der oprettes en ny henvisning til behandling ambulante eller under indlæggelse med henvisningsdato lig med tidspunkt for start af "Ventetid til behandling" dvs. når patienten er "klar" (moden) til behandling.

Gravide

For gravide patienter, der henvises til ambulante svangerskabskontrol, oprettes henvisning og patienten indskrives ambulante ved første besøg. Gravide skal i forhold til fødselskontakten først indskrives til fødsel ved indlæggelsen, uden henvisning. Indlæggelse til fødsel er akut - undtagen ved indlæggelser til planlagte kejsersnit eller planlagt igangsættelse.

Kontrolpatienter

Kontrolpatienter er planlagte. Der er derfor en henvisning, med mindre patienten allerede er indskrevet ambulante. Kontrolpatienter skal indskrives ambulante ved afslutning af indlæggelsen eller fortsætte den ambulante kontakt efter behandlingen er afsluttet. Skal kontrollen foregå på anden afdeling oprettes en henvisning, og patienten indskrives ambulante ved første besøg.

Hvis kontrollen skal foregå under indlæggelse oprettes henvisning til indlæggelse, og patienten indskrives på indlæggelsesdagen.

OBS! I forbindelse med registrering af henvisnings- og venteperiode er der nogle uafklarede hængepartier, der forhåbentlig bliver løst hurtigst muligt i det nye år. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har nedsat en Ventetidskommission.

Deres færdige rapport skal danne grundlag for den endelige registreringsvejledning.

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

Henvisningsdato Dato for modtagelse af en henvisning på den afdeling, der skal være stamafdeling for patienten.
Værdisæt: Valid dato

Henvisningsdiagnose Diagnose, der angives af henvisende instans som årsag til henvisning.
Henvisningsdiagnosen er obligatorisk, når henvisningsmåden er 1, 2, 3, 5, B, C, D eller E.
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
3 = Eget sengeafsnit
5 = Andet sengeafsnit
B = Eget ambulatorium
C = Andet ambulatorium
E = Udlandet (Kun patienter, der direkte henvises fra udlandet)

Dato for forundersøgelse Dato for fremmøde til forundersøgelse
Værdisæt:
'Blank' eller Valid dato

Dato for endelig behandling Dato for iværksættelsen af endelig behandling
Værdisæt:
'Blank' eller Valid dato

Årsag til passiv ventetid Angivelse af grund til passiv periode.

Værdisæt:

0 = Ønsket af patienten

1 = Afventer udredning/behandling anden afdeling

Startdato for passiv ventetid

Dato for start af passiv periode.

Værdisæt: Valid dato

Slutdato for passiv ventetid

Dato for afslutning af passiv periode.

Værdisæt: Valid dato

Dato for afslået tilbud

Dato for afslået tilbud om behandling i andet sygehusafsnit.

Værdisæt: Valid dato

Sygehusafsnitskode for det afsnit behandlingstilbud er givet til

Værdisæt:

7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen

(de sidste 3 cifre kan være 000)

Procedurer i henvisningsperioden

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

15. Definitioner til patientregistrering.

Term (synonymer)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
Kontakt	Den patientadministrative indberetningsenhed i Lands-PatientRegisteret (LPR). <i>Omfatter kontaktyperne: indlæggelseskontakt, ambulans kontakt eller skadestuekontakt. Ambulans kontakt omfatter et eller flere ambulante besøg. Kun kontakter med mindst ét besøg 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/selvordsforsøg; (5) senfølge; (8) andet; (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, planlagt og uoplyst.</i>
Kontaktslutdato (‘slutdato’)	Dato for afslutning af en kontakt. <i>Omfatter udskrivningsdato og ambulans slutdato. Registreres som ‘Slutdato’.</i> <i>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/ Udskrivningsmåde	Angivelse af til hvilken instans, patienten afsluttes til. <i>Fx: (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; (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 (elektiv) (ikke akut)	Med iagttagelse af afsnittets normale planlægnings indkaldelses- og aftalerutiner. <i>(Eksempel) Indlæggelse kan - begrundet i patientens tilstand - afventer 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	<p>Klinisk telefonsamtale med patient som led i behandling eller kontrol af sygdom. <i>Kan registreres som ydelse (uden besøg) med koden BVAA33A.</i></p>
Hotelpatient	<p>Patient, der er indskrevet på et patienthotel. <i>Hotelpatienter indberettes som særskilte ambulante kontakt. Dette gælder dog ikke for patienter indskrevet som indlagte på klinisk stamafsnit med adresseafsnit på patienthotellet.</i> <i>Der kan ikke knyttes ydelser til denne særlige kontakttype. Ydelser skal knyttes til kontakten (ambulant eller indlagt) på det kliniske stamafsnit..</i></p>
Afdeling	<p>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></p>
Stamafdeling	<p>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.</i> <i>Patienten er indskrevet på et stamafsnit (sengeafsnit eller ambulatorium) under stamafdelingen.</i></p>
Serviceafsnit	<p>Afsnit, der yder assistenceydelse til klinisk stamafsnit. <i>Serviceafsnit er fx laboratorium afsnit, røntgenafsnit. Denne definition omfatter ikke afsnittes "egne patienter".</i></p>
Afsnit	<p>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></p>
Stamafsnit	<p>Det afsnit, som patienten er indskrevet på. <i>Stamafsnit er et sengeafsnit eller et ambulatorieafsnit.</i></p>

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 opvågningsenge 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.
Normeret sengeplads (normeret seng) (sengeplads)	Seng i et sengeafsnit til anvendelse for indlagt patient. <i>I normeringen indgår personale til overvågning og pleje. Normerede sengepladser inkluderer senge på akut</i>

modtageafsnit, senge til intensiv behandling, hotelsenge (til indlagte patienter), kuvøser samt senge på neonatalafsnit.

Vugger til nyfødte på fødeafdelinger og senge på opvågningsafsnit medregnes ikke til de normerede sengepladser.

Patienthotel Afsnit på eller i tilknytning til sygehuset, der alene yder det til opholdet hørende kost og logi.
Patienthotellet er stamafsnit for 'Hotelpatient', og adresseafsnit for patienter indskrevet på sengeafsnit.

Henvisning og venteperiode

Henvisning Anmodning fra en henvisende instans til en afdeling/et sygehus om at modtage en patient.
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 anden afdeling, der ikke skal være stamafdeling for patienten.

Omvisitering Afslutning af henvisning ved videre henvisning til anden sygehus-afdeling for samme helbredsproblem.

Henvisningsdato Dato for modtagelse af en henvisning på den afdeling, der skal være stamafdeling for patienten.
Første dato i henvisningsperioden og i ventetiden.

