

FÆLLESINDHOLD

for basisregistrering af sygehuspatienter

2006

Fællesindhold for basisregi- strering af sygehuspatien- ter 2006

Koordinationsgruppen for
individbaseret patientregistrering

15. udgave af
Rapport nr. 6, 2005

Fællesindhold 2006

Forfatter: Sundhedsstyrelsen

Udgiver: Sundhedsstyrelsen

Ansvarlig institution: Sundhedsstyrelsen

Copyright: Sundhedsstyrelsen

Tryk: Schultz Grafisk

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

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

Sprog: Dansk

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

Version: 1,0

Versionsdato: 20051017

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 87-7676-178-9

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

Forord

15. udgave af ”Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2006” er baseret på 14. udgave med visse udvidelser/ændringer. Ændringerne i kravene til indberetning til Landspatientregistret i forhold til 14. udgave kan læses i indledningen.

Det ændrede fællesindhold træder i kraft med virkning fra 1. januar 2006.

Sundhedsstyrelsen, oktober 2005

Jens Kristian Gøtrik

Morten Andreas Hjulsager
Arne Kverneland

Indhold

1	Indledning	9
1.1	Baggrund for publikationen	9
1.2	Fællesindhold	9
1.3	Ændringer til indberetning for 2006	11
2	Kontaktmodellen	12
3	Henvissnings- og venteperiode	15
3.1	Begreber og definitioner	15
3.1.1	Venteperiode og henvisningsperiode	15
3.1.2	Ventestatus	16
3.1.3	Særligt i forbindelse med ambulante forløb	16
3.2	Koder for ventestatus	17
3.3	Vejledning til registrering	18
3.3.1	Henvissningsdato til endelig behandling	18
3.3.2	Henvissningsmåde og Afslutningsmåde	18
3.3.3	Patienten melder afbud	19
3.3.4	Omvisitering	19
3.3.5	Behandlingsmodning	20
3.3.6	Gravide	20
3.3.7	Kontrolpatienter	20
3.3.8	Ventetid på grund af andet afsnit	21
3.3.9	Afslået behandlingstilbud	21
3.4	Oplysninger om henvisningsperioder og venteperioder, der medtages ved indberetning til LPR	21
4	Indlagte patienter	24
4.1	Begreber og definitioner	24
4.2	Oplysninger om indlagte somatiske patienter, der medtages ved indberetning til LPR	25
5	Ambulante patienter	29
5.1	Begreber og definitioner	29
5.2	Sundhedsfagligt uddannet personale	30
5.3	Oplysninger om ambulante patienter, der medtages ved indberetning til LPR	31

5.4	Afslutning af ambulat kontakt	33
6	Psykiatri	35
6.1	Diagnoseregistrering	35
6.2	Procedureregistrering	36
6.2.1	Elektroshockbehandling	36
6.3	Retslige forhold	37
6.4	Indlagt psykiatrisk patient	37
6.4.1	Selv mord og selvmordsforsøg under psykiatrisk indlæggelse	38
6.4.2	Fravær	38
6.5	Ambulant psykiatrisk patient	39
6.6	Ambulante psykiatriske ydelser	39
6.6.1	Timeforbrug	39
6.6.2	Ambulante besøg og hjemmebesøg	40
6.6.3	Ambulante ydelser uden besøg	41
6.6.4	Børne- og ungdomspsykiatriske ydelser	42
6.7	DIPSY	43
6.8	Psykiatrisk skadestuepatient	44
7	Skadestuepatienter	45
7.1	Begreber og definitioner	45
7.2	Oplysninger om skadestuepatienter, der medtages ved indberetning til LPR	45
8	Skader, ulykker og forgiftninger	49
8.1	Skadesindberetning for indlagte patienter	49
8.2	Skadesindberetning for skadestuepatienter	49
8.3	Ulykkesregistrering	50
8.3.1	Kontaktårsager	52
8.4	Indberetning af selvmord/selv mordsforsøg	53
8.5	Forgiftninger og bivirkninger	54
8.5.1	Lægemedelforgiftninger	55
8.5.2	Forgiftninger med narkotika	55
8.5.3	Registrering ved misbrug	56
8.5.4	Lægemedelbivirkninger	57
9	Registrering af diagnoser	58

9.1	Begreber og definitioner	58
9.2	Generelle principper	59
9.3	Diagnosearter	59
9.3.1	Aktionsdiagnosen	59
9.3.2	Relevante bidiagnoser	61
9.3.3	De basale principper	61
9.3.4	Henvisningsdiagnose	62
9.3.5	Midlertidige diagnoser	62
9.3.6	Komplikation	62
9.4	Tillægskodning	63
9.5	Særlige regler vedrørende diagnoseregistrering	64
9.6	Særlige kode- og registreringsprincipper	65
9.6.1	Diagnosekodning ved kontrol	67
10	Registrering af procedurer	68
10.1	SKS-hovedgrupper	68
10.2	Begreber og definitioner	70
10.3	Operationsregistrering	70
10.3.1	Anvendelse af operationsart	71
10.3.2	Kombinerede indgreb	71
10.3.3	Reoperationer	71
10.3.4	Sekundære operationer	72
10.4	Registrering af andre procedurer	72
10.4.1	Billedvejledte procedurer	72
10.4.2	Indberetning af fysio- og ergoterapeutiske ydelser	73
10.5	Ambulante ydelser	74
10.6	Aflyste procedurer	75
10.7	Tillægskodning	76
10.7.1	Mulig tillægskodning i forbindelse med kirurgisk indgreb	77
10.8	Hjemmebesøg	78
10.9	ICF	78
10.10	Neonatal hørescreening	79
11	Postoperative infektioner	82
11.1	Registrering og indberetning	84
12	Svangerskab, fødsler, aborter og misdannelser	85
12.1	Svangerskab	85

12.2	Indberetning af fødselsoplysninger	85
12.3	Obligatoriske fødselsoplysninger	88
12.4	Aborter	91
12.5	Misdannelser	92
13	Lovpligtig anmeldelse af kræftsygdomme til Cancerregisteret	94
13.1	Anmeldelsespligtig sygdom	94
13.1.1	Anmeldelsespligtige diagnoser	94
13.1.2	Registrering og indberetning af anmeldelsespligtig sygdom	96
13.1.3	Kodning under udredning for anmeldelsespligtig sygdom	97
13.1.4	Udvikling i en anmeldelsespligtig sygdom	98
13.1.5	Kontakter, der ikke omfatter diagnostik, behandling eller kontrol	98
13.1.6	Kontrol	99
13.1.7	Recidiv	100
13.1.8	Oversigt over anmeldelsesstatus:	102
13.1.9	Komplikationer eller hændelser der relaterer til den anmeldelsespligtige sygdom	104
13.1.10	Ændring af diagnose	107
13.1.11	Validering af statuskode for afsluttede patienter	107
13.1.12	Yderligere registreringer ved anmeldelse af ny patient, status AZCA1	108
13.2	Diagnosegrundlag	108
13.3	Lateraltet	109
13.4	Stadium	110
13.4.1	TNM klassifikationen	111
13.4.2	Ann Arbor lymfom klassifikation	114
13.4.3	Anatomisk lokalisation	114
13.5	Procedureregistrering ved anmeldelsespligtig sygdom	115
14	Data til brug for kvalitetsmåling	118
15	Definitioner til patientregistrering	122
15.1	Organisatoriske begreber	122
15.2	Administrative begreber	124
15.3	Henvisning og venteperiode	129
15.4	Indlæggelseskontakter	132
15.5	Ambulante kontakter	133
15.6	Skadestuekontakter	134

15.7	Kliniske termer	135
15.8	Diagnoseregistrering	135
15.9	Procedureregistrering	137
15.10	Komplikationsregistrering	140
15.11	Graviditet, abort, fødsel og barsel	140
15.12	Cancer	141
15.13	Ulykke	142
16	Oversigt over data der indgår i	143
	registreringen	143
17	Databeskrivelser	146
18	Fejlsøgning	170
18.1	Valideringer for de enkelte felter	170
18.2	Valideringer pr. område	182
18.2.1	Ulykker	182
18.2.2	Diagnoser	182
18.2.3	Procedurer	184
18.2.4	Funktionsevne	186
18.2.5	Neonatal hørerscreening	186
18.2.6	Postoperative infektioner	187
18.2.7	Tillægskoder	187
18.2.8	Fødsler og aborter	188
18.2.9	Psykiatri	191
18.2.10	Forgiftninger	192
18.2.11	Cancer	193
18.2.12	Kvalitetsindikatorer	197
19	Detaljeret teknisk beskrivelse	199
19.1	Indberetning til LPR	199
19.2	Strukturoversigt	203
19.3	Eksempler på indberetningsrecords	205
19.3.1	Eksempel på indberetning af operationskoder som SKS-koder	206
19.3.2	Eksempel på indberetning af en operationskontakt afsluttet før 01.01.1996	206
19.3.3	Eksempel på indberetning af cancerdiagnose, aflyst operation, henvisende sygehusafsnit samt venteoplysninger	207

19.3.4	Eksempel på indberetning af en uafsluttet ambulant kontakt med startdato efter 31.12.2004	210
19.3.5	Sletning af kontakt	211
19.3.6	Eksempler på indberetning af en sletterecord	211
19.4	Detaljeret indhold af struktur	212
20	Stikordsregister	218

1 Indledning

1.1 Baggrund for publikationen

”Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2006” (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, Bornholms regionskommune, Center for Psykiatrisk grundforskning i Århus, Amtsrådsforeningen, Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen repræsentanter i gruppen.

1.2 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 registerets start i 1977, samt i Det Psykiatriske Centralregister siden 1969.

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

Formål med indberetningen

Fællesindholdet er de oplysninger, der er fælles for de lokale patientregistreringssystemer og LPR. LPR ajourføres ved dataoverførsel fra de lokale patient-registreringssystemer. Fællesindholdet binder således LPR og de lokale patient-registreringssystemer 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 sygestatistikken, 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.

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

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

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

Bogens opbygning

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

Bilag med kodelister kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside:
www.sst.dk/patientregistrering

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

Vejledningsdelen

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

I vejledningsdelen findes også et kapitel med definitioner på de begreber, der er anvendt i bogen, se side 122

Den tekniske del

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

1.3 Ændringer til indberetning for 2006

I forhold til 2005-udgaven af "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" er der tale om ændringer vedrørende:

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

Vejledningsdel

2 Kontaktmodellen

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

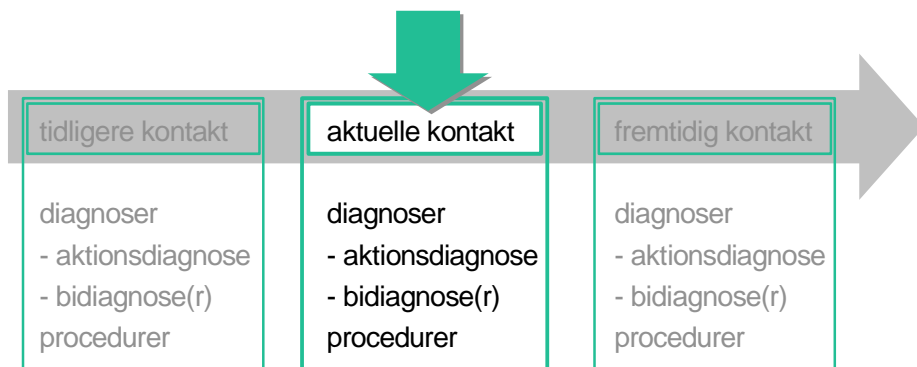
1. en indlæggelse
2. en ambulante kontakt (både besøg og ydelser)
3. et skadestuebesøg

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

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

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

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



Registrering af aktionsdiagnose, (se side 59), relevante bidiagnoser, (se side 61) operationer (se side 70) 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 bestå af såvel ambulante besøg som ydelser, der er udført uden besøg, og kan evt. strække sig over lang tid. Aktionsdiagnosen (og eventuelle bidiagnoser) på denne kontakt skal til enhver tid være dækkende for hele kontakten dvs. at diagnosen eller diagnoserne skal belyse den gældende opfattelse af en patients sygdom. I LPR ses kun de sidst indberettede diagnoser.

Aktionsdiagnosen er dén "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 den aktuelle kontakt. Det kan fx dreje sig om en tilgrundliggende (kronisk) sygdom, hvis denne har en klinisk eller ressourcemæssig betydning for kontakten.

De **operationer** og **andre procedurer** der udføres i forhold til og inden for kontaktens tidsudstrækning, skal indberettes på kontakten (der er kun krav om indberetning af andre procedurer på enkelte områder - det vil sige, at nogle procedurer er indberetningspligtige i forbindelse med bestemte diag-

noser). Det gælder også eventuelle assistancer (procedurer, hvor producenten er forskellig fra stamafdelingen).

Eksempler er plasmaferese, dialyse, respiratorbehandling, CT-skanning og i visse tilfælde cancerbehandling.

Værdisæt

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

Til nogle felter er der korte veldefinerede lister af værdier, der for eksempel anvendes til at angive administrative oplysninger, såsom indlæggelsesmåde. Disse lister findes i databeskrivelserne (se side 146). Andre steder anvendes SKS-koder, som er koder fra "Sundhedsvæsenets Klassifikations System". Koderne kan ses i SKS-browseren på www.sst.dk/SKS

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

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

Arbejdsgange

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

Det vil således være meget hensigtsmæssigt, hvis sekretærens slutregistrering er understøttet af dikteringen: "Aktionsdiagnosen er"; "Bidiagnoserne er...." 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 være mest praktisk, at producenten registrerer ydelsen i forbindelse med udførelsen.

3 Henvisnings- og venteperiode

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

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

3.1 Begreber og definitioner

Begreb	Definition
henvisning	anmodning fra en henvisningsinstans til sygehusafdeling om at modtage en patient
henvisningsdato	dato for modtagelse af en henvisning på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten
henvisningsperiode	periode fra henvisningsdatoen til dato for første fremmøde på sygehuset
henvisningsinstans	sundhedsaktør med henvisningsret til sundhedsvæsenet
visitering	sundhedsfaglig vurdering af en patients behov for sundhedsaktiviteter og prioritering heraf på baggrund af en henvisning eller en patientkontakt
venteperiode	periode fra henvisningsdato til dato for endelig behandling
ventestatus	status for om en patient er ventende eller ikke ventende
venteforløb	patientens samlede venteperioder indenfor ét sygdomsforløb <i>Inkluderer evt. ventetid til assistanceydelse, hvor videre ambulante udredning og behandling må afvente assistancen</i>
udredning	afklaring af, hvilken endelig behandling, der skal ske.
udredningsperiode	periode fra start af udredning til beslutningstidspunkt <i>Beslutningstidspunkt er det tidspunkt hvor endelig behandling besluttet</i>
endelig behandling	den behandling, der klinisk vurderes til bedst at afhjælpe det aktuelle sygdomsproblem

3.1.1 Venteperiode og henvisningsperiode

Alle venteperioder starter med en henvisning. Det er dog ikke alle henvisninger, der skal betragtes som starten på en venteperiode! Fx skal en henvis-

ning til planlagt kontrol 3 måneder senere, ikke starte en venteperiode, da perioden fra henvisning til kontrol på forhånd er planlagt og aftalt med patienten. I de 3 måneder anvendes ventestatus 22 ”Ikke ventende, til kontrol”. Der kan også være perioder med aktiv ventetid inden for en ambulanskontakt, uden at der er tale om ”henvisning”, fx når patienten er uret ambulans og skal endelig behandles på samme ambulatorium.

3.1.2 Ventestatus

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

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

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

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

3.1.3 Særligt i forbindelse med ambulante forløb

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

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

Eksempel

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

3.2 Koder for ventestatus

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

Kode	Kodetekst	Bemærkninger
24	Ikke ventende, pga. udredning/behandling på andet afsnit	Anvendes, når patienten pga. en anden komplicerende tilstand skal behandles eller reguleres for denne, inden behandling af den aktuelle lidelse kan foretages på afsnittet
25	Ikke ventende, under udredning	Anvendes i perioden under udredningen. Kun på ambulante kontakter – se afsnittet ”Ventestatus”
26	Ikke ventende, under behandling	Kan anvendes i perioden under behandlingen. Kun på ambulante kontakter– se afsnittet ”Ventestatus”

3.3 Vejledning til registrering

3.3.1 Henvisningsdato til endelig behandling

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

3.3.2 Henvisningsmåde og Afslutningsmåde

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

Eksempel

1.2.2005 - 1.3.2005	henvist til udredning, afd. A, ventestatus 11
2.3.2005 - 8.3.2005	ambulant, afd. A, ventestatus 25
Afslutningsmåde L afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb, på afd. B	
Henvisningsmåde G henvist fra sygehusafsnit, venteforløb, på afd. A	
9.3.2005 - 1.4.2005	henvist til behandling afd. B, ventestatus 12
2.4.2005 -	behandlingen starter, ventetiden slutter

3.3.3 Patienten melder afbud

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

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

3.3.4 Omvisitering

Ved omvisitering af henvist patient til andet afsnit, **inden** patienten er modtaget til første ambulante besøg eller indlæggelse, skal henvisningen oprettes på det nye afsnit med henvisningsdato lig den **oprindelige henvisningsdato**. Perioden fra henvisningsdatoen til datoen for modtagelse af henvisningen på det nye sygehus/afsnit indberettes med ventestatus 13 "Ventende, omvisiteret fra andet afsnit".

Eksempel

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

Hvis patienten derimod har haft mindst **et besøg** på det første afsnit i forbindelse med udredning inden patienten omvisiteres, anvendes henvisningsdato lig med modtagelsesdato for henvisningen på næste afsnit, idet det er at betragte som en ny henvisnings- og venteperiode. Kontakten afsluttes på første afsnit med afslutningsmåden G "Afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb" eller afslutningsmåde L "Afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet), og oprettes på det nye afsnit med henvisningsmåden G "Henvist fra sygehusafsnit, venteforløb".

Eksempel

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

3.3.5 Behandlingsmodning

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

Når patienten er klar efter endt behandlingsmodning, skiftes til relevant ventestatus, hvis der er ventetid. Denne registreringsmåde benyttes også, hvis der i forbindelse med behandlingen er en betænkningstid.

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

3.3.6 Gravide

For gravide patienter, der henvises til ambulant svangerskabskontrol, oprettes en henvisning med ventestatus 22 "Ikke ventende, til kontrol", og der oprettes en ambulant kontakt ved første besøg.

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

3.3.7 Kontrolpatienter

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

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

3.3.8 Ventetid på grund af andet afsnit

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

Eksempel

1.2.2005 - 1.3.2005	henvist til afd. A, ventestatus 11
2.3.2005 - 8.3.2005	afd. A, ventestatus 25
9.3.2005 - 1.4.2005	afd. B, ventestatus 15
2.4.2005 -	afd. A, ventestatus 25

3.3.9 Afslået behandlingstilbud

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

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

Siger patienten "nej tak" til behandlingstilbudet, skal der indberettes ventestatus efter de gældende regler.

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

Henvisningsdato Dato for modtagelse af en henvisning på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten
Værdisæt: Valid dato

Henvisningsdiagnose Diagnose, der angives af henvisende instans som årsag til henvisning.
Henvisningsdiagnosen er obligatorisk
Værdisæt:
Diagnoseart: "H"

Henvisnings- og venteperiode

Diagnosekode: SKS-kode fra hovedgruppe "D" med mindst 4 karakterer, inkl. "D".

Henvisningsmåde

Angivelse af hvilken instans patienten er henvist fra
Værdisæt:

1 = Alment praktiserende læge

2 = Praktiserende speciallæge

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

F = Henvist fra sygehusafsnit

G = Henvist fra sygehusafsnit, venteforløb

Henvist fra sygehusafsnit

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

Værdisæt:

7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen

Ventestatus

Status for om patienten er ventende eller ikke ventende

Værdisæt:

11 = Ventende på udredning

12 = Ventende på behandling

13 = Ventende, omvisiteret fra andet afsnit

14 = Ventende, pga. manglende oplysninger

15 = Ventende på assistance

21 = Ikke ventende, til udredning/behandling

22 = Ikke ventende til kontrol

23 = Ikke ventende efter patientens ønske

24 = Ikke ventende pga. udredning/behandling andet afsnit

25 = Ikke ventende under udredning

26 = Ikke ventende under behandling

Startdato for ventestatus

Dato for start af ventestatus

Værdisæt: Valid dato

Slutdato for ventestatus

Dato for afslutning af ventestatus

Henvisnings- og venteperiode

Værdisæt: Valid dato

Dato for afslået tilbud

Dato for afslået tilbud om behandling på andet sygehus/afsnit

Værdisæt: Valid dato

Afslutningsmåde

Angivelse af hvilken instans patienten afsluttes til
Værdisæt:

1 = Alment praktiserende læge

2 = Praktiserende speciallæge

8 = Død

A = Andet

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

F = Afsluttet til sygehusafsnit

G = Afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb

K = Afsluttet til sygehusafsnit (hjemmet)

L = Afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)

Afsluttet til sygehusafsnit

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

Værdisæt: 7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen

Procedurer i henvisningsperioden

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

4 Indlagte patienter

4.1 Begreber og definitioner

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

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

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

Patientorlov

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

Assistancer

Assistancer, der er ydet til en patient, der er indlagt, skal knyttes til den aktuelle indlæggelseskontakt.

Raske ledsagere

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

Indlagt patient på patienthotel

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

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

Eksempel

1.2.2005 - 1.3.2005	patient indlagt på afsnit A med adresseafsnit (fysisk sted) patienthotellet
---------------------	---

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

Sygehusnummer	Nummeret for sygehuset, hvor patienten er under behandling <i>Værdisæt: 4-cifret kode fra Sygehusklassifikationen</i>
Afsnitsnummer	Nummeret for det sengeafsnit, der er patientens stamafsnit <i>Værdisæt: 7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen</i>
Patienttype	Angivelse af en patients administrative relation til sygehuset <i>Værdisæt: 0 = indlagt patient</i>
Personnummer	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

Indlagte patienter

Værdisæt:
Dansk CPR-nummer eller erstatnings CPR-nummer
på 10 karakterer.
Erstatningsnumre har følgende opbygning:

<i>Pos. 1-6</i>	<i>Valid dato: DDMMÅÅ</i>
<i>Pos. 7</i>	<i>Århundredeskiller:</i> <i>0 = pt. født 1900-1999</i> <i>5 = pt. født før 1900</i> <i>6 = pt. født efter 1999</i>
<i>Pos. 8-9</i>	<i>Valgfrie bogstaver: A-Z</i>
<i>Pos. 10</i>	<i>Lige tal for kvinder</i> <i>Ulige tal for mænd</i>

Startdato	Dato for påbegyndelse af en indlæggelseskontakt <i>Værdisæt: Valid dato</i>
Indlæggelsestid	Klokkeslæt i hele timer for kontaktstart på sengeafsnit <i>Værdisæt: 00 - 23</i>
Indlæggelsesminut	Klokkeslæt i minutter for kontaktstart på sengeafsnit <i>Værdisæt: 00 - 59</i>
Kommunekode	Patientens bopælskommune <i>Værdisæt: 3-cifret kommunekode.</i> <i>Kan ses på www.sst.dk</i>
Henvisningsdato	Dato for modtagelse af en henvisning på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten <i>Værdisæt: Valid dato</i>
Henvisningsmåde	Angivelse af hvilken instans patienten er henvist fra <i>Værdisæt:</i> <i>0 = Ingen henvisning</i> <i>1 = Alment praktiserende læge</i> <i>2 = Praktiserende speciallæge</i> <i>8 = Herfødt</i> <i>A = Andet</i>

Indlagte patienter

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

F = Henvist fra sygehusafsnit

G = Henvist fra sygehusafsnit, venteforløb

Henvist fra sygehusafsnit

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

Værdisæt: 7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen

Indlæggelsesmåde

Angivelse af prioritet for kontaktstart

Værdisæt:

1 = Akut

2 = Planlagt

Slutdato

Dato for afslutning af indlæggelseskontakt

Værdisæt: Valid dato

Udskrivningstime

Klokkeslæt i hele timer for afslutning af indlæggelseskontakt

Værdisæt: 00 - 23

Afslutningsmåde

Angivelse af hvilken instans patienten afsluttes til

Værdisæt:

1 = Alment praktiserende læge

2 = Praktiserende speciallæge

8 = Død

A = Andet

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

F = Afsluttet til sygehusafsnit

G = Afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb

K = Afsluttet til sygehusafsnit (hjemmet)

L = Afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb(hjemmet)

Afsluttet til sygehusafsnit

Ved afslutningsmåde F, G, K og L angives hvilket sengeafsnit eller ambulatorium patienten afsluttes til. Afslutningsmåde F og G anvendes hvis patienten overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit. Afslut-

Indlagte patienter

ningsmåde K og L anvendes hvis patienten **ikke** overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit, men tager hjem i en periode
Værdisæt: 7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen

Dato for afslået tilbud

Dato for afslået tilbud om behandling i andet sygehusafsnit
Værdisæt: Valid dato

Kontaktårsag

Overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset

Værdisæt:

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

2 = Ulykke

3 = Voldshandling

4 = Selvmord/selvmordsforsøg

5 = Senfølge

8 = Andet

9 = Ukendt/uoplyst

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

Diagnoser

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

Procedurer

Det er obligatorisk at indberette alle operationer, radiologiske procedurer samt visse specifikke undersøgelser og behandlinger samt aflyste operationer. Alle andre procedurer **kan** indberettes.

Specielle regler for indlagte psykiatriske patienter se psykiatrikapitlet side 35:

5 Ambulante patienter

5.1 Begreber og definitioner

Begreb	Definition
ambulant patient	patienttype for patient, der er indskrevet på et ambulatorium
ambulant kontakt	patientkontakt på et ambulatorium
ambulant besøg	besøg i forbindelse med ambulant patientkontakt hvor stamafdeling er involveret
ambulant ydelse	ydelse givet til en ambulant patient <i>Omfatter:</i> - ydelser produceret af stamafsnittet - assistancer produceret af andre kliniske afsnit - assistanceydelser produceret af serviceafsnit

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

Registrering af ambulante patienter omfatter alle ydelser givet til patienter, der har en ambulant kontakt. Der kan indberettes ambulante ydelser uden et samtidigt ambulant besøg. De ambulante ydelser kan være produceret af stamafsnittet eller af andre afsnit (assistancer). Se også afsnittet ”ambulante ydelser” i procedurekapitlet.

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

En ambulant kontakt omfatter alle patientens ambulante besøg, assistancer og ydelser. Et ambulant besøg indberettes som en besøgsdato, men det anbefales samtidigt at registrere mindst én klinisk ydelse. Ydelser registreres med relevante procedurekoder, som **ikke** er fagspecifikke. Ved behov kan ydelser markeres med tillægskode for personalekategori (AP*).

Eksempel

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

Ambulante patienter

Samtlige ambulante kontakter, inklusiv de uafsluttede, indberettes med de registrerede diagnoser og procedurer.

Indberetningen til LPR foregår mindst en gang om måneden - senest den 10. i efterfølgende måned.

Hotelpatient

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

Hotelpatienter regnes normalt som ambulante patienter, der har en ambulans kontakt på stamafsnittet **og** en ambulans kontakt på patienthotellet.

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

Eksempel

1.2.2005 - 1.3.2005	ambulans kontakt på afsnit A
1.2.2005 - 1.3.2005	ambulans kontakt på patienthotellet
Alle kliniske ydelser registreres på kontakten på afs. A	

5.2 Sundhedsfagligt uddannet personale

Indberetning af ambulans besøgsdatoer skal ske, når den ambulans somatiske eller psykiatiske patient har et besøg, hvor der har været en sundhedsfagligt uddannet person til stede. Der gælder særlige regler for fysioterapeuter og ergoterapeuter, se side 73

Sundhedsfagligt uddannet personale – ansat i ambulatorier – omfatter følgende:

- Læger
- Tandlæger
- Sygeplejersker
- Jordemødre
- Sundhedsplejersker
- Psykologer
- Plejere
- Sygehjælpere
- Tandplejere
- Klinikassistenter

Ambulante patienter

- Kliniske tandteknikere
- Social – og sundhedsassistenter
- Kiropraktorer
- Fodterapeuter
- Audiologiassistenter
- Kliniske diætister
- Fysioterapeuter og ergoterapeuter
- Radiografer

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

Sygehusnummer	Nummeret for sygehuset, hvor patienten er under behandling <i>Værdisæt: 4-cifret kode fra Sygehusklassifikationen</i>										
Afsnitsnummer	Nummeret for det ambulatorium, hvor patienten er i behandling <i>Værdisæt: 7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen</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.</i> <i>Erstatningsnumre har følgende opbygning:</i> <table><tr><td><i>Pos. 1-6</i></td><td><i>Valid dato: DDMMÅÅ</i></td></tr><tr><td><i>Pos. 7</i></td><td><i>Århundredeskiller:</i></td></tr><tr><td></td><td><i>0 = pt. født 1900-1999</i></td></tr><tr><td></td><td><i>5 = pt. født før 1900</i></td></tr><tr><td></td><td><i>6 = pt. født efter 1999</i></td></tr></table>	<i>Pos. 1-6</i>	<i>Valid dato: DDMMÅÅ</i>	<i>Pos. 7</i>	<i>Århundredeskiller:</i>		<i>0 = pt. født 1900-1999</i>		<i>5 = pt. født før 1900</i>		<i>6 = pt. født efter 1999</i>
<i>Pos. 1-6</i>	<i>Valid dato: DDMMÅÅ</i>										
<i>Pos. 7</i>	<i>Århundredeskiller:</i>										
	<i>0 = pt. født 1900-1999</i>										
	<i>5 = pt. født før 1900</i>										
	<i>6 = pt. født efter 1999</i>										

Ambulante patienter

Pos. 8-9 Valgfrie bogstaver: A-Z
Pos. 10 Lige tal for kvinder
Ulige tal for mænd

Startdato	Dato for påbegyndelse af en ambulanskontakt <i>Værdisæt: Valid dato</i>
Starttime	Klokkeslæt i hele timer for påbegyndelse af en ambulanskontakt <i>Værdisæt: 00 - 23</i>
Startminut	Klokkeslæt i minutter for påbegyndelse af en ambulanskontakt <i>Værdisæt: 00 - 59</i>
Kommunekode	Patientens bopælskommune <i>Værdisæt: 3-cifret kommunekode.</i> <i>Kan ses på www.sst.dk</i>
Henvisningsdato	Dato for modtagelse af en henvisning på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten <i>Værdisæt: Valid dato</i>
Henvisningsmåde	Angivelse af hvilken instans patienten er henvist fra <i>Værdisæt:</i> <i>0 = Ingen henvisning</i> <i>1 = Alment praktiserende læge</i> <i>2 = Praktiserende speciallæge</i> <i>A = Andet</i> <i>E = Udlandet (Kun patienter, der direkte henvises fra udlandet)</i> <i>F = Henvist fra sygehusafsnit</i> <i>G = Henvist fra sygehusafsnit, venteforløb</i>
Henvist fra sygehusafsnit	Ved henvisningsmåde F og G angives hvilket afsnit patienten er henvist fra <i>Værdisæt: 7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen</i>

Ambulante patienter

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

Dato for afslået tilbud Dato for afslået tilbud om behandling i andet sygehusafsnit
Værdisæt: Valid dato

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

5.4 Afslutning af ambulante kontakt

Slutdato Dato for afslutning af ambulante kontakt
Værdisæt: Valid dato

Afslutningsmåde Angivelse af hvilken instans patienten afsluttes til
Værdisæt:

1 = Alment praktiserende læge

2 = Praktiserende speciallæge

7 = Udeblevet

8 = Død

A = Andet

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

F = Afsluttet til sygehusafsnit

G = Afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb

K = Afsluttet til sygehusafsnit (hjemmet)

L = Afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)

Afsluttet til sygehusafsnit

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

Værdisæt: 7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen

Diagnoser

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

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

Der kan desuden indberettes bidiagnoser og komplikationer. Se beskrivelse i kapitlet om diagnoseregistrering.