Henvisningsmåde Angivelse af fra hvilken instans, patienten er henvist.

Henvisningsperiode Periode fra henvisningsdatoen til dato for første fremmøde på sygehuset.
Første fremmøde er indlæggelse eller første ambulante besøg.

Forundersøgelse Indledende afklaring af, hvilken undersøgelse og behandling en henvisning skal føre til.
Forundersøgelse kan ske ambulante, omfattende et eller flere besøg, eller evt. indlagt. Forundersøgelse afslutter henvisningsperioden. Ambulante forundersøgelse afslutter ikke venteperioden. Den tid, der medgår til forundersøgelse indgår i den samlede ventetid.

	<i>Forundersøgelse under indlæggelse afslutter venteperioden. Efter forundersøgelsen oprettes ny henvisning til endelig behandling.</i>
Dato for forundersøgelse	Dato for første fremmøde til forundersøgelse. <i>Forundersøgelsen afslutter henvisningsperioden. Dato for forundersøgelse skal kun registreres i forbindelse med første besøg – eller ved stationær kontakt på indlæggelsesdatoen.</i>
Endelig behandling	Klinisk intervention med et kurativt eller palliativt sigte. <i>Endelig behandling er, når patientens behandling iværksættes enten som indlagt eller ambulant.</i>
Dato for endelig behandling	Dato for iværksættelsen af endelig behandling. <i>Venteperioden afsluttes ved iværksættelse af endelig behandling.</i>
Ventende patient (ventepatient) (ventelistepatient)	Patient som afventer endelig behandling. <i>Patienten er ventende fra henvisningsdato indtil endelig behandling uanset eventuel mellemliggende forundersøgelse.</i>
Venteperiode (ventetid) (brutto ventetid)	Periode fra henvisningsdatoen til dato for endelig behandling. <i>Venteperioden kan også afsluttes uden behandling, hvis patienten ikke kan, skal eller vil behandles. Venteperioden afbrydes ikke af en eventuel forundersøgelse. Venteperioden kan indeholde passiv periode.</i>
Aktiv ventetid	Antal dage i venteperioden fratrukket passiv ventetid. <i>Afbrydes ikke af forundersøgelse. Der kan være flere passive perioder i ventetiden.</i>
Passiv periode	Periode, hvor en ventelistepatient ikke kan modtage undersøgelse og behandling pga. forhold hos patienten selv. <i>Blandt disse forhold kan nævnes patientens eget ønske om udsættelse af behandlingen pga. fx arbejde, ferie, sølvbryllup. Der kan også være tale om at patienten pga. en anden, komplicerende tilstand skal behandles eller reguleres for denne, inden endelig behandling af den aktuelle lidelse kan foretages.</i>

Passiv ventetid	Antal dage, som de samlede passive perioder udgør af venteperioden.
Årsag til passiv ventetid	Angivelse af grund til passiv periode. <i>Ønsket af patienten; afventer udredning / behandling anden afdeling.</i>
Afslået behandlingstilbud	Patientens afslag af tilbud om behandling på andet sygehus eller anden afdeling end det sted, hvortil patienten oprindeligt er henvist. <i>Der indberettes dato og sygehus-afdeling for afslag.</i>

Vedr. 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, planlagt og uoplyst.</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 afdelingens 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 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.</i>

Indlagt patient (stationær patient)	Patienttype for patient, der er indskrevet på et sengeafsnit og optager 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 4 uger. 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>
Vedr. 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.
Kan være til forundersøgelse eller til endelig behandling.

Kontrolbesøg (kontrol) Planlagt ambulante besøg mhp. klinisk kontrol.

Vedr. skadestuekontakter

Skadestuekontakt Kontakt med et skadestueafsnit som stamafsnit.
Ethvert fremmøde (besøg) registreres som en selvstændig afsluttet kontakt.

Skadestuepatient Patienttype for patient, der er indskrevet på et skadestueafsnit.
Indberettes som patienttype (3). Indskrivning sker efter selvhenvendelse, henvisning eller indbringelse på grund af tilskadekomst eller anden akut opstået tilstand.

Kliniske termer

SKS-klassifikation Klassifikation der indgår i Sundhedsvæsenets KlassifikationsSystem (SKS).
SKS-klassifikationerne vedligeholdes af Sundhedsstyrelsen.

SKS-kode Kode fra SKS-klassifikation.
Til registrering kan kun anvendes SKS-koder, der har en gyldighedsperiode, der omfatter en del af eller hele kontakten. Procedurekoder skal være gyldige på proceduredato. Der gælder herudover særlige regler i forbindelse med de forskellige registreringer.

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 (arbejdsdiagnose) Diagnose, der anvendes som arbejdsdiagnose i det kliniske undersøgelses- og behandlingsforløb.
Diagnosearten (M) er reserveret til denne anvendelse. Indberettes ikke på afsluttede kontakter.

Henvisningsdiagnose Diagnose, der angives af henvisende instans som årsag til henvisning.
Registreres med diagnosearten (H).

Grundmorbus Diagnose, der uden at være direkte årsag til kontakten med sygehuset, er en væsentlig baggrund for den aktuelle kontakt.
Registreres med diagnosearten (G). Anvendes kun i den psykiatriske patientregistrering.

Procedureregistrering

Procedure (intervention) (handling) (ydelse) Handling, der kan udføres på eller gives til en person med kontakt til sygehusvæsenet.
Procedurer omfatter undersøgelse, behandling, pleje, forebyggelse og rådgivning. Klassificeres efter SKS--procedureklassifikationer.

Procedurekode Klassificeret betegnelse for en procedure, der er optaget i gældende SKS procedureklassifikation.
Registreres med SKS-kode og specificeres evt. med til-lægskode. Indberettes med angivelse af procedureart.

Ydelse Procedure, der er udført.

Producent Det afsnit, der har udført en procedure.
Registreres på sygehus-afdelingsklassifikationens 7-karakters afsnitsniveau.

Rekvirent Det afsnit, der har bestilt en procedure.
Registreres på sygehus-afdelingsklassifikationens 7-karakters afsnitsniveau.

Assistance Procedure, hvor producenten er forskellig fra stamafdelingen.
Der skelnes på sygehus-afdelingsklassifikationens 6-karakters afdelingsniveau. Assistancer kan indberettes i henvisningsperioden.

Proceduredato Dato for udførelse af procedure.
Generelt registreres starttidspunktet.

Proceduretime Angivelse af time for en procedures udførelse.
Generelt registreres starttidspunktet.