Procedurer

Det er obligatorisk at indberette alle operationer, radiologiske procedurer samt visse specifikke undersøgelser og behandlinger samt aflyste operationer. Alle andre procedurer **kan** indberettes.

Specielle regler for ambulante psykiatriske patienter se psykiatrikapitlet side 35.

6 Psykiatri

Registrering og indberetning af data for psykiatriske patienter er i vid udstrækning identisk med den registrering og indberetning, der foretages for somatiske patienter. I dette afsnit beskrives kun de oplysninger, der afviger fra somatikken. I kapitlerne om indlagte patienter (se side 24), ambulante patienter (se side 29) og skadestuepatienter (se side 45) ses de generelle regler for indberetning.

Samtlige kontakter på psykiatriske afdelinger - inklusiv de uafsluttede - indberettes løbende eller mindst én gang om måneden.

6.1 Diagnoseregistrering

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

Der kan desuden indberettes bidiagnoser og komplikationer til behandling. Se beskrivelse i kapitlet om diagnoseregistrering side 58.

Der henvises også til bogen ”Psykiatriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser” udgivet af Munksgaard. Bogen indeholder definitioner på de enkelte psykiatriske diagnoser.

Vedr. diagnosekodningen ved retslige forhold, se afsnit 6.3.

Tilladte aktionsdiagnoser for psykiatriske kontakter

SKS-kode	Tekst
DF000 - DF999	Psykiatriske diagnoser (kapitel V i ”Klassifikation af Sygdomme”)
DZ004	Psykiatrisk undersøgelse, ikke klassificeret andetsteds
DZ032	Obs. pga. mistanke om mentale eller adfærdsmæssige forstyrrelser
DZ038	Obs. på mistanke om andre sygdomme eller tilstande
DZ039	Obs. på mistanke om ikke specificeret sygdom eller tilstand
DZ046	Psykiatrisk undersøgelse, begæret af myndigheder
DZ0460	Retspsykiatrisk observation

SKS-kode	Tekst
DZ0461	Dom til psykiatrisk behandling
DZ0462	Dom til psykiatrisk anbringelse
DZ0463	Civilretslig psykiatrisk undersøgelse
DZ0464	Socialretslig psykiatrisk undersøgelse
DZ0468	Anden retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning
DZ0469	Retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning uden specifikation
DZ700 - DZ709	Seksualrådgivning
DZ710	Person i konsultation på anden persons vegne
DZ711	Bekymring for sygdom hos rask person
DZ714	Behov for rådgivning og kontrol ved alkoholmisbrug
DZ715	Behov for rådgivning og kontrol ved medicinmisbrug
DZ716	Behov for rådgivning og kontrol ved tobaksmisbrug
DZ718	Behov for anden specificeret rådgivning
DZ719	Behov for rådgivning uden specifikation
DZ749	Problem i forbindelse med afhængighed af plejepersonale uden specifikation
DZ749C	”Causa socialis”
DZ765	Simulant (bevidst simulant)
DZ81*	Familieanamnese med mental eller adfærdsmæssig sygdom
DZ843	Familieanamnese med indgifte
DZ864	Anamnese med misbrug af psykoaktive stoffer
DZ865	Anamnese med mentale adfærdsmæssige sygdomme
DZ914	Psykisk traume, ikke klassificeret andetsteds
DX600 - DY099	Tilsligtet selvbeskadigelse, overfald og mishandling

6.2 Procedureregistrering

6.2.1 Elektroschockbehandling

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

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

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

Vedr. øvrige undersøgelses- og behandlingsprocedurer

En arbejdsgruppe er ved at udarbejde en ny procedureliste for psykiatri, herunder børne- og ungdomspsykiatri. Procedurelisten vil indgå i den kommende registreringsvejledning.

Vedr. de særlige krav til ambulant ydelsesregistrering, se side 39

6.3 Retslige forhold

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

6.4 Indlagt psykiatrisk patient

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

Kontaktårsag

For psykiatriske indlagte patienter skal kontaktårsag indberettes

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*

Startvilkår

Angivelse af de juridisk-administrative forhold ved start af en psykiatrisk kontakt

Værdisæt:

- 1 = Almindelig frivillig indlagt*
- 2 = Tvang (rød blanket)*
- 3 = Tvang (gul blanket)*

- 6 = *Barn indlagt i henhold til Lov om Social Service*
- 7 = *Indlagt i henhold til dom*
- 8 = *Indlagt i henhold til dom til anbringelse*
- 9 = *Indlagt som mental observand*
- B = *Indlagt som varetægtssurrogatfængslet*
- C = *Overført varetægtsarrestant*
- D = *Indlagt i henhold til farlighedsdekret*
- E = *Indlagt i henhold til andet retsligt forhold*

Ved registrering af startvilkår 7, 8, 9, B, C, D og E er det obligatorisk at angive en diagnose tilhørende DZ046*

Afslutningsmåde Udover de generelle afslutningsmåder kan følgende afslutningsmåde anvendes

- 4 = *Ingen lægelig opfølgning*

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

6.4.1 Selvmord og selvmordsforsøg under psykiatrisk indlæggelse

Registrering af selvmord/selvmordsforsøg under psykiatrisk indlæggelse sker via diagnosekodning. Se mere i afsnittet vedrørende selvmord, side 53.

6.4.2 Fravær

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

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

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

6.5 Ambulant psykiatrisk patient

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

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

Ved registrering af startvilkår L, M, N og R er det obligatorisk at angive en diagnose tilhørende DZ046*.

Afslutningsmåde	Udover de generelle afslutningsmåder kan følgende afslutningsmåde anvendes <i>4 = Ingen lægelig opfølgning</i>
------------------------	---

6.6 Ambulante psykiatriske ydelser

Ydelser givet til en ambulant psykiatrisk patient tilhører kategorierne **ambulant besøg** (med eller uden yderligere registrerede ydelser), **hjemmebesøg** (med/uden yderligere registrerede ydelser) eller **ydelse uden besøg**.

Vedrørende ambulant besøg og hjemmebesøg se side 124.

Ydelser uden besøg er de ydelser der indgår i et ambulant forløb, se listen over ydelser uden besøg i afsnit 6.6.3. Listen indeholder ydelser på sygehuset hvor patienten ikke er tilstede samt ydelser udenfor sygehuset og hjemmet.

6.6.1 Timeforbrug

Alle tre kategorier af ambulante ydelser **skal** have timeforbrug tilknyttet. Timeforbruget registreres som tillægskode til ydelseskoden efter følgende klassifikation.

SKS-kode	Timeforbrug
ZPVA1B	0 - 1 time
ZPVA2C	1 - 2 timer
ZPVA4A	2 - 4 timer
ZPVA6A	4 - 6 timer
ZPVA8A	6 - 8 timer
ZPVA9A	8 - 10 timer
ZPVA9B	10 - 12 timer
ZPVA9C	12 - 14 timer
ZPVA9D	> 14 timer

Eksempel

Hjemmebesøg med varighed af 4 timer inkl. transport

AAF6	Hjemmebesøg
(+)ZPVA4A	2 - 4 timer

6.6.2 Ambulante besøg og hjemmebesøg

For ambulante besøg og hjemmebesøg indberettes timeforbruget for den samlede ydelse inkl. tid til for- og efterarbejde. Tillægskode for timeforbrug knyttes til den overordnede (administrative) kode for ambulante besøg AAF22 hhv. hjemmebesøg AAF6. For hjemmebesøg skal transporttiden indregnes i det samlede timeforbrug.

SKS-kode	Overordnede ydelseskoder for ambulante besøg hhv. hjemmebesøg
AAF22	Ambulante besøg
AAF6	Hjemmebesøg

Hvis der under et ambulante besøg eller et hjemmebesøg udføres en eller flere af de nedenstående anførte procedurer, skal disse også indberettes.

Der skal ikke registreres særskilt tidsforbrug for disse ydelser, når de indgår i det samlede tidsforbrug, der angives i forhold til det ambulante besøg/hjemmebesøget.

Det er frivilligt at indberette andre udførte procedurer.

SKS-kode	Ydelser, der obligatorisk registreres, når de indgår i ambulante besøg eller hjemmebesøg
BRSP1	Individuel psykoterapi
BRSP2	Parterapi
BRSP3	Familieterapi

SKS-kode	Ydelser, der obligatorisk registreres, når de indgår i ambulant besøg eller hjemmebesøg
BRSP4	Flerfamilieterapi
BRSP5	Anden gruppeterapi
BRXA9A	Psykiatrisk dagbehandling
ZZ4991	Psykologisk undersøgelse
ZZ4992	Semistruktureret diagnostisk interview
AAF21	Førstegangsbesøg
BVAA34A	Samtale med behandlingssigte
ZZ0150BX	Social udredning
ZZ0149AX	Somatisk udredning
BRKP8	Psykoedukation i gruppe
BRBP	Træning af kombinerede psykosociale færdigheder
BRH*	Psykofarmakologisk behandling #)

#) Klassifikation og obligatorisk udvalgt endnu ikke fastlagt. Vil indgå i den kommende registreringsvejledning.

Eksempel

3 1/2 times familieterapi som led i ambulant behandling

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

Eksempel

Kontakt med anden myndighed samt efterfølgende udfærdigelse af erklæring som led i ambulant behandling

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

6.6.3 Ambulante ydelser uden besøg

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

Følgende ydelser skal obligatorisk indberettes:

SKS-kode	”Ydelser uden besøg”
BVAW2	Netværksmøde
ZZ0231A	Supervision til institution
BVAA33A	Telefonkonsultation

SKS-kode	"Ydelser uden besøg"
ZZ0182	Udfærdigelse af erklæring
BVAW1	Kontakt med anden myndighed
AAF83	Institutionsbesøg
BVAA97	Samtale med forældre
BVAA99	Samtale med værge

Når en eller flere procedurer fra listen over "Ydelser uden besøg" indgår i et ambulært besøg eller et hjemmebesøg, skal disse ikke tidsregistreres selvstændigt.

Eksempler

Uden besøg: 2 timers samtale med forældre og 30 minutters udfærdigelse af erklæring

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

Med besøg: 2 timers samtale med forældre og 30 minutters udfærdigelse af erklæring

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

6.6.4 Børne- og ungdomspsykiatriske ydelser

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

Ved ydelser uden besøg registreres antal behandlere på hver procedurekode.

SKS-kode	Tekst
BZFD7	1 behandler
BZFD8	flere behandlere

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

Eksempel

Psykologisk undersøgelse af 12-årigt barn, foregået mandag den 23. maj 05

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

6.7 DIPSY

For ambulante psykiatriske patienter under speciale 50 ("voksenpsykiatri"), skal der desuden indberettes nogle kliniske kvalitetsindikatorer til "Databasen for klinisk kvalitet i ambulat psykiatrisk behandling", DIPSY.

Følgende ydelser/parametre skal obligatorisk indberettes til DIPSY

SKS-kode	Tekst	Tillægskode
ZZ5900	Vurdering af funktionsniveau ved GAF	ZRPG00-99 ZRPGXX score uoplyst
ZZP0001	Behandlingsplan foreligger	
ZZP0002	Behandlingsplan foreligger ikke	
ZZ8050	Angivelse af bolig forhold	ZRSB01 egen bolig ZRSB02 hjemløs ZRSB03 forsorghjem ZRSB09 ingen oplysninger om bolig forhold
ZZ8051	Angivelse af bostøtte forhold	ZRSA01 bostøtte hele døgnet ZRSA02 bostøtte del af døgnet ZRSA03 bostøtte en til flere gange ugentlig ZRSA04 bostøtte mindre end en gang ugentlig ZRSA09 ingen bostøtte
ZPP00P	Ingen psykofarmakologisk behandling	

I DIPSY indgår også ydelserne indenfor "psykofarmakologisk behandling" (BRH*) og "systematisk psykoterapi" (BRSP*). Disse ydelser registreres obligatorisk løbende. Hvis der ingen psykofarmakologisk behandling er givet på tidspunktet for årsindberetningen, registreres ZPP00P Ingen psykofarmakologisk behandling.

De kliniske kvalitetsindikatorer indberettes ved årsopfølgning. Ved årsopfølgning forstås, at patienten kontinuert har været tilknyttet psykiatrien 1 år, 2 år, 3 år osv. efter sidste ambulante startdato. Data skal registreres indenfor +/- 2 måneder i forhold til årsdato, fx 10 – 14 måneder. Procedurene indberettes desuden ved afslutning af kontakten.

6.8 Psykiatrisk skadestuepatient

Der anvendes samme basisregistrering for psykiatriske skadestuepatienter som for somatiske.

Som aktionsdiagnose anvendes en kode fra listen over tilladte psykiatriske aktionsdiagnoser for psykiatriske patienter.

Ved kontaktårsag 4 "Selvmord/selvmondsforsøg" kan der registreres aktionsdiagnose fra kapitel DF* eller fra kodeintervallet DX60* - DX84*. Se mere i afsnittet vedrørende selvmord, side 53.

For psykiatriske skadestuepatienter er det tilladt at bruge afslutningsmåde 4 "Ingen lægelig opfølgning".

7 Skadestuepatienter

7.1 Begreber og definitioner

Begreb	Definition
skadestuepatient	patienttype for patient, der er indskrevet på et skadestueafsnit
skadestuekontakt	kontakt med et skadestueafsnit som stamafsnit
skadestue	afsnit, der varetager undersøgelse og behandling af skadestuepatienter
skadestuebesøg	besøg i forbindelse med en skadestuekontakt

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

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

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

7.2 Oplysninger om skadestuepatienter, der medtages ved indberetning til LPR

Sygehusnummer	Nummeret for sygehuset, hvor patienten er under behandling <i>Værdisæt: 4-cifret kode fra Sygehusklassifikationen</i>
Afsnitsnummer	Nummeret for det skadestueafsnit, hvor patienten er i behandling <i>Værdisæt: 7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen</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

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

Erstatningsnumre har følgende opbygning:

<i>Pos. 1-6</i>	<i>Valid dato: DDMMÅÅ</i>
<i>Pos. 7</i>	<i>Århundredeskiller:</i>
	<i>0 = pt. født 1900-1999</i>
	<i>5 = pt. født før 1900</i>
	<i>6 = pt. født efter 1999</i>
<i>Pos. 8-9</i>	<i>Valgfrie bogstaver: A-Z</i>
<i>Pos. 10</i>	<i>Lige tal for kvinder</i>
	<i>Ulige tal for mænd</i>

Startdato Dato for ankomst til skadestue
Værdisæt: Valid dato

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

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

Kommunekode Patientens bopælskommune
Værdisæt: 3-cifret kommunekode.
Kan ses på www.sst.dk

Afslutningsmåde Angivelse af, hvortil patienten er afsluttet
Værdisæt:
1 = Alment praktiserende læge
2 = Praktiserende speciallæge
8 = Død

A = Andet

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

F = Afsluttet til sygehusafsnit

K = Afsluttet til sygehusafsnit (hjemmet)

Afsluttet til sygehusafsnit

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

Værdisæt: 7-cifret kode fra Sygehusklassifikationen

Kontaktårsag

Overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset.

Kontaktårsagskode skal altid registreres på en skadestue.

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

Værdisæt:

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

2 = ulykke

3 = voldshandling

4 = selvmord/selvmondsforsøg

5 = senfølge

8 = andet

9 = ukendt/uoplyst

Diagnoser

For skadestuepatienter skal aktionsdiagnosen være på minimum 4 karakterer inkl. et foranstillet "D".