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	<p>Procedure med plejemæssigt sigte. <i>Plejehandling foretaget af klinisk personale. Klassificeres efter gældende "Behandlings- og Plejeklassifikation".</i></p>
Profylakse	<p>Procedure med forebyggende sigte. <i>Forebyggende handling foretaget af klinisk personale.</i></p>
Operation (operationskode)	<p>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></p>
Kirurgisk indgreb (indgreb)	<p>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></p>
Reoperation	<p>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></p>
Sekundær operation (sekundært indgreb)	<p>Opfølgende operation. <i>Omfatter indgreb, der indgår i serielle behandlingsprogrammer, inkl. korrektioner efter tidligere foretaget indgreb, fx ved behandling af misdannelser eller ved plastikkirurgiske behandlingsserier. Indgreb, hvor der tidligere har været foretaget indgreb, uden at dette kan betegnes som en komplikation til behandling. Der findes på en række områder koder for "sekundære operationer", fx udskiftning af en tidligere indsat hofteledsprotese.</i></p>
Procedureart (operations) (operationsart)	<p>Angivelse af den efterfølgende SKS-procedure kodes registreringsmæssige betydning. <i>Omfatter 'vigtigste operation', 'primære operation' og</i></p>

'deloperation'. Disse anvendes i registreringen af kirurgisk indgreb. Andre procedurer indberettes med procedurearten 'blank'.

Vigtigste operation	Angivelse af den vigtigste operation under en kontakt. <i>Indberettes med procedurearten 'V'. Kun én operation kan være "vigtigste operation". Den vigtigste operation (procedure) vil normalt være den væsentligste operation set i relation til den sygdom (aktionsdiagnose), der behandles. Det er en klinisk vurdering, hvad der er den vigtigste operation.</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 forbindelse med slutregistreringen ændres et af de registrerede 'P'er' til 'V' (vigtigste operation).</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 hjemme-fødsel	Fødsel, hvor såvel barnet som moderkagen er født i hjemmet. <i>Medregnes ikke til sygehusfødsler.</i>
Inkomplet hjemme-fødsel	Fødsel, hvor fødslen er startet i hjemmet eller på vej til sygehuset, men 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. <i>Inkluderer dødfødsler og inkluderer den aktuelle fødsel.</i>

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 og blanketanmeldelse.</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>

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.</i> <i>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 som er forholdsvis teknisk, og henvender sig primært til de edb-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 viser en oversigt over hvilke data, der indgår i registreringen af henholdsvis indlagt, ambulante og skadestuepatienter.

Datanavn	Indgår i registreringen for:		
	Indlagte patienter	Ambulante patienter	Skadestuepatienter
Sygehusnummer	x	x	x
Afdelings/afsnitsnummer	x	x	x
Patienttype	x	x	x
Personnummer	x	x	x
Startdato	x	x	x
Indlæggelsestidspunkt/ time for ankomst til skadestue	x		x
Minut for ankomst til skadestue			x
Kommunennummer	x	x	x
Henvisningsdato	x	x	
Henvisningsmåde	x	x	
Indlæggelsesmåde	x		
Indlæggelsesvilkår (kun for psykiatriske afd.)	x		
Slutdato	x	x	
Udskrivningstidspunkt	x		
Udskrivnings- eller afslutningsmåde	x	x	x
Udskrevet/afsluttet til sygehusafsnit	x	x	x
Kontaktårsagskode	x		x
Ulykkeskode (SKS-kode)	x		x
Dato for forundersøgelse		x	
Dato for endelig behandling		x	
Diagnoseart (indberettes sammen med SKS-diagnosekode)	x	x	x
Diagnosekodenummer	x	x	x
Procedureart (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	x	x	x
Procedurekodenummer (SKS-kode)	x	x	x
Proceduredato (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	x	x	x

(forsættes)

(fortsat)

Datanavn	Indgår i registeringen for:		
	Indlagte patienter	Ambulante patienter	Skadestuepatienter
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	
Årsag til passiv ventetid	x	x	
Startdato for passiv ventetid	x	x	
Slutdato for passiv ventetid	x	x	
Dato for afslået tilbud om behandling i andet sygehusafsnit	x	x	
Sygehusafsnitskode for det afsnit 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		

3. Databeskrivelser

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Sygehusnummer	SGH	4
Definition/beskrivelse		
Det sygehus, hvor patienten er under behandling.		
Værdisæt		
Ifølge den gældende sygehusklassifikation (udsendes årligt af Sundhedsstyrelsen).		
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 under behandling.		
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 (udsendes årligt af Sundhedsstyrelsen).		
Indgår i registrering for:		
Indlagte patienter Ambulante patienter Skadestuepatienter		

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

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
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 for 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 kontakt start på sengeafsnit/ankomst til skadestue.</p> <p>For skadestuepatienter indgår endvidere minutter.</p>		
Værdisæt		
00-23		
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
Kommunenummer	KOMNR	3
Definition/beskrivelse		
Bopælskommunenummer, 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 (indeholdes 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 er der skal være stamafdeling for patienten.		
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		
3 Eget sengeafsnit		
5 Andet sengeafsnit		
8 Herfødt		
9 Uoplyst		
A Andet		
B Eget ambulatorium		
C Andet ambulatorium		
D Skadestue		
E Udlandet (Kun patienter, der direkte henvises fra udlandet)		
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 9 uoplyst		
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 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
Udskrivnings- eller afslutningsmåde	AFSLUTMÅDE	1
Definition/beskrivelse/beskrivelse		
Angivelse af hvilken instans patienten afsluttes til.		
Værdisæt		
Udskrevet/afsluttet til:		
Blank Uafsluttet forløb		
1 Alment praktiserende læge		
2 Praktiserende speciallæge		
3 Eget sengeafsnit		
4 Ikke lægelig opfølgning (må kun anvendes for psykiatriske afdelinger)		
5 Andet sengeafsnit		
7 Udeblevet (kun for ambulante patienter)		
8 Død		
9 Uoplyst		
A Andet		
B Eget ambulatorium		
C Andet ambulatorium		
E Behandling i udlandet (hvor sygehus beslutter behandling i udlandet)		
Indgår i registrering for:		
Indlagte patienter		
Ambulante patienter		
Skadestuepatienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Udskrevet/afsluttet til sygehusafsnit	UDSKRTILSGH	7
Definition/beskrivelse/beskrivelse		
Angivelse af, hvilket sengeafsnit/ambulatorium patienten afsluttes til.		
Værdisæt		
Ifølge den gældende sygehusklassifikation (udsendes årligt af Sundhedsstyrelsen).		
UDSKRTILSGH skal være alfanumerisk eller blank		
Obligatorisk for indlagte, ambulante og skadestuepatienter, der registreres med udskrivnings- eller afslutningsmåde lig 3, 5, B eller C		
Afsnitskode '000' er tilladt, hvis sygehuskode er forskellig fra egen sygehuskode		
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		
<p>1 sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion</p> <p>2 ulykke</p> <p>3 voldshandling</p> <p>4 selvmord/selvordsforsøg</p> <p>5 senfølge</p> <p>8 andet</p> <p>9 ukendt/uoplyst</p>		
<p>For somatiske indlagte patienter skal kontaktårsagskoden registreres, hvis der er en aktionsdiagnose i intervallet DS000-DT799.</p> <p>For skadestuepatienter skal altid registreres kontaktårsag. Ved kontaktårsag 2, 3 eller 4 skal der være en diagnose i intervallerne DR00 - DR999, DS00 - DT799 eller DZ00 - DZ999. For psykiatriske skadestuepatienter med kontaktårsag 4 tillades desuden aktionsdiagnose i intervallet DX60* - DX84* samt aktionsdiagnose DF*.</p> <p>Vedrørende vejledning henvises til den gældende ”Klassifikation af sygdomme”, udgivet af Sundhedsstyrelsen.</p>		
Indgår i registrering for:		
<p>Indlagte patienter på somatiske afdelinger, fakultativ på psykiatriske afdelinger</p> <p>Skadestuepatienter</p>		