Kun ved forgiftninger skal aktionsdiagnosen være på det højeste detaljeringsniveau.

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

Skadestuepatienter

For psykiatriske skadestuepatienter anvendes en aktionsdiagnose fra listen over vedtagne diagnoser for psykiatriske patienter. Ved kontaktårsag 4 "Selvmord/selvordsforsøg" kan der indberettes en diagnose fra kapitel DF* eller fra kodeintervallet DX60* - DX84*

Procedurer

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

8 Skader, ulykker og forgiftninger

Alle registreringer af skader og ulykker indebærer registrering af kontaktårsag. Kontaktårsagen er en overordnet angivelse af patientens kontakt til sygehuset og skal altid registreres ved skadestuekontakter. Den er bl.a. ”trigger” for den mere detaljerede skadesregistrering, og bruges derfor også ved registrering af skader på indlagte patienter. Til kontaktårsag 2 ”Ulykke”, 3 ”Voldshandling” og 4 ”Selvmord/selv-mordsforsøg” knytter sig et værdisæt ifølge gældende ulykkesklassifikation (se side 50). Det drejer sig om koder for skadessted, skadesmekanisme, aktivitet og køretøjsulykke. Ved køretøjulykke suppleres med angivelse af transportform for tilskadekomne og transportform for evt. modpart. Se figur 8.1.

8.1 Skadesindberetning for indlagte patienter

For indlagte somatiske patienter, hvor aktionsdiagnosen registreres som læsion, forgiftning eller andre følger af ydre påvirkning, (DS000 - DT799) indberettes kontaktårsag og ulykkeskoder (dvs. koder for sted, skadesmekanisme, aktivitet og køretøjsulykke). Denne registrering gælder ikke for komplikationer til lægelig behandling.

For indlagte psykiatriske patienter skal aktionsdiagnosen være fra listen over vedtagne psykiatriske aktionsdiagnoser (se side 35). Ved kontaktårsag 4 ”Selvmord/selv-mordsforsøg” skal diagnosekoder fra kapitlet DF* eller fra kodeintervallet DX60* - DX84* anvendes som aktionsdiagnose.

8.2 Skadesindberetning for skadestuepatienter

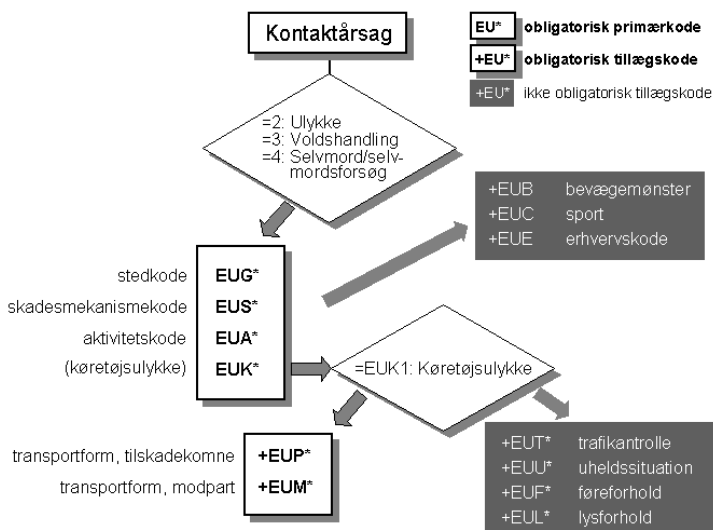
Ved registrering af skadestuepatienter skal der altid registreres kontaktårsag. Ved kontaktårsag 2 ”Ulykke”, 3 ”Voldshandling” og 4 ”Selvmord/selv-mordsforsøg” skal der foretages skadesregistrering.

Ved kontaktårsag 2 ”Ulykke”, 3 ”Voldshandling” eller 4 ”Selvmord/selv-mordsforsøg” skal der for somatiske skadestuepatienter være en diagnose i intervallerne DR00 - DR999, DS00 - DT799 eller DZ00 - DZ999.

For psykiatriske skadestuepatienter med kontaktårsag 4 ”Selvmord/selv-mordsforsøg” skal diagnosekoder fra kapitlet DF* eller fra kodeintervallet DX60* - DX84* anvendes som aktionsdiagnose.

8.3 Ulykkesregistrering

Til kontaktårsag 2 "Ulykke", 3 "Voldshandling" og 4 "Selvmord/selv-mordsforsøg" knytter sig et værdisæt ifølge gældende ulykkesklassifikation.



Figur 8.1 Ulykkesregistrering

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

Skader, ulykker og forgiftninger

- EUS5 Kvælning*
- EUS6 Kemisk påvirkning*
- EUS7 Termisk, elektrisk, strålingspåvirkning*
- EUS8 Akut overbelastning af legeme/legemsdel*
- EUS9 Anden og ikke specificeret skadesmekanisme*

Aktivitetskode

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

Koder for køretøjsulykker

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

- EUK1 Køretøjsulykke*
- EUK2 Ikke køretøjsulykke*

Transportform, tilskadekomne

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

Transportform, modpart

- EUM0 Ingen modpart*
- EUM1 Til fods*
- EUM2 Cykel*
- EUM3 Knallert*
- EUM4 Motorcykel, scooter*
- EUM5 Personbil*
- EUM6 Varevogn*

EUM7 Lastbil, bus m.m.

EUM8 Anden transportform, modpart

EUM9 Ikke specificeret transportform, modpart

8.3.1 Kontaktårsager

	Kontaktårsag	Bemærkninger
1	Sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion	<ul style="list-style-type: none"> - Langvarig legemsbeskadigelse, hvor der ikke er tale om egentlig ulykke - fx nedslidning - Forgiftning som følge af længerevarende påvirkning (48 timer eller derover), eller hvor påvirkningen 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	<p>En ufrivillig hændelse karakteriseret ved en hurtigtvirkende kraft eller påvirkning, som kan ytre sig i form af skade på kroppen.</p> <p>Ulykke inkluderer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akut legemlig overbelastning, fx forløftning, forvridning, træde galt - Forgiftning som følge af kortvarig påvirkning (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/ selvmordsforsøg	Selvtilføjet skade. Selvmutilation/villet egenskade
5	Senfølge	Følge efter tidligere behandlet skade som følge af ulykke, voldshandling eller selvmordsforsøg
8	Andet	
9	Ukendt/uoplyst	

Eksempel

En person på cykel er kørt ind i en kantsten og har derved brækket hånden

Kontaktårsag	ulykke
(A)DS620	Fractura ossis navicularis manus
(+)EUG0	transportområde
(+ EUS1	slag, stød på grund af fald på trappe eller til lavere niveau
(+)EUA8	anden aktivitet
(+)EUK1	køretøjsulykke
(+)EUP2	cykel
(+)EUM0	ingen modpart

8.4 Indberetning af selvmord/selvordsforsøg

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

Registrering af selvmord/selvordsforsøg

Følgende registreringer foretages både for indlagte patienter og skadestuepatienter:

Kontaktårsag 4 Selvmord/selvordsforsøg
Kræver registrering af yderligere oplysninger vedrørende sted, skadesmekanisme og aktivitet

Stedkode EUG*

Skadesmekanismekode EUS*

Aktivitetskode EUA*

Involverer selvmordsforsøget/selvordet en køretøjsulykke skal der yderligere registreringer til, se afsnittet om ulykkesregistrering på skadestuer, side 50.

8.5 Forgiftninger og bivirkninger

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

Bivirkninger af lægemidler anvendt i normale terapeutiske doser betragtes ikke som ”forgiftninger” – se afsnit 8.5.4. Overdosering – utilsigtet eller til-sigtet – af lægemidler medregnes til forgiftning, se afsnit 8.5.1.

Sygdomsklassifikationen skelner mellem selve forgiftningen og de sygdomme/symptomer, der er en følge af forgiftningen.

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

Ved lægemiddelforgiftning skal aktionsdiagnosen specificeres med ATC-tillægskode – se afsnit 8.5.1.

Ved forgiftninger med narkotiske stoffer og andre stoffer, der ikke er lægemidler og derfor ikke har en ATC-kode, anvendes specificerede forgiftningskoder (DT40 og DT43) – se afsnit 8.5.2.

Forgiftninger med ikke-medicinske stoffer registreres med diagnoser fra intervallet DT51 - DT65.

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

Supplerende kodning

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

Eksempel

(A)DT510	Ethanolforgiftning
(B)DR400	Somnolens

I den psykiatriske registrering anvendes særlige koder (DF10 - 19) for ”intoksikation” som manifestation ved forgiftning med psykoaktive stoffer – se afsnit 8.5.3 om registrering ved misbrug.

8.5.1 Lægemedelforgiftninger

Lægemedelforgiftninger er forgiftninger, der opstår ved utilsigtet eller til-sigtet indtagelse af lægemidler i doser, der overskrider de almindeligt anerkendte terapeutiske doser. Om bivirkninger ved normal terapeutisk anvendelse – se afsnit 8.5.4.

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

Eksempel

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

8.5.2 Forgiftninger med narkotika

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

Afsnittene DT40 og DT43 omfatter følgende koder:

DT40	Forgiftninger med narkotika, hallucinogener og stærke smertestillende midler
DT400	Forgiftning med opium
DT401	Forgiftning med heroin
DT402	Forgiftning med andre opioider
DT402A	Forgiftning med kodein
DT402B	Forgiftning med morfin
DT403	Forgiftning med metadon
DT404	Forgiftning med andet syntetisk smertestillende middel
DT404A	Forgiftning med petidin
DT405	Forgiftning med kokain
DT406W	Forgiftning med narkotikum uden specifikation
DT407	Forgiftning med cannabis
DT408	Forgiftning med LSD (lysergsyrediethylamid)
DT409A	Forgiftning med euforiserede svampe

Skader, ulykker og forgiftninger

DT409B	Forgiftning med meskalin
DT409C	Forgiftning med psilocin
DT409D	Forgiftning med psilocybin
DT409X	Forgiftning, blandingsmisbrug uden specifikation
DT409Z	Forgiftning med hallucinogen uden specifikation

DT43 Forgiftninger med andre psykotrope midler

DT436A	Forgiftning med amfetamin
DT436B	Forgiftning med ecstasy
DT436C	Forgiftning med khat
DT438	Forgiftning med andet psykotropt middel
DT438A	Forgiftning med ”designer drug”
DT439	Forgiftning med psykotropt middel uden specifikation

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

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

8.5.3 Registrering ved misbrug

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

Ved psykiatriske tilstande klassificeret efter følgende afsnit:

DF11*	Psykiiske lidelser og adfærdsförstyrrelser som fölge af opioidbrug
DF15*	Psykiiske lidelser og adfærdsförstyrrelser som fölge af misbrug af andre centralstimulerende stoffer
DF16*	Psykiiske lidelser og adfærdsförstyrrelser som fölge af misbrug af hallucinogener
DF19*	Psykiiske lidelser og adfærdsförstyrrelser som fölge af brug af multiple og andre psykoaktive stoffer
DZ036	Obs. på grund af mistanke om toksisk effekt af indtaget stof

Forgiftningskoderne fra kodeafsnittene DT40 og DT43 (se tabel i afsnit 8.5.2) anvendes som tillægskoder til specificering af det (de) aktuelle stof(fer).

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

Eksempler

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

(A)DF1150	Psykotisk tilstand opioiddbetiget, skizofrenilignende
(+)DT406W	forgiftning med narkotikum uden specifikation

8.5.4 Lægemiddelbivirkninger

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

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

Eksempler

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

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

Der er for visse diagnosekoder obligatorisk krav om ATC-tillægskode. Diagnoseerne kan ses på: www.sst.dk/patientregistrering

9 Registrering af diagnoser

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

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

9.1 Begreber og definitioner

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

Aktionsdiagnose, bidiagnoser og henvisningsdiagnose udgør diagnoseindberetningens primærkoder.

midlertidig diagnose "M"	diagnose, der anvendes som arbejdsdiagnose i det kliniske undersøgelses- og behandlingsforløb <i>Må kun anvendes for åbne somatiske ambulante kontakter</i>
--------------------------	--

komplikation til procedure (komplikation) "C"	tilstand som er en utilsigtet følge af en procedure. Erstatter ikke registrering af kontaktens relevante aktions- og bidiagnoser
---	---

tillægskode "+"	SKS-kode, der supplerer primærkodens betydning. Se afsnit om "Tillægskodning" på side 63
-----------------	---

Primærkode: diagnose- eller procedurekode.

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

9.2 Generelle principper

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

Der sker løbende en udbygning af klassifikationen med mere specificerede kodemuligheder. Disse kan ikke ses i denne bog, men den elektroniske version af klassifikationen, der løbende bliver opdateret, er den officielle. Sygehusenes patientadministrative systemer bliver løbende opdateret med den aktuelle version, som også kan ses og hentes fra SKS-Browseren under www.sst.dk/SKS

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

Lændediskusprolaps og forgiftninger med narkotiske stoffer skal kodes på højeste registreringsniveau.

9.3 Diagnosearter

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

9.3.1 Aktionsdiagnosen

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

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

Der henvises i øvrigt til Sundhedsstyrelsens generelle vejledningsmateriale.

Eksempler

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

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

Patient med kendt malign blæresygdom indlagt og behandlet for hæmaturi.

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

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, plejebenhov eller ambulant kontakt, og som er den væsentligste årsag til det i kontakten gennemførte undersøgelses- og behandlingsprogram.

En patient vil ofte have flere diagnoser, der kan være konkurrerende som årsager til undersøgelse, behandling og senge-dagsforbrug. 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 og lignende fra kapitel 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 årsager til kontakten som fx ”kontrolundersøgelse efter behandling”. Disse muligheder anvendes på kontakter, hvor patienten ikke har en ”rigtig diagnose”, dvs. i udredningsfasen og i kontrolfasen, hvor den tidligere sygdom er helbredt.

9.3.2 Relevante bidiagnoser

Kan 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.

9.3.3 De basale principper

For registreringen af diagnoser gælder følgende generelle regler:

- Som aktionsdiagnose anføres den diagnose, der har ført til indlæggelse, plejebehov eller ambulanskontakt, og som er den væsentligste årsag til de gennemførte undersøgelses- og behandlingsprogrammer. Aktionsdiagnosen indberettes med diagnosearten ”A”
- Ved konkurrerende diagnoser anføres den væsentligste som aktionsdiagnose. De øvrige diagnoser medtages altid efterfølgende som bidiagnoser, der indberettes med diagnoseart ”B”
- Tilgrundliggende sygdom med klinisk betydning for den aktuelle kontakt registreres som bidiagnose
- Kontaktens øvrige klinisk relevante diagnoser, herunder eventuelle symptomdiagnoser, kan anføres som bidiagnoser
- Der må ikke være diagnoser for sygdomme, som patienten ikke har eller har haft i løbet af kontakten
- Dvs. fx **ikke** cancer, før sygdommen er endeligt verificeret - **ikke** cancer, når patienten er kurativt (helbredende) behandlet ved en tidligere kontakt.

9.3.4 Henvisningsdiagnose

Henvisningsdiagnosen er den diagnose, der er anført af den henvisende læge eller sygehus/afsnit som årsag til henvisning.

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

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

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

Eksempel

(H)DZ03	Lægelig obs. for og vurdering af personer mistænkt for sygdom
---------	---

9.3.5 Midlertidige diagnoser

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

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

For psykiatriske patienter kan obs. pro diagnoser anvendes i stedet.

9.3.6 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 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.

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 en 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 procedurerekode kan forekomme som tillægskode flere gange.

Eksempel

(C)DO740	Aspirationspneumoni under anæstesi ved fødsel
(+)KMCA20	Vaginalt kejsersnit

9.4 Tillægskodning

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

Andre eksempler er specifikation af en operationskode eller anden procedurerekode 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).

Eksempel

(A)DO740	Aspirationspneumoni under anæstesi ved fødsel
(+)KMCA20	Vaginalt kejsersnit

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 er som de øvrige kodearter vist i parenteser i eksemplerne.

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

Registrering af diagnoser

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

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

Eksempel

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

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

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

Eksempel

(A)DT390	Forgiftning m svage smertestillende midler af kendt art
(+)MN02BE01	paracetamol

For narkotiske og andre stoffer, der ikke er lægemidler og derfor ikke har en ATC-kode, anvendes forgiftningskoder som tillægskoder i stedet for ATC-koder. Forgiftningskoderne bør registreres på højeste detaljeringsniveau (se forgiftninger side 54).

9.5 Særlige regler vedrørende diagnoseregistrering

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

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

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

For nogle diagnosekoder gælder, at koden kun kan bruges i forhold til en given alder eller et bestemt køn. Disse regler knytter sig til den enkelte kode

og ved indberetning til LPR bliver der fejlsøgt for køn og alder i forhold til klassifikationen, med mindre koden er anvendt som tillægskode.

9.6 Særlige kode- og registreringsprincipper

”Klassifikation af sygdomme” indeholder i kap. XXI (DZ*) koder til angivelse af årsag til kontakt med sundhedsvæsenet som fx ”mistanke om sygdom” (obs. pro), ”kontrol” (uden sygdom), screening og profylaktiske foranstaltninger mm. DZ-koder anvendes kun som aktionsdiagnose på kontakter, hvor der ikke er en ”rigtig sygdom”. DZ-koder angiver i disse situationer ”patientens behov for” eller ”årsag til” patientens kontakt med sygehuset.

”Obs. pro”- diagnoser

I kodeafsnittet 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

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

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

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.

Eksempler

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

Andre eksempler med og uden anvendelse af tillægskoder:

Mistanke om heroinforgiftning

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

Meningitis obs. pro

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

Observation for epilepsi

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

Mistanke om malignt melanom på trunkus

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

Mistanke om brystkræft

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

Anamnese

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

Eksempler

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

Tilsvarende kan symptom eller følgetilstand specificeres med tillægskode:

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

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

9.6.1 Diagnosekodning ved kontrol

I kodeafsnittene DZ08* og DZ09* findes koder for ”kontrolundersøgelse”, der anvendes som aktionsdiagnose på kontakt, hvor der sker en kontrol, uden at sygdommen fortsat er tilstede. Denne diagnosekodning skal ikke forveksles med procedureregistreringen i forbindelse med fx de ambulante besøg, hvor der udføres (kliniske) kontrolundersøgelser.

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

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

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

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

10 Registrering af procedurer

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

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

10.1 SKS-hovedgrupper

Procedurerne, der er inddelt i nedenstående hovedgrupper, kan ses på SKS-browser på www.sst.dk/SKS

SKS-hovedgruppe	Proceduretype
A	Administrative koder
B	Behandling
K	Operation
N	Anæstesi
U	Undersøgelse
W	Midlertidig undersøgelsesklassifikation
Z	Diverse procedurekoder

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

Behandlings- og Plejeklassifikation

Denne klassifikation 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 klinisk meningsfuldt niveau. Behandlings- og Plejeklassifikationen er under stadig udbygning.

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

Registrering af procedurer

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

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

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.

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

Indberetningsstruktur

Udførte procedurer indberettes med:

- SKS-procedurekodennummer
- proceduredato
- procedureklokkeslæt
- sygehus/afdelings-kodennummer for producerende afsnit (producent)
- procedureart for operationer, se "Anvendelse af operationsart". Andre procedurer indberettes med procedureart "blank".

Assistancer

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

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

Eksempel

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

Stamafdeling: Ortopædkirurgi
(A)DZ094J Kontrolundersøgelse efter behandling af crusfraktur
Assistanceafdeling: Røntgen
UXRG30 Røntgenundersøgelse af crus

10.2 Begreber og definitioner

Begreb	Definition
procedure	handling, der kan udføres på eller gives til en person med kontakt til sygehusvæsenet
procedurekode (procedure)	klassificeret betegnelse for en procedure, der er optaget i gældende SKS-procedureklassifikation
procedureart	angivelse af den efterfølgende SKS-procedurekodes registreringsmæssige betydning
producent	det sygehusafsnit, der har udført en procedure
rekvirent	det sygehusafsnit, der har bestilt en procedure
assistance	procedure, hvor producenten er forskellig fra stamafdelingen
operation (operationskode)	procedure klassificeret i gældende "Klassifikation af operationer" (SKS)
kirurgisk indgreb (indgreb)	én eller flere operationer udført i samme seance
primære operation	den vigtigste operation i et kirurgisk indgreb
deloperation	operation, der indgår som en del af et kirurgisk indgreb uden at være den primære operation
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" side 76.

Primærkode: diagnose- eller procedurekode.

I eksemplerne er kodeart (procedureart) vist i parenteser.

10.3 Operationsregistrering

For indlagte og ambulante patienter skal udførte operationer registreres og indberettes til LPR. Der er dog ikke indberetningskrav for operationer udført på skadestuepatienter. Indberettede operationer indgår i DRG-afregningen af indlagte patienter og i den ambulante besøgsafregning (DAGS proceduregrupper).

Operationer kodes efter "Klassifikation af operationer" kapitel A-Y (inkl.), der er den danske oversættelse af den nordiske operationsklassifikation

NCSP (NOMESKO) Klassifikationen er opdelt i kapitler efter anatomiske kriterier.

Operationskoderne indberettes i SKS-format med foranstillet (SKS-hovedgruppe) ”K”, fx KFNG02A ”Prim. perkut. translum. plastik på kor-a. (PTCA)”.

Koder er vist i SKS-format i denne vejledning.

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

Sygehusenes patientadministrative systemer bliver løbende opdateret med de aktuelle versioner. Disse kan ses og hentes fra SKS-browseren under www.sst.dk/SKS

10.3.1 Anvendelse af operationsart - procedureart ”P” og ”D”

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

10.3.2 Kombinerede indgreb

Et indgreb består af en eller flere operationer udført under samme anæstesi, og de knyttes sammen i registreringen, vha. procedurearter. Der indberettes operationsdato og -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 ”Bilateral vasektomi el. ligatur af vas deferens”.

10.3.3 Reoperationer

Der er i hvert operationskapitel reoperationer som følge af komplikationer (sårintektion, blødning mv.) i den umiddelbare postoperative periode (≤30

dage). Der er herudover i relevante kapitler (fx ortopædkirurgi) koder for sekundære operationer.

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

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

10.3.4 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 termerne alment almindeligt anvendes i flæng.

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

10.4 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
- Fysio-/ergoterapeutiske ydelser
- Andre ydelser, fx respiratorbehandling, dialyse og plasmaferese

10.4.1 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 procedurer til LPR. Det betyder, at såvel ydelser givet til en patient, der har en kontakt til en klinisk afdeling (inkl. skadestue) på sygehuset (assistance), som ydelser givet til pati-

enter med selvstændig ambulant kontakt i røntgenafdelingen, skal indberettes.

Assistancer

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

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 evt. anvendes.

Udførte billeddiagnostiske undersøgelser registreres efter ”Klassifikation af radiologiske procedurer”, som i sin opdaterede form kan ses på

www.sst.dk/SKS

Registreringen følger de generelle principper for procedureregistrering.

Der er krav om obligatorisk tillægskodning (sideangivelse og anvendelse af kontrast) for en del af de radiologiske procedurer. Listen kan ses på

www.sst.dk/patientregistrering

10.4.2 Indberetning af fysio- og ergoterapeutiske ydelser

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

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

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

I statistikker fra LPR ses udelukkende på ydelsesindberetningen fra de fysio- og ergoterapeutiske afsnit. Det betyder, at ambulante besøg fra stamafsnit

med speciale 98 (fysio-/ergoterapier) ikke tæller med i statistikken. For at fysio- og ergoterapeutiske ydelser kan ses i statistikker fra LPR, skal der indberettes mindst en procedure per besøg.

10.5 Ambulante ydelser

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

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

Registrering af kliniske ydelser

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

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

Ydelser af administrativ karakter

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

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

Nogle gange kan det dog være ønskeligt eller nødvendigt at registrere ”ydelser af administrativ karakter”, fx skal hjemmebesøg registreres som en besøgsdato med den administrative procedurekode AAF6 Hjemmebesøg. Indenfor specialerne psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri anvendes AAF22 Ambulant besøg og AAF6 Hjemmebesøg med tilhørende tidsregistrering.

Tillægskodning

Vedr. angivelse af ”Billedvejledt procedure” samt ATC-tillægskodning for anvendte lægemidler – se det generelle afsnit ”Tillægskodning”, side 76.

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

Eksempler

Personalkategori kan angives ved tillægskode:

(+)APBA14	Sygeplejerske
-----------	---------------

Ydelsessted og prioritet kan specificeres på samme måde:

(+)ZSHA0	arbejdsplads
(+)ATA1	akut udført

Tolkebistand

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

10.6 Aflyste procedurer

En aflyst procedure, er en procedure (operation/behandling/undersøgelse), som ikke gennemføres på det tidspunkt, det er meddelt patienten (mundtligt eller skriftligt). Aflysningen kan både ske fra sygehusets og patientens side.

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*).

Der skal indberettes på mindst 5-karakterniveau. Primærkoden indberettes med procedurearten ”blank”. Der indberettes obligatorisk proceduredato (proceduretime, -minut og producerende afsnit kan indberettes frivilligt). Afbrudte procedurer (ZPP6*) og procedurer, ikke udført af andre årsager (ZPP9*) kan indberettes på samme måde.

Eksempel

Aflyst gastroskopi pga. udeblivelse

ZPP13	Aflyst pga. udeblivelse
(+)KUJD02	Gastroskopi

Aflysningsårsager registreres som primærkode efterfulgt af tillægskode for den aflyste operation.

Der findes yderligere specificerende koder, se SKS-koder ZPP*.

SKS-kode	Beskrivelse
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

10.7 Tillægskodning

Der kan til alle procedurekoder, 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 oplysninger, der også kan anvendes til andre formål, fx til indberetning til kliniske kvalitetsdatabaser.

Eksempler

Procedure udført i generel anæstesi

BMBZ51E	Anlæggelse af centralt venekateter i v. subclavia
(+)NAAC10	Generel i.v. anæstesi uden N2O

Sideangivelse kan registreres med tillægskoderne

(+)TUL1	højresidig eller
(+)TUL2	venstresidig
Bilateral må ikke anvendes som tillægskode på procedurer	

Procedure udført akut

KEMB10	Tonsillektomi
(+)ATA1	akut

ATC-koder

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

10.7.1 Mulig tillægskodning i forbindelse med kirurgisk indgreb

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

Tillægskoder til procedurekoder

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

SKS-kode	Beskrivelse
ZPL1A	peroperativ tromboseprofylakse givet
ZPL1B	peroperativ tromboseprofylakse ikke givet
ZPL1C	præoperativ tromboseprofylakse givet
ZPL1D	præoperativ tromboseprofylakse ikke givet

10.8 Hjemmebesøg

Begreb	Definition
hjemmebesøg	en klinisk persons besøg i patientens hjem

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

10.9 ICF

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

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

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

Valideringskrav (ved indberetning) er:

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

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

Eksempel

FB1440 (+)FZBG13	Korttidshukommelse Omfattende funktions-nedsættelse
---------------------	--

Registrering af ICF-status vil blive anvendt i pilotprojekter, der skal teste ICF-klassifikationens anvendelse. Der vil i forbindelse med disse projekter blive udarbejdet generelt og specifikt vejledningsmateriale. Der henvises til ICF-bogen (Munksgaard) samt brugervejledningen, der er udarbejdet af MarselisborgCentret, 2005, som findes på www.sst.dk.

10.10 Neonatal hørescreening

Det er aftalt mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen at der gennemføres en landsdækkende neonatal hørescreening i perioden indtil 1. september 2006.

Formålet er på et tidligt tidspunkt at finde de børn som har medfødt enkeltsidigt eller dobbeltsidigt høretab. Screeningen gennemføres som en tostadiesscreening, og skal være foretaget **inden barnet er 90 dage**. Et barn kan efter screening bedømmes som enten rask, det vil sige uden betydende høretab, eller barnet kan henvises til videre udredning på en audiologisk afdeling.

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

Registrering af procedurer

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

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

Diagnose registrering

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

Kode	Kodetekst	Bemærkning
DZ135C	Screening for neonalt høretab	anvendes på alle første screeningsbesøg, hvor resultatet af screeningen er ”bestået”.
DZ037A	Obs. for mistanke om neonalt høretab	anvendes på alle besøg/-kontakter, hvor resultatet ikke afkræfter høretab - uanset om der viderehenvises til udredning eller ej.
DH919 (DH90*)	Høretab uden specifikation	anvendes i de tilfælde, hvor screening eller anden undersøgelse viser høretab, uden at dette kan specificeres yderligere på dette tidspunkt.

Procedureregistrering

Hørescreeningen skal registreres med følgende udvalgte procedurekoder:

Kode	Kodetekst
ZZ1450A	Automatiseret hjernestammeaudiometri (A-ABR)
ZZ1450D	Diagnostisk hjernestammeaudiometri (D-ABR)
ZZ1450D1	Diagnostisk hjernestammeaudiometri (D-ABR) med tærskelfastlæggelse
ZZ7100A	Automatiseret Auditory Steady State Responsaudiometri (A-ASSR)
ZZ7100D	Diagnostisk Auditory Steady State Responsaudiometri (D-ASSR)
ZZ7306	Transient Evoked OtoAcoustic Emissions (TEOAE)
ZZ7306A	Automatiseret Transient Evoked OtoAcoustic Emissions (A-TEOAE)

Kode	Kodetekst
ZZ7306D	Diagnostisk Transient Evoked OtoAcoustic Emissions (D-TEOAE)
ZZ7307	Distortion Product OtoAcoustic Emissions (DPOAE)
ZZ7307A	Automatiseret Distortion Product OtoAcoustic Emissions (A-DPOAE)
ZZ7307D	Diagnostisk Distortion Product OtoAcoustic Emissions (D-DPOAE)

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

Resultater

Resultatet af undersøgelsen registreres som **tillægskode** til procedurekoden.
Der er følgende 3 muligheder:

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

Resultatet (tillægskoden) referer éntydigt til den enkelte undersøgelseskode, hvortil den er knyttet.

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

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

Eksempel

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

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

11 Postoperative infektioner

Postoperative infektioner er utilsigtede infektioner, der er opstået som en utilsigtet følge af et kirurgisk indgreb, uanset om indgrebet er udført korrekt eller mangelfuldt, om der har været svigt af anvendt apparatur, eller om infektionen kan tilskrives patientens tilstand eller andre forhold i øvrigt.

Definitionsmæssigt er ”postoperative infektioner” afgrænset til maks. 30 dage efter det kirurgiske indgreb, som infektionen relateres til.

For at kunne identificere infektionens årsagsgivende operation samt opererende sygehus og afdeling, skal der ske en tillægskodning ved diagnosekoderne DT814* og DO860*. Tillægskodningen er obligatorisk for DT814*.

Postoperative infektioner

SKS-kode	Beskrivelse
DT814A	Abscessus in cicatrice
DT814B	Abscessus intraabdominalis postoperativus
DT814C	Abscessus subphrenicus postoperativus
DT814D	Sepsis postoperativa
DT814E	Granuloma vulneris postoperativum
DT814F	Infectio vulneris postoperativa
DT814G ¹	Postoperativ overfladisk sårinfektion
DT814H ¹	Postoperativ dyb sårinfektion
DT814 I ¹	Postoperativ intraabdominal infektion
DT814J ¹	Postoperativ retroperitoneal infektion
DT814P	Postoperativ pneumoni
DT814U	Postoperativ urinvejsinfektion
DT814X	Anden postoperativ infektion
DO860	Infectio vulneris postoperativa obstetrica
DO860A	Infectio vulneris, sectio caesarea
DO860B	Infectio vulneris perinealis obstetrica
DO860C	Postoperativ overflad.sårinfektion efter obstetrisk indgreb
DO860D	Postoperativ dyb sårinfektion efter obstetrisk indgreb

Note 1: se definitioner nedenfor.