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 ved køretøjsulykker, transportform for modpart ved køretøjsulykke samt registrering af, om der er tale om køretøjsulykke eller ej, se vejledningsdelen kap. 6.		
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) - se teknisk del kapitel 5.		
Indgår i registrering for:		
Indlagte patienter ved kontaktårsag 2, 3 og 4 Skadestuepatienter ved kontaktårsag 2, 3 og 4		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Dato for forundersøgelse	DTOFORU	6
Definition/beskrivelse		
Dato for første fremmøde til forundersøgelse.		
Værdisæt		
På formen dag, måned og år eller blank.		
Feltet kan være blankt, hvis der ikke har været en forundersøgelse		
HENVISDTO ≤ DTOFORU ≤ DTOENBH (hvis denne er udfyldt)		
DTOFORU ≤ SLUTDATO (hvis denne er udfyldt)		
Indgår i registrering for:		
Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Dato for endelig behandling	DTOENBH	6
Definition/beskrivelse		
Dato for iværksættelse af endelig behandling.		
Værdisæt		
På formen dag, måned og år eller blank.		
Feltet kan være blankt på en ikke afsluttet kontakt, hvis patienten fortsat er ventende på endelig behandling.		
Kan være blankt på en afsluttet kontakt, hvis der ikke kan angives en konkret dato for endelig behandling, hvis patienten afsluttes uden behandling, eller hvis patienten er henvist til anden afdeling, og en dato for endelig behandling ikke foreligger.		
HENVISDTO ≤ DTOFORU(hvis denne er udfyldt) ≤ DTOENBH		
Indgår i registrering for:		
Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Diagnoseart	DIAGART	1
Definition/beskrivelse		
Angivelse af den efterfølgende SKS-diagnosekodes registeringsmæssige betydning.		
Værdisæt		
<p>A Aktionsdiagnose G Grundmorbus, må kun registreres for psykiatriske afdelinger 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 diagnosekodenummer.</p> <p>For A, G 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, 3, 5, B, C, D eller E</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 - se teknisk del kapitel 5.</p>		
Indgår i registrering for:		
Indlagte patienter	G må kun forekomme på psykiatriske afdelinger	
Ambulante patienter	G må kun forekomme på psykiatriske afdelinger	
Skadestuepatienter	G må kun forekomme på psykiatriske afdelinger	

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Diagnosekodennummer	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.</p>		
<p>Diagnose(r) for patienter indlagt på psykiatrisk afdeling, se vejledningsdelen kap. 10.</p>		
<p>For patienter i ambulans forløb på somatisk afdeling, skal der senest 1 måned efter 1. besøg være registreret mindst en diagnose. Se specielle regler vejledningsdelen kap. 4.</p>		
<p>For patienter i ambulans forløb på psykiatrisk afdeling, se vejledningsdelen kap. 10.</p>		
<p>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>		
1. position:	skal være D i overensstemmelse med kapitelinddelingen i SKS	
2.-10. position:	skal følge kodelængden i "Klassifikation af Sygdomme".	
<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, se vejledningsdelen kap. 11. - 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. Se vejledningsdelen kap. 7, 9, 11 og 12.</p>		
<p>Der kan herudover fakultativt registreres SKS-tillægskoder.</p>		
<p>Indberettes som SKS-kode (SKSKO) - se teknisk del kapitel 5.</p>		
Indgår i registrering for:		
<p>Indlagte patienter</p>		
<p>Uafsluttede indlagte patienter på psykiatriske afdelinger</p>		
<p>Ambulante patienter</p>		
<p>Uafsluttede somatiske ambulante forløb senest 1 måned efter 1. besøg</p>		
<p>Uafsluttede psykiatriske ambulante forløb pr. 31.12</p>		
<p>Skadestuepatienter</p>		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Procedureart	PROCART	1
Definition/beskrivelse		
<p>Angivelse af den efterfølgende SKS-procedure (operations) kodes registeringsmæssige 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>		
<p>P = Vigtigste operation i et operativt indgreb.</p>		
<p>D = Deloperation: Anden/andre operation(er) i et operativt indgreb.</p>		
<p>Der skal altid være anført ’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>Indberetning af andre procedurer.</p>		
<p>Indberettes med procedureart blank.</p>		
<p>Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO) - se teknisk del kapitel 5.</p>		
Indgår i registrering for:		
<p>Indlagte patienter, indberettes sammen med procedurekode.</p>		
<p>Ambulante patienter, indberettes sammen med procedurekode.</p>		
<p>Skadestuepatienter, indberettes sammen med procedurekode.</p>		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Procedurekodenummer	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.		
Midlertidig 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. Se vejledningsdelen kap. 8.		
Indberettes som SKS-procedurekode (SKSKO) - se teknisk del kapitel 5.		
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.		
STARTDATO ≤ PROCDTO ≤ SLUTDATO		
Værdisæt		
På formen dag, måned og år.		
Proceduredato skal også indberettes i forbindelse med aflyste operationer.		
Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO) - se teknisk del kapitel 5.		
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) - se teknisk del kapitel 5.		
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) - se teknisk del kapitel 5.		
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 (udsendes årligt af Sundhedsstyrelsen).		
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) - se teknisk del kapitel 5.		
Indgår i registrering for:		
Indlagte patienter, indberettes sammen med procedurekode.		
Ambulante patienter, indberettes sammen med procedurekode.		
Skadestuepatienter, indberettes sammen med procedurekode.		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Dato for besøg	DTOBES	6
Definition/beskrivelse		
Dato for ambulant patients fremmøde på stamafsnit.		
Besøg kan ikke indberettes, hvis patienten ikke har en åben ambulant kontakt på behandlende afsnit.		
Hjemmebesøg skal indberettes med en besøgsdato samt obligatorisk administrativ ydelseskode: AAF6		
Værdisæt		
På formen dag, måned og år.		
Indgår i registrering for:		
Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Årsag til passiv ventetid	ÅRSAGPAS	1
Definition/beskrivelse		
Angivelse af grund til passiv periode.		
Værdisæt		
0 Ønsket af patienten		
1 Afventer udredning/behandling andet afsnit		
Indgår i registrering for:		
Indlagte patienter		
Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Startdato for passiv ventetid	DTOSTPAS	6
Definition/beskrivelse		
<p>Dato for start af passiv periode. For hver passiv ventetidsperiode skal der registreres en startdato.</p> <p>DTOSTPAS \geq HENVISDTO</p>		
Værdisæt		
På formen dag, måned og år.		
Indgår i registrering for:		
Indlagte patienter Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Slutdato for passiv ventetid	DTOSLPAS	6
Definition/beskrivelse		
<p>Dato for afslutning af passiv periode. For hver passiv ventetidsperiode skal der registreres en slutdato.</p> <p>DTOSLPAS \geq DTOSTPAS.</p> <p>Der må ikke være et besøg i den passive periode, dog må DTOSTPAS og DTOSLPAS godt være lig besøgsdato.</p>		
Værdisæt		
På formen dag, måned og år.		
Indgår i registrering for:		
Indlagte patienter Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Dato for afslået tilbud om behandling på anden sygehusafsnit	DTOAFTLB	6
Definition/beskrivelse		
Dato for hvornår tilbud om behandling på andet sygehusafsnit er afslået af patienten.		
Værdisæt		
For indlagte patienter:		
Datoen for afslået tilbud skal ligge imellem henvisningsdatoen og startdato.		
$HENVISD\text{TO} \leq D\text{TOAFTLB} \leq S\text{TARTD}\text{ATO}$.		
For ambulante patienter:		
Datoen for afslået tilbud skal ligge imellem henvisningsdatoen og dato for endelig behandling.		
$HENVISD\text{TO} \leq D\text{TOAFTLB} < D\text{TOENHB}$, hvis udfyldt ellers før $S\text{TARTD}\text{ATO}$.		
På formen dag, måned og år.		
Indgår i registrering for:		
Indlagte patienter		
Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Sygehusafsnitskode for det afsnit behandlingstilbudet er givet til	BEHANDTILSGH	7
Definition/beskrivelse		
Angivelse af, hvilket sygehusafsnit behandlingstilbudet er givet til.		
Værdisæt		
Ifølge den gældende sygehusklassifikation (udsendes årligt af Sundhedsstyrelsen)		
BEHANDTILSGH skal være alfanumerisk eller blank.		
Obligatorisk for indlagte og ambulante patienter, hvor der er afslået tilbud om behandling på anden sygehusafsnit.		
De 3 sidste cifre i BEHANDTILSGH må være '000', hvis sygehuskode er forskellig fra egen sygehuskode.		
Indgår i registrering for:		
Indlagte patienter		
Ambulante patienter		