Udvalgte definitioner

DT814G Postoperativ overfladisk sårinfektion

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

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

DT814H Postoperativ dyb sårinfektion

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

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

DT814I Postoperativ intraabdominal infektion

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

Mindst et af følgende punkter er opfyldt:

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

DT814J Postoperativ retroperitoneal infektion

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

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

11.1 Registrering og indberetning

Den postoperative komplikation vil forekomme enten på kontakten, hvor den primære operation er udført, eller på en efterfølgende kontakt, som ofte netop oprettes pga. komplikationen.

Opståede komplikationer skal altid registreres på den/de kontakt(er), hvor komplikationen erkendes og eller behandles.

Registreringen skal ske som aktionsdiagnose (kodeart "A"), bidiagnose (kodeart "B") eller komplikation (kodeart "C").

Væsentlige komplikationer med følger eller potentielle følger for patienten **skal** altid diagnoseregistreres som aktionsdiagnose (kodeart A) eller bidiagnose (kodeart B) efter generelle principper.

Indberetningen af postoperativ infektion til LPR skal ske som diagnosekode DT814* med tilhørende tillægskodning af:

- den tidligere udførte operation(er), (+)K* (minimum 4 karakterer), KX for ukendt operation
- dato for tidligere udførte operation, (+)ZT* (10 karakterer), ZTXXXXXXXXX for ukendt operationsdato
- det opererende sygehus/afdeling for den tidligere udførte operation(er) (+)A1* - A9* (minimum 5 karakterer), AXXXX for ukendt sygehus

Eksempel

(A)DT814H	Postoperativ dyb sårinfektion
(+)KJDC11	Laparoskopisk ventrikelresektion m. gastrojejunostomi
(+)ZT20050110	dato: 2005-01-10
(+)A130136	Rigshospitalet, Kirurgisk gastroenterologisk klinik

12 Svangerskab, fødsler, aborter og misdannelser

12.1 Svangerskab

Svangrekontroller

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

Aktionsdiagnosen er ved ukompliceret svangreforløb DZ34*.

Ved højrisikograviditet anvendes DZ35*.

Ved graviditetskomplikation(er) anvendes kode(r) fra DO10* - 48*.

Ultralydsskanning og misdannelser

Undersøgelser i graviditeten ved ultralyd registreres med procedurekoder fra UXUD86* - UXUD88*. Abnorme fund ved ultralydsskanning angives med tillægskode(r) - DO* for abnormt fund hos moderen og DQ* for misdannelse hos fosteret. Se <http://www.dsog.dk> for yderligere information.

12.2 Indberetning af fødselsoplysninger

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

Begreb	Definition / beskrivelse
fødsel	(mor) se fødselstidspunkt. <i>Fødslen som periode fra aktiv fødsel til barnet er helt ude (fødselstidspunkt) indgår ikke i registreringens definitioner. En graviditet kan omfatte flere fødsler</i>
fødselstidspunkt	tidspunkt, hvor barnet er helt ude af moderen <i>Fødselstidspunktet bestemmer fødested, dvs. typen af fødsel (sygehus/hjemme/"på vej") ud fra en registreringsmæssig betragtning, se flg. definitioner</i>
sygehusfødsel	fødsel, hvor barnet fødes på sygehus
"fødsel på vej"	fødsel, hvor barnet fødes udenfor hjem og sygehus <i>Registreres på sygehuset som "fødsel på vej"</i>
hjemmefødsel	fødsel, hvor barnet fødes i hjemmet <i>Hjemmefødsler indberettes på blanket. Fødsel, der er startet i hjemmet, men hvor barnet ikke er født i hjemmet, betragtes ikke som hjemmefødsel</i>

Begreb	Definition / beskrivelse
paritet	antallet af gennemførte graviditeter inkl. dødfødsler <i>Ved flere fødsler indenfor samme graviditet er pariteten for alle fødsler den samme, nemlig pariteten ved afslutning af den aktuelle graviditet</i>
flernummer	angivelse af barnets nummer indenfor aktuel graviditet
placentavægt	ved tvillingefødsel registreres hver placenta for sig. Ved sammenhængende placenta registreres den totale vægt på hvert barn

Fødselsanmeldelser

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

Sygehusfødsel

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

En sygehusfødsel registreres altid med moderen som indlagt patient, det gælder også ambulante fødsler og fødsler på skadestue. Ambulante fødsler skal derfor registreres som en indlæggelse med angivelse af indlæggelses- og udskrivningstime. Ved fødsler, der fysisk foregår på et ambulatorium eller en skadestue, er det nødvendigt administrativt at indlægge patienten for at kunne registrere fødslen.

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

Fødsel på vej til sygehus

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

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

Hjemmefødsel

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

Hvis en fødsel, der er startet i hjemmet, ikke afsluttes i hjemmet, er det sygehuset, der skal foretage registrering og indberetning af fødslen – som født på sygehus eller født ”på vej”. De fødselsoplysninger, der evt. er registreret i hjemmet, skal medbringes ved indlæggelsen.

Barnets aktionsdiagnose på fødselskontakt DZ38*

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

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

En hjemmefødsel, som efterfølgende fører til en akut indlæggelse, skal **ikke** registreres som en sygehusfødsel. Som aktionsdiagnose anvendes ofte en diagnose fra intervallet DO85 - DO92, ”Komplikationer i barselsperioden”. Diagnoser DZ37* ”Resultat af fødsel” må **ikke** bruges som bidiagnose.

Hvis der udelukkende er tale om pleje og evt. undersøgelse i forbindelse med normal barselseng anvendes DZ39* ”Barselpleje”. Barnet registreres som rask ledsager, hvis det ikke har nogen sygdomsproblemer. I de tilfælde, hvor fødslen sker uden, at der er jordemoder- eller lægeassistance, skal fødsels-

anmeldelsen foretages af den jordemoder, der efterfølgende får kontakt til mor og barn. Sker det i hjemmet foretages blanketanmeldelse – på sygehuset elektronisk fødselsanmeldelse.

Fødselsforløb over to sygehuskontakter

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

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

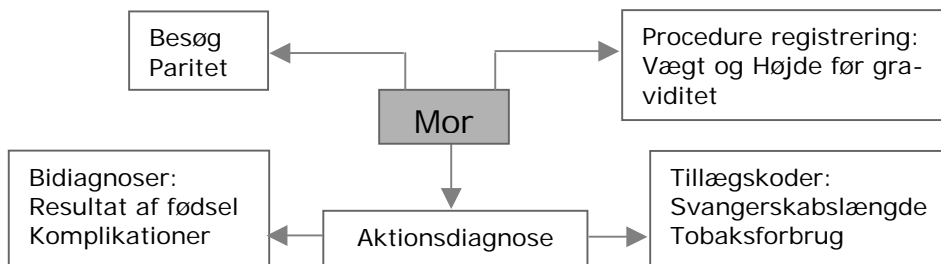
Flerfødsfødsel på flere sygehuskontakter

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

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

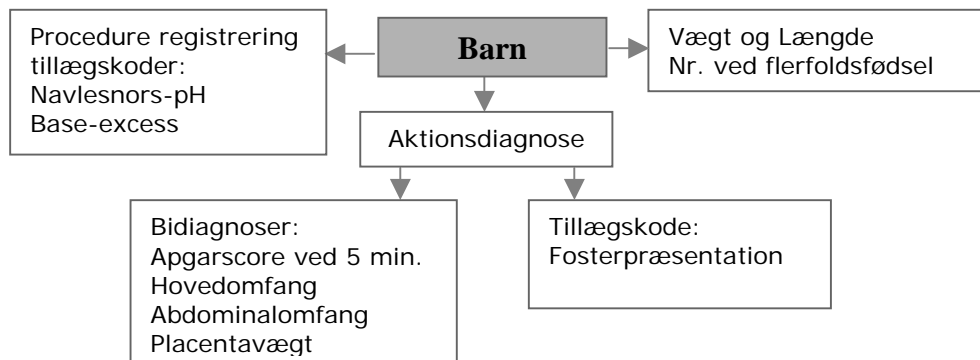
12.3 Obligatoriske fødselsoplysninger

Moderens kontakt



Registreringer vedrørende mor	
Aktionsdiagnose	DO80* - DO84*
Tillægskode til aktionsdiagnose: Svangerskabslængde ved barnets fødsel Tobaksforbrug under graviditeten <i>Bemærk at der er 3 værdier for ikke rygning, heraf 2 for ophørt rygning under graviditet</i>	(+)DUUnDu (hele uger og dage) (+)DUT*
Bidiagnose for: Resultat af fødsel Eventuelle komplikationer til fødslen registres som bidiagnoser <i>Hvis der forekommer bidiagnoser ud over DA34*, DB20* - DB24*, DF53*, DO*, DS*, DT* eller DZ*, skal der samtidig være en bidiagnose i intervallet DO98* - DO99*</i>	DZ37* DO60* - DO75*
I specielle datafelter registreres: Antal besøg hos jordemoder Antal besøg hos egen læge Antal besøg hos sygehus-afsnit/special-læge Paritet – <i>antallet af gennemførte svangerskaber, inkl. dødfødsler</i>	00 - 25 eller U (uoplyst) 0 - 9 eller U (uoplyst) 0 - 9 eller U (uoplyst) 01 - 20 eller U (uoplyst)
I procedureregistreringen: Vægt før graviditet (kg) Højde (cm) <i>Det er ikke obligatorisk at indberette producent og proceduretidspunkt for højde og vægt før graviditet. Talværdierne vil altid være at finde i kvindens vandrejournal</i>	ZZ0240 (Måling af patientvægt) (+)VPH* (talværdi) (+)DU0000 (før graviditet) ZZ0241 (Måling af patienthøjde) (+)VPH* (talværdi) (+)DU0000 (før graviditet) Er vandrejournalen ikke tilgængelig registreres i stedet for talværdien: VV00005 "uoplyst"

Barnets kontakt



Registreringer vedrørende barn	
Aktionsdiagnose	DZ38*
Tillægskode for: Fosterpræsentation	(+)DUP*
Bidiagnose(r) for evt. misdannelse(r)	DQ*
Bidiagnose for: Apgarscore ved 5 minutter Hovedomfang Abdominalomfang Placentavægt <i>Ved tvillingefødsel registreres hver placenta for sig. Ved sammenhængende placenta registreres den totale vægt på hvert barn</i>	DVA* DUH* DUA* DV*
I specielle datafelter registreres: Barnets fødselsvægt Barnets fødselslængde Barnets nummer ved flerfoldsfødsel	0000 - 9999 (angives i gram) 00 - 99 (angives i cm) A-F (ved enkeltfødsel registreres A)
I procedureregistreringen: Navlesnors-pH Base-excess fra navlesnor <i>Målingerne skal indberettes, hvis de er udført</i>	ZZ4232 (Måling af navlesnors-pH) (+)VPK* (talværdi) ZZ4229 (Måling af base-excess fra navlesnor) (+)VNK*/VPK* (talværdi)

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

12.4 Aborter

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

Spontan abort

Spontane aborter registreres med en aktionsdiagnose fra DO03* (se dog også DO00 - DO02 for patologisk graviditet og graviditet med abnormt svangerskabsprodukt) og med tillægskode for svangerskabslængde. Misdannelse af fosteret registreres med DQ-tillægskode(r).

Provokeret abort

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

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

Hvis det samlede abortforløb finder sted i samme ambulatorium med flere ambulante besøg (fx forundersøgelse, selve indgrebet og en enkelt kontrolundersøgelse), vil det normalt blive registreret på én samlet ambulantly kontakt. **Abortdiagnosen er aktionsdiagnose på denne kontakt.** Eventuelle komplikationer (DO08*) registreres som bidiagnoser.

Registreringer vedrørende provokeret abort

Beskrivelse	SKS-kode
Aktionsdiagnose	DO04* - DO06*
Tillægskode for: svangerskabslængde	(+)DUnnDu (hele uger og dage)
Kirurgisk abortindgreb	KLCH*
Medicinsk abort	BKHD4*

12.5 Misdannelser

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

Ved ”Misdannet foster bekræftet” (DUM01) skal der yderligere være registreret mindst én tillægskode fra ”Klassifikation af sygdomme”, kapitel Q ”Medfødte misdannelser og kromosomanomalier”.

Registrering af misdannet foster og kromosomanomalier

Beskrivelse	SKS-kode
Aktionsdiagnose: Provokeret abort på medicinsk indikation <i>eller</i> Spontan abort	DO053 eller DO054 DO03*
Tillægskoder for: Svangerskabslængde Misdannet foster <i>til DUM01 skal der yderligere registreres tillægskode(r) for specifik misdannelse</i>	(+)DUnnDu (hele uger og dage) (+)DUM01 Misdannet foster bekræftet (+)DUM02 Misdannet foster afkræftet (+)DUM09 Misdannet foster, uoplyst (+)DQ* Medfødte misdannelser og kromosomanomalier

Angivelse af svangerskabslængde

Svangerskabslængden angives som fulde uger plus dage, som foreligger på tidspunktet for ambulant konsultation under graviditeten, indlæggelse under graviditeten, eller ved abort eller fødsel med en SKS-tillægskode (+)DUnnDu (hele uger og dage).

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

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

13 Lovpligtig anmeldelse af kræftsygdomme til Cancerregisteret

13.1 Anmeldelsespligtig sygdom

Begreb	Definition / beskrivelse
anmeldelsespligtig sygdom	sygdom, hvor der gælder særlige krav om indberetning.

Fra den 1. januar 2004 er al indhentning af data til Cancerregisteret (CR) foregået elektronisk via LPR. For at erstatte de tidligere blanketbaserede anmeldelser var det nødvendigt at udvide de tidligere registreringskrav med flere oplysninger omkring det enkelte cancertilfælde. Ud over diagnose og anmeldelsesstatus blev det obligatorisk at registrere diagnosegrundlaget, stadiet for sygdommen, sideangivelse for parrede organer og for visse diagnoser også en anatomisk lokalisation.

Al cancerregistrering foregår herefter udelukkende som tillægskoder til den anmeldelsespligtige diagnosekode.

I ”Bekendtgørelse om lægers anmeldelse til Cancerregisteret af kræftsygdomme m.v.” af 23. januar 2004 beskrives anmeldelsesproceduren og sygdommene afgrænses. Bekendtgørelsen findes på

http://www.sst.dk/Informatik_og_sundhedsdata/Registre_og_sundhedsstatistik/Beskrivelse_af_registre/Cancerregister.aspx?lang=da

Anmeldelsespligten påhviler de ansvarlige overlæger ved hospitalsafdelinger, der første gang diagnosticerer, kontrollerer eller behandler et anmeldelsespligtigt sygdomstilfælde, uanset om dette tidligere er anmeldt af andre afdelinger.

Anmeldelsespligten omfatter alle førstegangskontakter på den anmeldelsespligtige sygdom, se tabel 13.1, og indtil sygdommen er fuldt anmeldt, uanset om denne tidligere er anmeldt af andre afdelinger.