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 svangerskabsjournalen.		
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 svangerskabsjournalen.		
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 afdeling eller hos praktiserende speciallæge som led i svangrekontrollen.		
Oplysningen fås evt. fra svangerskabsjournalen.		
Værdisæt		
Antal 0-9		
Uoplyst = U		
Skal registreres, hvis der er en DO80* - 84* som aktionsdiagnose.		
Indgår i registrering for:		
Indlagte patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Nummer ved flerfoldsfødsel	FLERNR	1
Definition/beskrivelse		
Angiver barnets nummer i rækkefølgen ved flerfoldfødsel.		
Værdisæt		
Alfabetisk A - F		
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. Disse valideringer er rubriceret efter kapitlerne 3-14 i vejledningsdelen.

Begreberne for indlæggelsesdato, dato start og dato ankomst på skadestue er erstattet af et begreb:

INDLÆGDTO/DTOSTART/DTOANKSKA ændres til STARTDATO.

Begreberne for udskrivningsdato og dato slut er erstattet af et begreb:

UDSKRIVDTO/DTOSLUT ændres til SLUTDATO

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.

Heldøgnspatienter benævnes som indlagte patienter.

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 mindre 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 HENVISDTO være forskellig fra blank.

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

Hvis PATTYPE = 2 skal HENVISDTO være før eller lig med DTOFORU (hvis denne udfyldt), som skal være før eller lig med DTOENBH (hvis denne udfyldt).

Hvis PATTYPE = 3, skal HENVISDTO være blank.

FØDSELSDATO skal være mindre eller lig med HENVISDTO.

HENVISNMÅDE

En af værdierne blank, 0, 1, 2, 3, 5, 8, 9, A, B, C, D eller E.

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

På kontakter med HENVISNMÅDE E skal HENVISDTO ligge efter 31.12.2001

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

Hvis PATTYPE = 3, skal HENVISNMÅDE være blank.

INDMÅDE

En af værdierne blank, 1, 2, 9.

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

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

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, 3, 4, 5, 7, 8, 9, A, B, C eller E.

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 AFSLMÅDE 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.

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

UDSKRIVTILSGH

Blank eller i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation på SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3.

De sidste 3 cifre (afdelingskoden) kan være '000', såfremt sygehuskode er forskellig fra egen sygehuskode (SGH).

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 er efter 31.12.98 og AFSLUTMÅDE er lig med 3, 5, B eller C, så skal UDSKRIVTILSGH være udfyldt og i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens klassifikationer på SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3. Dog tillades '000' som afdelingskode, såfremt sygehuskode er forskellig fra egen sygehuskode (SGH).

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.

Strukturen SKSKO:

ART

En af værdierne blank, A, B, C, G, H, M, V, P, D eller +.

KODE

I overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens klassifikation (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-10kode.

Skal findes i Sundhedsstyrelsens ”Klassifikation af sygdomme”.

MOD

En af værdierne blank, 0, 1, 2, 3, 4, 5, 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 ÅÅMMDD.

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 eller efter STARTDATO og lig 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.

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 HENVISDTO og lig med eller før STARTDATO.

Hvis PATTYPE = 2, så skal DTOAFTLB være lig med eller efter HENVISDTO og før DTOENBH, hvis udfyldt ellers før STARTDATO.

BEHANDTILSGH

Skal findes i Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation på DTOAFTLB.