13.1.1 Anmeldelsespligtige diagnoser

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

Tabel 13.1 Anmeldelsespligtige diagnoser

DB21*	HIV infektion medførende ondartet svulst
DC00* - DC14*	Kræft i læbe, mundhule og svælg
DC15* - DC26*	Kræft i mave-tarmkanal
DC30* - DC39*	Kræft i åndedrætsorganer og organer i brysthule
DC40* - DC41*	Kræft i knogle og ledbrusk
DC43* - DC44*	Ondartet melanom og anden hudkræft
DC45* - DC49*	Kræft i mesotel og bindevæv
DC50*	Kræft i bryst
DC51* - DC58*	Kræft i kvindelige kønsorganer
DC60* - DC63*	Kræft i mandlige kønsorganer
DC64* - DC68*	Kræft i urinveje
DC69* - DC72*	Kræft i øje, hjerne og andre dele af centralnervesystemet
DC73* - DC75*	Kræft i skjoldbruskkirtel og andre endokrine kirtler
DC76* - DC80*	Kræft med dårligt definerede, eller ikke specificerede lokalisationer.
DC81* - DC96*	Kræft i lymfatisk og bloddannede væv
DC97*	Kræft opstået uafhængigt på flere lokalisationer
DD05*	Carcinoma in situ i bryst
DD06*	Carcinoma in situ i livmoderhals
DD076	Carcinoma in situ genitalium viri med anden eller ikke spec. 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

En kortfattet registreringsvejledning og et flowdiagram findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside

http://www.sst.dk/Informatik_og_sundhedsdata/Patientregistrering/Cancerregistrering

Anmeldelsespligten omfatter ifølge bekendtgørelsen om lægers anmeldelse til Cancerregisteret også

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

Sidstnævnte betyder, at man i de tilfælde, hvor en tidligere anmeldt carcinoma in situ forandring progredierer, **skal** foretage en ny anmeldelse.

Anmeldelsespligtige diagnoser anvendt som aktions- eller bidiagnose på patientkontakten giver anledning til specielle registreringskrav. Ud over diagnoseregistrering er det obligatorisk at indberette visse undersøgelses- og behandlingsprocedurer, bl.a. kemo- og stråleterapi. SKS-klassifikationer kan ses på www.sst.dk/SKS

13.1.2 Registrering og indberetning af anmeldelsespligtig sygdom

Indberetningen til LPR relaterer sig til patientens enkelte kontakt med sundhedsvæsenet. De følgende afsnit er eksempler på forskellige kontakter i forløbet af den samlede cancersygdom.

Der forekommer ofte flere ambulante kontakter og indlæggelser på forskellige afdelinger i forbindelse med en udredning og behandling.

En **stamafdeling**, der har en kontakt med en patient, er **registrerings- og indberetningspligtig**.

De diagnoser, der er registreret på kontaktens afslutningstidspunkt, vil i LPR optræde som gældende for hele kontakten. I LPR er der ikke historik på diagnoser, så kun de sidste registrerede diagnoser kan ses.

Hvis en patient bliver behandlet for en anmeldelsespligtig sygdom i en ambulanskontakt, og den sidst registrerede diagnose er en kontroldiagnose, vil det i LPR se ud, som om hele kontakten har drejet sig om ”kontrol”.

Derfor skal kontakten afsluttes, og der skal oprettes en ny ambulanskontakt for kontrolperioden.

13.1.3 Kodning under udredning for anmeldelsespligtig sygdom

En anmeldelsespligtig sygdom må ikke anvendes som aktions- eller bidiagnose, før sygdommen er diagnosticeret.

Så længe den anmeldelsespligtige sygdom ikke er verificeret, 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 specifikationer til nærmere angivelse af den tilstand der udredes for. Denne liste indeholder DZ03*-koder med henvisning til disse tilstande. Koderne findes på

http://www.medinfo.dk/sks/brows.php?s_nod=27644

Under udredning for anmeldelsespligtig sygdom kan man anvende en af to mulige metoder.

Eksempel

(A)DZ031J	Observation pga. mistanke om ondartet svulst i prostata
-----------	---

Hvis der ikke findes en passende specifikation, kan der registreres med primærkoden fra afsnit DZ03* og tillægskode for sygdommen, der udredes.

Eksempel

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

I de viste eksempler er registreringen korrekt, men udløser ikke anmeldelsespligt og de deraf afledte registreringskrav.

De viste eksempler kan anvendes i perioden fra mistanke om en anmeldelsespligtig sygdom er rejst til denne er endeligt af- eller bekræftet.

Er der tvivl om, hvorvidt sygdommen er malign eller benign anvendes en kode fra intervallet DD37* - DD48* ”Svulster af ukendt eller usikker karakter”, der også er anmeldelsespligtige sygdomme.

Når en anmeldelsespligtig sygdom er diagnosticeret, træder alle reglerne om registrering i kraft.

13.1.4 Udvikling i en anmeldelsespligtig sygdom

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

Eksempler

Udvikling i aktionsdiagnose

(A)DC761	Neoplasma malignum thoracalis uden specifikation
(A)DC349	Neoplasma malignum bronchi sive pulmonis uden specifikation
Senere udvikling til levermetastaser af samme sygdom	
(A)DC787	Neoplasma malignum hepatis metastaticum

Eksempel på udvikling i aktionsdiagnoser under udredning

(A)DC809	Neoplasma malignum uden specifikation med hensyn til lokalisation
(A)DC229	Neoplasma malignum hepatis uden specifikation
(A)DC220	Neoplasma malignum hepatocellulare

13.1.5 Kontakter, der ikke omfatter diagnostik, behandling eller kontrol

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

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 angivelse af anmeldelsesstatus og yderligere cancerregistrering.

Eksempler

Arbejdsmedicinske klinikker, der undersøger, hvorvidt sygdommen er udløst

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

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

(A)DR521	Maligne smerter
(+)DC413	Neoplasma malignum costae, sterni et claviculae

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

Tilstanden kan i sig selv have en behandlings- og/eller ressourcemæssig betydning for den aktuelle kontakt, fx hvis denne har medført en ekstra plejetyngde eller længere indlæggelsestid. I de situationer kan tilstanden registreres som en **bidiagnose**.

Hvis canceren registreres som bidiagnose, skal der også registreres anmeldelsesstatus - fx anmeldelsesstatus AZCA3 ”Afdelingen er ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen”.

Hvis den anmeldelsespligtige diagnose er aktionsdiagnose kan AZCA3 ikke anvendes.

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

13.1.6 Kontrol

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

Eksempler

Afdelinger der tidligere har anmeldt den anmeldelsespligtige diagnose

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

Afdelinger der første gang ser patienten ved kontrol, hvor den anmeldelsespligtige sygdom fortsat er tilstede

(A)DC187	Neoplasma malignum coli sigmoidei
(+)AZCA1	Ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Hvis patienten er radikalt opereret eller 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” eller DZ098B ”Kontrolundersøgelse efter behandling af ikke ondartet svulst”. Her kan den anmeldelsespligtige diagnosekode anvendes som tillægskode til specifikation af den oprindelige lidelse.

Eksempler

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

(A)DZ098B	Kontrolundersøgelse efter behandling af ikke ondartet svulst
(+)DD352	Neoplasma benignum glandulae pituitariae

Denne registreringspraksis udløser ingen krav om registrering af anmeldelsesstatus.

Hvis behandlingen er sket ambulant, og sygdommen ikke længere er tilstede, når kontrollen indledes, skal behandlingskontakten afsluttes, og der skal oprettes en ny selvstændig kontakt for den ambulante kontrolperiode.

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.

13.1.7 Recidiv

Begreb	Definition / beskrivelse
recidiv	tilbagefald af sygdom efter behandling

Recidiv dækker alle former for tilbagefald herunder biokemisk progression, lokalrecidiv og metastasering.

Hvis patienten tidligere har været behandlet og cancerregistreret for den samme sygdom af samme afdeling, anvendes anmeldelsesstatus AZCA4 ”Sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen”. Recidiv betragtes som samme anmeldelsespligtige sygdom, også selv om diagnosekoderne ikke er identiske.

Eksempler

Fund af lokalrecidiv efter tidligere behandlet mammacancer på samme afdeling

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

Fund af lungemetastaser fra mammacancer på samme afdeling

(A)DC780	Neoplasma malignum pulmonis metastaticum
(+)AZCA4	Sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
(B)DC501	Neoplasma malignum mamma (central del)
(+)AZCA4	Sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Ved påvisning af **metastase**, hvor der ikke er en sikker klinisk og/eller patologisk relation til en kendt primærtumor, skal fundet opfattes som en ny anmeldelsespligtig sygdom med anmeldelsesstatus AZCA1 ”Ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen”.

Eksempel

Fund af levermetastase uden kendt primærtumor

(A)DC787	Neoplasma malignum hepatis metastaticum
(+)AZCA1	Ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Ved **recidiv** af en anmeldelsespligtig sygdom i en **ny kontakt på anden afdeling**, skal der ske en diagnoseregistrering, der svarer til den aktuelle situation.

Eksempel

Fund af levermetastase fra rectumcancer opereret på anden afdeling

(A)DC787	Neoplasma malignum hepatis metastaticum
(+)AZCA1	Ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
(B)DC209	Neoplasma malignum recti
(+)AZCA3	Afdelingen ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen

13.1.7.1 Indberetning af anmeldelsesstatus ved anmeldelsespligtige kræftsygdomme

Når en anmeldelsespligtig sygdom (se tabel 12.1) er aktions- eller bidiagnose, er det obligatorisk indberette anmeldelsesstatus som tillægskode. Indberetningskravet gælder alle patienttyper.

Anmeldelsesstatus

Begreb	Definition / beskrivelse
anmeldelsesstatus	angivelse af en anmeldelsespligtig sygdoms status i forhold til anmeldelse til Cancerregisteret

13.1.8 Oversigt over anmeldelsesstatus:

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

Anmeldelsesstatus registreres som tillægskode til den anmeldelsespligtige diagnosekode. Anmeldelsesstatus skal senest være tilstede ved færdigregistreringen.

Ved indberetning til LPR skal anmeldelsesstatus have værdien AZCA1, AZCA3 eller AZCA4. Der skal og kan kun være én anmeldelsesstatus pr. diagnose pr. afsluttet kontakt.

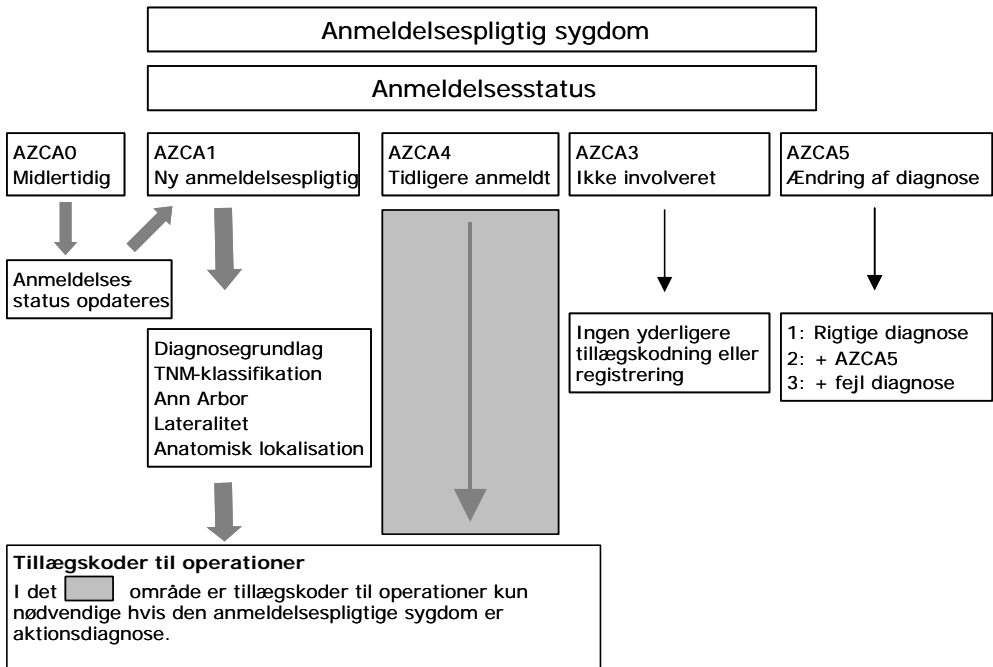
Anmeldelsesstatus AZCA5 kan kun anvendes på ikke anmeldelsespligtige diagnoser. Se afsnittet ”Ændring af diagnose”.

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

Anmeldelsesstatus ved færdigregistrering skal være dækkende for hele kontakten og ikke kun for situationen ved kontaktafslutningen.

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

Oversigt over anmeldelsesstatus og samhørende registreringskrav



Beskrivelse af de enkelte anmeldelsesstatus

Reglerne har baggrund i ”Bekendtgørelse om lægers anmeldelse til Cancerregisteret af kræftsygdomme m.v.”.

AZCA0 Anmeldelsesstatus endnu ikke angivet

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

AZCA1 Ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

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

På afdelinger, hvor man afslutter en patients ambulante kontakt før afsluttet udredning og behandling, vil der ikke kunne ske en meningsfuld registrering af de obligatoriske tillægskoder før udredningen eller behandling er afsluttet. Stamafdelingen skal således hyppigt benytte AZCA1 både på den initiale ambulante kontakt og på de følgende indlæggelser for at udføre en meningsfuld tillægsregistrering. Stadium skal være registreret senest 4 måneder efter 1. kontaktdato.

Der kan for nydiagnosticerede tilfælde efter 01.01.2004 kun benyttes en statuskode AZCA4, når samme stamafdeling forudgående har indberettet patienten med en AZCA1.

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

Denne status anvendes af afdelinger, der ikke har varetaget primær diagnostik, behandling eller kontrol af den anmeldelsespligtige sygdom.

Denne anmeldelsesstatus anvendes af afdelinger, der har kontakt med patienter med en anmeldelsespligtig sygdom, men som ikke direkte diagnosticerer, behandler eller kontrollerer denne primært. Derved skabes mulighed for at registrere en anmeldelsespligtig sygdom som bidiagnose, uden at dette kræver yderligere tillægskodning.

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

13.1.9 Komplikationer eller hændelser der relaterer til den anmeldelsespligtige sygdom

Eksempler

- patienter, der henvender sig på en skadestue med et smerteproblem
- patienter, der henvender sig pga. en ulykke, som ikke er forårsaget af den anmeldelsespligtige diagnose, men hvor sygdommen spiller en rolle for den behandling, der gives
- patienter, der kommer i behandling for følger virkninger efter stråle- eller kemoterapi
- patienter i symptomlindrende behandling eller terminal pleje
- recidiv af anmeldelsespligtig sygdom, der primært er diagnosticeret, behandlet eller kontrolleret på anden afdeling

I 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 de ovennævnte tilfælde fx være fra:

DZ74*	Problemer i forbindelse med afhængighed af plejepersonale
DZ756	Behov for palliation
DR50* - DR69*	”Almene symptomer og abnorme fund”, hvor bl.a. smerteafsnittet findes

Eksempel

Smertetilstand hos patient med prostatacancer indlagt på anden afdeling end den primært behandelende

(A)DR521	Maligne smerter
(B)DC619	Neoplasma malignum prostatae
(+)AZCA3	Afdelingen er ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen

Ved specifikke komplikationer til en anmeldelsespligtig sygdom registreres dette som aktionsdiagnose, fx anæmi eller sepsis, hvis kontakten retter sig specifikt mod denne tilstand. Baggrunden, dvs. cancersygdommen registreres som bidiagnose, hvis den fortsat er tilstede.

Eksempel

Anden afdelings vurdering af patient

(A)DD630	Anæmi ved neoplasmer
(B)DC340	Neoplasma malignum bronchi (hovedbronchus)
(+)AZCA3	afdelingen er ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen

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

Eksempler

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

eller

(A)DZ718A	Kontakt med henblik på vurdering af muligheder for tumorbehandling
(+)DC340	Neoplasma malignum bronchi hovedbronchus

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

Såfremt afdelingen efter vurdering af behandlingsmuligheder påbegynder behandling, anvendes den anmeldelsespligtige sygdom som aktionsdiagnose og anmeldelsesstatus ændres til AZCA1 med de deraf følgende krav til registrering.

AZCA4 Sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Denne status anvendes, hvis sygdommen tidligere er fuldt anmeldt af afdelingen

Hvis behandlingen/kontrollen vedrører en patient, der stadig har sygdommen, er den anmeldelsespligtige diagnose aktionsdiagnose eller evt. bidiagnose.

Anmeldelsesstatus AZCA4 anvendes, hvis afdelingen tidligere har anmeldt sygdommen med alle obligatoriske tillægskoder til Cancerregisteret og afdelingen skønner at sygdommen er fuldt anmeldt.