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

PASSV - strukturen kan have følgende kombinationer af indhold:

- * ÅRSAGPAS og DTOSTPAS og DTOSLPAS og DTOAFTLB og BEHANDTILSGH
- * ÅRSAGPAS og DTOSTPAS og DTOSLPAS
- * DTOAFTLB og BEHANDTILSGH

Der må kun indberettes én PASSV indeholdende DTOAFTLB og BEHANDTILSGH pr. kontakt.

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.

Hvis ART = H, på HENVISDIO (hvis udfyldt, ellers følges reglerne for ART=A).

Hvis ART = A, B, C, G eller M på SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 (hvis udfyldt) ellers på STARTDATO for PATTYPE = 3 eller en dato herefter

Hvis ART = A, B, G, H eller M, skal position 1 i KODE være D. Gælder ikke hvis ART = H og KODE er numerisk.

Hvis ART = C skal position 1 i KODE være D eller E. Hvis KODE starter med E må KODE ikke være EU*.

Hvis 1. position i KODE er D, skal KODE være mindst 5 karakterer lang; med undtagelse af hvis ART = H, M eller hvis PATTYPE = 3, så skal KODE som hovedregel være mindst 4 karakterer lang.

For visse koder er der krav om højere antal karakterer. Fx 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, så skal der være en aktionsdiagnose.

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

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

Hvis PATTYPE = 3, så 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.

Registrering af diagnoser - brug af diagnosearter

Hvis 1. position i KODE er D, skal eventuelle alders- og kønsbetingelser i Sundhedsstyrelsens "Klassifikation af sygdomme" være i overensstemmelse med alder og køn ud fra CPRNR ved kontaktens start.

Hvis STARTDATO er efter 31.12.98 og HENVISDIO er mindre end STARTDATO og HENVISMÅDE er 1, 2, 3, 5, B, C, D eller E, 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 klassifikation på pågældende PROCDDIO. Hvis PROCDDIO 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 PROCDDIO ikke er udfyldt, så på STARTDATO.

Hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.97 og STARTDATO er lig med PROCDTO, så skal PROCTIM være større eller lig med INDLÆGTIME eller TANSKA.

Hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2000, må der ikke for ART = V eller P findes procedurer med samme PROCDTO, PROCTIME og PROCMIN.

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

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

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.

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 er udfyldt 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 ART = blank og PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2000 og KODE tilhører ZWCM*, så skal pågældende kode være mindst 5 karakterer lang.

Hvis 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

I overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens klassifikation. Datovalideringen følger samme regel, som gælder for den primærkode, som tillægskoden er tilknyttet.

Tillægskode 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)

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

Generelt

Hvis ART = A og PATTYPE = 0 og SLUTDATO ligger efter 31.12.95 og KODE tilhører de i vejledningsdelen kapitel 9 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*.

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.

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 kapitel 9 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 en af de i vejledningsdelen kapitel 10 nævnte. 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 kapitel 7 (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 DT401* - DT409* eller DT430A. 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 DT401* - DT409* samt DT430A 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*, 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 tilhører anmeldelsesstatus cancerdiagnoser jf. vejledningsdelen kapitel 12, så skal der pr. diagnose være tilknyttet en og maks 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 tilhører anmeldelsesstatus cancerdiagnoser jf. vejledningsdelen kapitel 12, 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 tilhører anmeldelsesstatus cancerdiagnoser jf. vejledningsdelen kapitel 12, 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 tilhører anmeldelsesstatus cancerdiagnoser jf. vejledningsdelen kapitel 12, 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 tilhører anmeldelsesstatus cancerdiagnoser, jf. vejledningsdelen kapitel 12 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. Angående kirurgiske indgreb henvises til vejledningsdelen kapitel 8.

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2001 og DIAGART = A og KODE tilhører anmeldelsesstatus cancerdiagnoser, jf. vejledningsdelen kapitel 12 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 kapitel 12. Angående kirurgiske indgreb henvises til vejledningsdelen kapitel 8.

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 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.

Hofteledsalloplastik

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 edb-afdelinger, som står for LPR indberetningen.

Ved indberetning til LPR skal data opbygges i strukturer identificeret med nøgleord. Strukturerne indeholder foreningsmængden af de datafelter, der kan indrapporteres i dag og de datafelter, som tidligere har kunnet indrapporteres.

Hvilke datafelter, der skal indrapporteres fra de enkelte afdelinger på de enkelte patienttyper, er anført tidligere i rapporten. Ved indberetning af datafelter, som ikke er angivet i denne rapport, skal definitionen findes i tidligere udgaver.

De enkelte strukturer er oprettet, så de primært indeholder de 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%".

Indberetninger med fejl i nøgleord vil kun blive indberettet til LPR med indlæggelses- og udskrivningsoplysninger. 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

- Indlæggelsestid/
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
- Udskrivningstid Kun for heldøgnskontakter
udskrevet fra den 01.01.1994.
- Udskrivnings- eller
afslutningsmåde
- Udskrevet/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
- Dato for endelig behandling
- Diagnoseart Kun for kontakter udskrevet fra den 01.01.1995. Indberettes i struktur SKSKO.
- Diagnosekodenummer På kontakter udskrevet før den 01.01.1995 indberettes diagnosekodenummer i strukturen DIAGN.

På kontakter udskrevet fra den 01.01.1995 indberettes diagnosekodenummer i strukturen SKSKO.
- Modifikation Kun for kontakter udskrevet før den 01.01.1994.
- Procedureart Kun for procedurer fra den 01.01.1996. Indberettes i strukturen SKSKO.
- Procedurekodenummer For operationer før den 01.01.1996 indberettes operationskodenummer i strukturen OPERA.

For procedurer fra den 01.01.1996 indberettes procedurekodenummer i strukturen SKSKO.
- Proceduredato Kun for procedurer fra den 01.01.1996. Indberettes i strukturen SKSKO.
- Kode for opererende/

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

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, G, 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) samt dato for afslået tilbud om behandling og tilhørende sygehusafdeling.

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**

SKSKO006HDN801SKSKO006ADN801SKSKO005+TUL1

SKSKO006BDN830SKSKO005+TUL2

SKSKO028VKLAD00#####02010113013311430SKSKO005+TUL1

SKSKO028DKLAB10#####02010113013311430SKSKO005+TUL2SLUT%

Følgende SKS-koder er anvendt:

- | | | | |
|---|---------|---|-----------------------------|
| - | HDN801 | - | Henvisningsdiagnose |
| - | ADN801 | - | Aktionsdiagnose |
| - | +TUL1 | - | Tillægskode (sideangivelse) |
| - | BDN830 | - | Bidiagnose |
| - | +TUL2 | - | Tillægskode (sideangivelse) |
| - | VKLAD00 | - | Vigtigste operative indgreb |
| - | +TUL1 | - | Tillægskode (sideangivelse) |
| - | 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 samt ventelistedata:

INDUD079130103120101010001130301#####701#####070101#210501
##2#####0005130301170401

SKSKO005HDC43SKSKO006ADC435SKSKO006+AZCA1

SKSKO028#ZPP12#####01040113013311000SKSKO007+KQBE10

SKSKO028VKQBE10#####17040113013311430SKSKO005+ZKC0

BESØG006130301BESØG006210301BESØG006170401BESØG006230401

BESØG006100501

PASSV0130010301100301PASSV013A150301190301

PASSV0133010401150401SLUT%

Følgende SKS-koder er anvendt:

- HDC43 - Henvisningsdiagnose
(henvisningsdato = 070101)
- ADC435 - Aktionsdiagnose
- +AZCA1 - Tillægskode (anmeldelsesstatus)
- #ZPP12 - Aflyst procedurer pga.. tekniske problemer
(aflyst proceduredato = 010401)
- +KQBE10 - Tillægskode til den aflyste procedure
- VKQBE10 - Vigtigste operative indgreb
(operationsdato = 170401)
- +ZKC0 - Tillægskode
(cancerrelateret kirurgisk indgreb)

Følgende BESØG indgår:

- 130301 - Besøg (svarer til startdato og dato for
forundersøgelse)
- 210301 - Besøg
- 170401 - Besøg (svarer til operationsdato og dato for
endelig behandling)

- 230401 - Besøg
- 100501 - Besøg (svarer til slutdato)

Følgende PASSIVE VENTETIDER indgår:

- 010301-100301 - Årsag = 0 (ønsket af patienten)
- 150301-190301 - Årsag = A (andet)
- 010401-150401 - Årsag = 3 (ventetid tilhører anden afdeling)

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/Tid 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	HENVISDTO	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	UDSKRILTILSGH	7	CH	Udskrevet til sygehus-/afdeling
63	KONTÅRS	1	CH	Kontaktårsag
64	BEHDAGE	4	CH	Behandlingsdage
68	DTOFORU	6	CH	Dato for forundersøgelse
74	DTOENBH	6	CH	Dato for endelig behandling

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 G = Grundmorbus 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 VN	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 VN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	OPR	5	CH	Sammenhørende operation

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULARNAVN
Besøgs oplysninger				BESØG
	PROGRAM DATANA VN	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 VN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	ÅRSAGPAS	1	CH	Årsag til passiv ventetid,
2	DTOSTPAS	6	CH	Startdato for passiv ventetid,
8	DTOSLPAS	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 behandlingstilbud er givet til

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

A

Abdominalomfang · 55
 Abort · 54;110
 Abortregistrering · 161
 Adresseafsnit · 99
 Afbrudt procedure · 48
 AFD · 118;145
 Afdeling · 98
 Afdelings/afsnitsnummer · 118
 Aflyst procedure · 48;108
 Aflyste procedurer · 158
 AFSLUTMÅDE · 126;148
 Afslutningsmåde · 96
 Afsnit · 98
 Afsnitsnummer · 17
 Aktionsdiagnose · 14;35;36;106
 Aktiv ventetid · 101
 Aktivitetskode · 32
 Akut · 97
 Akut indlæggelse · 102
 Akut modtageafsnit · 99
 Akut patient · 97
 Akut procedure · 108
 Ambulant besøg · 21;104
 Ambulant besøgsdato · 104
 Ambulant kontakt · 14;21;77;104
 Ambulant patient · 21;104
 Ambulant ydelse · 21;104
 Ambulatorium · 99
 Anmeldelsespligtig sygdom · 75;111
 Anmeldelsesstatus · 80;111;163
 Antal besøg hos egen læge · 55
 Antal besøg hos jordemoder · 55
 Antal besøg hos
 sygehusafsnit/speciallæge · 55
 Anvendelse af operationsart · 46
 Apgarscore · 55
 Arbejdsdiagnose · 35
 ART · 150
 Assistance · 21;44;45;51;107

ATC-koder · 73

B

Barnets længde · 144
 Barnets record · 161
 Barnets vægt · 143
 Behandling · 108
 Behandlings- og Plejeklassifikation ·
 49
 Behandlingsmodning · 93
 BEHANDTILSGH · 140;152
 BEHDAGE · 149
 BESJORD · 141;153
 BESLÆGE · 142;153
 BESSPEC · 142;154
 BESØG · 172
 Besøg hos egen læge · 142
 Besøg hos jordemoder · 141
 Besøg hos
 sygehusafsnit/speciallæge · 142
 Besøgsdato · 24
 Bidiagnose · 35;37;106
 Billed-vejledt procedure · 52
 BOBST · 172
 Brud på lårbenshals · 164

C

Cancer · 163
 Cancerregisteret · 75
 CPRNR · 120;146

D

DAGS · 46
 Dato for afslået tilbud · 19;139
 Dato for besøg · 137
 Dato for endelig behandling ·
 24;130
 Dato for forundersøgelse · 24;130
 Deloperation · 110

DIAG · 132;150
 DIAGART · 131
 DIAGN · 172
 Diagnose · 34;106
 Diagnoseart · 35;106;131
 Diagnosekode · 35
 Diagnosekodenummer · 132
 Diagnosekodning ved kontrol · 43
 Diagnoser · 155
 DISTKOD · 147
 DRG · 46;87
 DTOAFTLB · 139;152
 DTOBES · 137;151
 DTOENBH · 130;149
 DTOFORU · 130;149
 DTOSLPAS · 138;152
 DTOSTPAS · 138

E

Efterambulant kontrol · 43
 Elektrochokbehandling · 60
 Endelig behandling · 101
 Erstatnings-CPRNR · 146

F

Fejlsøgning · 145
 FLERNR · 143;153
 Forgiftninger · 162
 Forgiftningskoder for narkotika · 73
 Forundersøgelse · 91;100
 Fravær uden aftale · 59;103
 Fødsler og aborter · 159
 Fødsler på vej til sygehuset · 54
 Førstegangsbesøg · 52

G

Grundmorbus · 35;37;107

H

HENVISDTO · 123;147
 Henvisning · 91;100
 Henvisningsdato · 18;91;100;123
 Henvisningsdiagnose · 35;38;94;107
 Henvisningsmåde · 18;23;100;123
 Henvisningsperiode · 91;100
 HENVISNMÅDE · 123;147
 Hjemmebesøg · 22;52;97
 Hjerneblødning og hjerneinfarkt ·
 164
 Hofteledsalloplastik · 164
 Hotelpatient · 16;22;98
 Hovedomfang · 55

I

ICD-10 · 34
 Indberetning til LPR · 166
 Indikation · 39
 Indlagt patient · 16;103
 Indlagt psykiatrisk patient · 60
 Indlæggelse · 102
 Indlæggelseskontakt · 16;102
 Indlæggelsesmåde ·
 16;18;96;102;124
 Indlæggelsesperiode · 16;102
 Indlæggelsestid · 121
 Indlæggelsesvilkår · 62;102;124
 INDLÆGTID · 121;146
 INDMÅDE · 124;147
 INDUD · 171
 INDVILK · 124;154
 Inkomplet hjemmefødsel · 54;111
 Intensivafsnit · 99
 Intern flytning · 104

K

Kirurgisk abort · 56
 Kirurgisk indgreb · 45

Klassifikation af aflysningsårsager · 158
 Klassifikation af sygdomme · 34
 KODE · 150
 Kodeart · 105
 Kodenummer for producerende afsnit · 136
 Koder for køretøjsulykker · 32
 Kombinerede indgreb · 47
 Kommunekode · 17
 KOMNR · 146
 Komplet hjemmefødsel · 54;111
 Komplikation · 39;110
 Komplikation til procedure · 35
 Kontakt · 96
 Kontaktårsag · 19;29;33;71;96
 Kontaktårsagskode · 128
 Kontrolbesøg · 52;105
 Kontrolpatienter · 93
 KONTÅRS · 128;149
 Kvalitetsmåling · 87

L

Landspatientregisteret · 7
 Luxation af hoftedeledsprotese · 164
 LÆNGDE · 144;153
 Længerevarende fravær · 59;103

M

Medicinsk abort · 56
 MIANSKA · 122;146
 Midlertidig diagnose · 35;38;106
 Minut for ankomst til skadestue · 122
 Misdannelsesregistrering · 161
 Misdannet foster · 57
 Mistanke om cancer · 77
 MOBST · 172
 MOD · 150
 Moderens record · 160

N

Normeret sengeplads · 99
 Nummer ved flerfoldsfødsel · 143
 Ny anmeldelsespligtig sygdom · 82

O

Obs. pro- diagnoser · 41
 OKOMB · 172
 Omvisitering · 93;100
 OPERA · 172
 Operation · 45
 Operation for grå stær · 164
 Operation for lændediscusprolaps · 165
 OPR · 150;151
 OPRAFD · 151
 Opvågningsafsnit · 99
 Orlov · 16;103
 Overflytning · 103

P

Paritet · 55;111;141
 PARITET · 141;153
 Passiv periode · 91;92;101
 Passiv ventetid · 102
 PASSV · 172
 Patient · 97
 Patienthotel · 22;100
 Patienttype · 17;23;27;97;119
 PATTYPE · 119;145
 Personalekategori · 52
 Personnummer · 17;120
 Placentavægt · 55
 Planlagt · 97
 Planlagt igangsættelse · 54
 Planlagt kejsersnit · 54
 Planlagt patient · 97
 Planlagt procedure · 108
 Primære operation · 45;110
 Primærkode · 105

- PROC · 134
 PROCAFD · 136;150
 PROCART · 133
 PROCDTO · 135;150
 Procedure · 44;45;107
 Procedureart · 45;109;133
 Procedurearter · 157
 Proceduredato · 135
 Procedurekode · 45
 Procedurekodenummer · 134
 Procedureminut · 136
 Procedurer · 156
 Procedurer i henvisningsperioden · 95
 Proceduretime · 135
 PROCMIN · 136;150
 PROCTIM · 135;150
 Producent · 107
 Provokeret abort · 56
 PSYKI · 173
 Psykiatri · 162
 Psykiatrisk patient · 59
 Psykiatrisk skadestuepatient · 69
 Psykiatriske diagnoser · 59
-
- R**
- Radiologiske procedurer · 158
 Radiologiske ydelser · 50
 Rask ledsager · 16
 Recidiv · 79;111
 Registrering af diagnoser · 156
 Registrering af operationer · 157
 Rekvirent · 107
 Relevante bidiagnoser · 37
 Reoperation · 45;47
 Resultat af fødsel · 55
-
- S**
- Sekundær operation · 45;47;109
 Selvmord · 33;112
 Selvmord- og selvmordsforsøg · 60
- Selvstændig ambulans kontakt · 51
 Senfølge · 33;112
 Sengeafsnit · 99
 Serviceafsnit · 98
 SGH · 118;145
 Sideangivelse · 50
 SIDMEN · 154
 Skade · 112
 Skadesmekanismekode · 31
 Skadestue · 99
 Skadestuekontakt · 27;105
 Skadestuepatient · 27;105
 SKS · 14
 SKS-browser · 14
 SKS-klassifikation · 105
 SKSKO · 171
 SKS-kode · 14;105
 Skønnet radikalitet · 85;111
 Sletning af kontakt · 177
 SLUT · 173
 Slutdato · 125
 SLUTDATO · 125;147
 Slutdato for passiv ventetid · 138
 Specifikation af en SKS-primærkode · 39
 Spontane aborter · 57
 Stamafdeling · 98
 Stamafsnit · 98
 Startdato · 121
 STARTDATO · 121;146
 Startdato for passiv ventetid · 138
 Stationær ydelse · 103
 Stedkode · 31
 Svangerskabslængde · 55;57
 Sygehusafsnitskode for det afsnit behandlingstilbudet er givet til · 140
 Sygehusfødsel · 54;110
 Sygehusnummer · 16;118
-
- T**
- Tab af kunstig linse · 165

TANSKA · 121;146
 Telefonkonsultation · 98
 Tidligere tilstande · 42
 Tillægskode · 35;45;105
 Tillægskoder · 159
 Tillægskodning · 39
 Time for ankomst til skadestue · 121
 Tobaksforbrug · 55
 Transportform, modpart · 32
 Transportform, tilskadekomne · 32

U

Uafsluttet ambulans kontakt · 38
 Udskrevet/afsluttet til sygehusafsnit
 · 19;29;127
 Udskrivning · 103
 Udskrivnings- eller afslutningsmåde
 · 18;25;28;63;126
 Udskrivningstime · 125
 UDSKRIVTIME · 125;148
 UDSKRTILSGH · 127;149
 ULK · 129
 ULYKK · 172
 Ulykke · 33;112
 Ulykker · 154
 Ulykkeskode · 129
 Ulykkesregistrering · 30

Undersøgelse · 108

V

Ventende patient · 101
 Venteperiode · 91;101
 Vigtigste operation · 110
 Voldshandling · 33;112
 VÆGT · 143;153

Y

Ydelse · 107
 Ydelser af administrativ karakter ·
 52

Æ

Ændrede krav · 9

Å

Åbne ambulante kontakter · 34
 Årsag til passiv ventetid ·
 19;102;137
 ÅRSAGPAS · 137;151