Anmeldelsesstatus AZCA4 dækker fortsat sygdom, herunder klinisk kontrol og behandling.

AZCA4 anvendes også, hvor der på en ny kontakt er tale om ændret behandling af samme og tidligere anmeldte sygdom samt ved recidiv af tidligere anmeldt sygdom. Recidiv betragtes som samme anmeldelsespligtige sygdom, også selv om diagnosekoderne ikke er identiske. Se afsnit 13.1.7.

Eksempel

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

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

(A)DC786A	Ascites, malign uden specification
(+)AZCA4	Sygdommen tidligere anmeldt af afdelingen
(B)DC569	Neoplasma malignum ovarii
(+)AZCA4	Sygdommen tidligere anmeldt af afdelingen

13.1.10 Ændring af diagnose

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

AZCA5 Ændring af tidligere anmeldt sygdom til ikke anmeldelsespligtig sygdom (diagnose).

ACZA5 må kun anvendes på **ikke anmeldelsespligtige** diagnoser.

AZCA5 må kun anvendes, hvor den anmeldelsespligtige sygdom (diagnose) afkræftes.

Den fejlstillede diagnose angives som tillægskode, så Cancerregisteret kan vide, hvilken diagnose, der skal rettes.

Eksempel

(A)DJ409	Bronkit uden specifikation
(+)AZCA5	Ændring af tidligere anmeldelsespligtig diagnose
(+)DC349	Neoplasma malignum pulmonis

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

Ved omregistreringen angives den korrekte diagnose, og hertil registreres anmeldelsesstatus AZCA5 som et udtryk for, at en tidligere anmeldelsespligtig diagnose ikke længere er aktuel.

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

13.1.11 Validering af statuskode for afsluttede patienter

I de lokale systemer skal der efter 01.07.2005 foretages en validering af statuskode for afsluttede patienter med anmeldelsespligtige sygdomme, der første gang er diagnosticeret efter 01.01.2004.

Dette har konsekvens for anmeldelsesstatus, idet der er krav om, at patienter med anmeldelsespligtige sygdomme skal være fuldt anmeldt med en **anmeldelsesstatus AZCA1 før AZCA4 kan anvendes.**

Der kan for nydiagnosticerede anmeldelsespligtige sygdomme efter 01.01.2004 kun benyttes en statuskode AZCA4, når stamafdelingen har indberettet patienten med en statuskode AZCA1 og afdelingen skønner den er fuldt indberettet.

Såfremt afdelingen før 01.01.2004 har foretaget blanketanmeldelse til Cancerregisteret skal statuskode AZCA4 anvendes ved kontakter med samme anmeldelsespligtige sygdom.

Det betragtes som samme anmeldelsespligtige sygdom selv om diagnosekoderne ikke er identiske.

Det er op til den enkelte afdeling at skønne, hvorvidt der er tale om en videreudvikling af samme cancer eller en ny anmeldelsespligtig sygdom. Skønnes der at være tale om en ny anmeldelsespligtig sygdom skal der angives en statuskode AZCA1.

13.1.12 Yderligere registreringer ved anmeldelse af ny patient, status AZCA1

Fuld elektronisk anmeldelse af kræfttilfælde til Cancerregisteret skal ske som tillægskodning, hvor tillægskoderne sammen med anmeldelsesstatus AZCA1 knyttes til en anmeldelsespligtig kræftsygdom, som i LPR er repræsenteret ved sin ICD-10 diagnosekode.

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

13.2 Diagnosegrundlag

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

Klinisk / makroskopisk diagnosegrundlag

SKS-kode	Kodetekst
AZCK0	operation
AZCK1	endoskopisk undersøgelse/operation
AZCK2	billeddiagnostisk undersøgelse <i>røntgen, CT-scanning, ultralyd, MR-scanning og lign.</i>
AZCK3	autopsi
AZCK4	klinisk undersøgelse <i>inkluderer eksploration, palpation og lign.</i>

SKS-kode	Kodetekst
AZCKX	ikke aktuel ved denne anmeldelse

Biopsi opfattes som operation hhv. endoskopisk undersøgelse/operation afhængigt af adgangsmåde

Klinisk / mikroskopisk diagnosegrundlag

SKS-kode	Kodetekst
AZCL0	histologi/cytologi fra primær tumor <i>inkl. knoglemarvsundersøgelse</i>
AZCL1	histologi/cytologi fra metastase
AZCL2	histologi/cytologi, uvist om fra primær tumor eller metastase
AZCL3	andre klinisk/mikroskopiske undersøgelser <i>blodanalyse, differentieltælling, immunologi, cytogenetik, tumormarkører o. lign.</i>
AZCL9	ingen laboratorieundersøgelse <i>udover almindelige blodprøver, fx Hgb, elektrolytter og lign.</i>
AZCLX	Ikke aktuel ved denne anmeldelse

I de tilfælde, hvor anden afdeling på et tidspunkt overtager behandlingen af en patient med anmeldelsespligtig sygdom, typisk onkologisk efterbehandling af tidligere anmeldt patient. Skal denne patient nyanmeldes med anmeldelsesstatus AZCA1. Hvis den nye afdeling ikke umiddelbart har kendskab til makro- og mikroskopisk diagnosegrundlag, vil det her og kun her være muligt at anvende AZCKX og AZCLX.

13.3 Lateralitet

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

Lateralitet registreres med én af følgende koder som en tillægskode til diagnosekoden.

TUL1 ”højresidig”

TUL2 ”venstresidig”

TUL3 ”dobbeltsidig”

**Liste over de diagnoser, hvor der obligatorisk skal registreres laterali-
tet:**

DC079	DC437	DC492	DC62*	DC764	DD300	DD411
DC08*	DC442	DC50*	DC630	DC765	DD301	DD412
DC301	DC446	DC56*	DC631	DC780	DD302	DD441
DC34*	DC447	DC570	DC64*	DC782	DD381	DD486
DC384	DC450	DC571	DC65*	DC790	DD382	
DC40*	DC471	DC572	DC66*	DC796	DD391	
DC432	DC472	DC573	DC69*	DC797	DD401	
DC436	DC491	DC574	DC74*	DD05*	DD410	

13.4 Stadium

Den anmeldelsespligtige sygdoms udbredelse ved kontaktens start eller snarest derefter, når det er muligt at stadieinddele - dog senest 4 måneder efter kontaktens start.

De diagnosekoder, der skal have tillægskode for stadium (tumors udbredelse), omfatter alle anmeldelsespligtige sygdomme med undtagelse af visse blodsygdomme, primære svulster i centralnervesystemet, cervixdysplasi og mola.

Følgende sygdomme, repræsenteret af deres ICD-10 kode, **skal ved nyanmeldelse (AZCA1)** have angivet et stadium:

SKS-kode	Kodetekst
DB21*	HIV infektion medførende ondartet svulst
DC00* - DC69*	Kræft i læbe, mundhule, svælg, mave-tarmkanal, åndedrætsorganer, brysthuleorganer, knogler, hud, bindevæv, bryst, kønsorganer, urinveje og øje
DC73* - DC80*	Kræft i skjoldbruskkirtel, andre endokrine organer, dårligt eller uspecificerede lokalisationer og metastaser
DC81* - DC85*	Maligne lymfomer
DC902	Plasmacytoma extramedullare
DC923	Sarcoma myeloides
DC96* - DC97*	Andre former for kræft i lymfatisk og bloddannende væv
DD05*	Carcinoma in situ i bryst
DD06*	Carcinoma in situ i livmoderhals
DD076	Carcinoma in situ genitalium viri med anden eller ikke specificeret lokalisation

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

Alle tumorer kan stadienddeles efter TNM klassifikationen, *maligne lymfomer undtages, se afsnit 13.4.2 Ann arbor lymfom klassifikation.*

13.4.1 TNM klassifikationen

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

- T** (AZCD1*) ”T” angiver forhold ved primær tumor, især størrelse
N (AZCD3*) ”N” angiver om der er metastaser til regionale lymfeknuder eller ej
M (AZCD4*) ”M” angiver hvorvidt der er fjermetastaser eller ej

SKS-kode	Kodetekst
	Oplysninger om primærtumor
AZCD10	TNM, T0: Primær tumor ikke påvist. Må kun anvendes ved diagnoserne DC77* - DC80*
AZCD11	TNM, Ta: Tumor uden invasion . Må kun anvendes ved diagnoserne DD30*, DD37* - DD41*, DD44* og DD48*
AZCD12	TNM, Tis: Carcinoma in situ. Må kun anvendes ved diagnoserne DD05*, DD06*, DD076, DD090 og DD091
AZCD13	TNM, T1: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD131	TNM, T1 mic: Mikroinvasion ≤ 0,1 cm
AZCD13A	TNM, T1a: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD13A1	TNM, T1a1: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD13A2	TNM, T1a2: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD13B	TNM, T1b: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD13B1	TNM, T1b1: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD13B2	TNM, T1b2: Primær tumors størrelse/udstrækning*

SKS-kode	Kodetekst
AZCD13C	TNM, T1c: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD14	TNM, T2: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD14A	TNM, T2a: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD14B	TNM, T2b: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD14C	TNM, T2c: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD15	TNM, T3: Primær tumors størrelse /udstrækning*
AZCD15A	TNM, T3a: Primær tumors størrelse /udstrækning*
AZCD15B	TNM, T3b: Primær tumors størrelse /udstrækning*
AZCD15C	TNM, T3c: Primær tumors størrelse /udstrækning*
AZCD16	TNM, T4: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD16A	TNM, T4a: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD16B	TNM, T4b: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD16C	TNM, T4c: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD16D	TNM, T4d: Primær tumors størrelse/udstrækning*
AZCD19	TNM, Tx: Oplysning om primær tumors størrelse foreligger ikke i afdelingen

Den specifikke betydning af T, N og M er defineret i ”TNM, Classification of Malignant Tumours” og er afhængig af primær tumors udgangspunkt. Betydningen af den enkelte kode varierer efter organ/område. Ikke alle detaljer bruges af alle specialer/afdelinger.

TNM klassifikationen er ikke offentligt tilgængelig i elektronisk form. Klassifikationen kan erhverves i elektronisk og i bogform. Der kan abonneres på den elektroniske udgave. Den udgives af UICC, (International Union Against Cancer) på Wiley-Liss forlag og nyeste opdatering er sjette udgave fra 2002. AJCC udgiver en parallelpublikation.

Der er begrænsninger i anvendelsen af enkelte af T-stadierne. Det drejer sig om følgende

- AZCD10: Kan kun anvendes for koderne: DC77* - DC80*
- AZCD11: Kan kun anvendes for koderne: DD30*, DD37* - DD41*, DD44* og DD48*
- AZCD12: Kan kun anvendes for koderne: DD05*, DD06*, DD076, DD090 og DD091

Bemærk at AZCD10 og AZCD13*- AZCD19 nu kan anvendes til DC77*

SKS-kode	Kodetekst
	Oplysninger om regionale metastaser
AZCD30	TNM, N0: Ingen regionale lymfeknudemetastaser
AZCD301	TNM, N0(i+): Mikrometastase $\leq 0,2$ mm
AZCD31	TNM, N1: Regionale lymfeknudemetastaser*
AZCD311	TNM, N1 mic: Mikrometastase $> 0,2$ mm, men ≤ 2 mm
AZCD31A	TNM, N1a: Regionale lymfeknudemetastaser*
AZCD31B	TNM, N1b: Regionale lymfeknudemetastaser*
AZCD31C	TNM, N1c: Regionale lymfeknudemetastaser*
AZCD32	TNM, N2: Regionale lymfeknudemetastaser*
AZCD32A	TNM, N2a: Regionale lymfeknudemetastaser*
AZCD32B	TNM, N2b: Regionale lymfeknudemetastaser*
AZCD32C	TNM, N2c: Regionale lymfeknudemetastaser*
AZCD33	TNM, N3: Regionale lymfeknudemetastaser*
AZCD33A	TNM, N3a: Regionale lymfeknudemetastaser*
AZCD33B	TNM, N3b: Regionale lymfeknudemetastaser*
AZCD33C	TNM, N3c: Regionale lymfeknudemetastaser*
AZCD39	TNM, Nx: Oplysning om lymfeknudestatus foreligger ikke i afdelingen
	Oplysninger om fjernmetastaser
AZCD40	TNM, M0: Ingen fjernmetastaser
AZCD41	TNM, M1: Fjernmetastaser tilstede (i organer eller ikke - regionale lymfeknuder)*
AZCD41A	TNM, M1a: Fjernmetastaser tilstede (i organer eller ikke - regionale lymfeknuder)*
AZCD41B	TNM, M1b: Fjernmetastaser tilstede (i organer eller ikke - regionale lymfeknuder)*
AZCD41C	TNM, M1c: Fjernmetastaser tilstede (i organer eller ikke - regionale lymfeknuder)*
AZCD49	TNM, Mx: Oplysning om fjernmetastaser foreligger ikke i afdelingen

*) Den specifikke betydningen af T, N og M er defineret i ”TNM, Classification of Malignant Tumours” og er afhængig af primær tumors udgangspunkt.

13.4.2 Ann Arbor lymfom klassifikation

Ann Arbor klassifikationen af maligne lymfomer (DB211, DB212, DB213, DC81* - DC85*, DC902, DC923, DC96*) er omtalt i detaljer i TNM-klassifikationsbogen.

SKS-kode	Kodetekst
AZCC1	Ann Arbor, stadium I
AZCC1A	Ann Arbor, stadium IA
AZCC1B	Ann Arbor, stadium IB
AZCC2	Ann Arbor, stadium II
AZCC2A	Ann Arbor, stadium IIA
AZCC2B	Ann Arbor, stadium IIB
AZCC3	Ann Arbor, stadium III
AZCC3A	Ann Arbor, stadium IIIA
AZCC3B	Ann Arbor, stadium IIIB
AZCC4	Ann Arbor, stadium IV
AZCC4A	Ann Arbor, stadium IVA
AZCC4B	Ann Arbor, stadium IVB
AZCC9	Ann Arbor, oplysning om stadium foreligger ikke i afdelingen

13.4.3 Anatomisk lokalisation

I Cancerregisteret registreres tumorerne efter mikroskopisk udseende, men også efter deres lokalisation.

I ICD-10 er visse tumortyper kun repræsenteret af deres mikroskopiske udseende, men ikke deres lokalisation.

Dette gælder for maligne lymfomer, og disse må derfor have en tillægskode til angivelse af deres lokalisation.

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

SKS-kode	Kodetekst
DB211	AIDS medførende Burkitts lymfon.
DB212	AIDS medførende andre typer af non-Hodgkins lymfon.
DB213	AIDS medførende anden ondartet svulst i lymf. og bloddan. væv
DC81*	Malignt lymfom af Hodgkin type
DC82*	Malignt lymfom af non-Hodgkin, follikulær type

SKS-kode	Kodetekst
DC83*	Malignt lymfom af non-Hodgkin af diffus type
DC84*	T-celle malignt lymfom lokaliseret i hud eller systemisk
DC85*	Malignt lymfom af non-Hodgkin type, andet og ikke spec
DC902	Plasmacytoma extramedullare
DC923	Sarcoma myeloides

Tillægskoden for lokalisation skal være en ICD-10 kode, så specifik som muligt. I denne forbindelse skal der ses bort fra, hvad koderne indeholder af oplysninger udover oplysning om anatomisk lokalisation (topografi).

Der kan vælges blandt følgende koder:

DC00* - DC41*, DC44* eller DC47* - DC77*

De nævnte ICD-10 koder vil blive afløst af en egentlig anatomiklassifikation, da ICD-10 klassifikationen er mangelfuld for visse lokalisationer. Det er fx ikke muligt som anatomisk lokalisation at angive knoglemarven. I stedet kan anvendes DC767, neoplasma malignum anden specificeret lokalisation. Fra 01.07.2006 er det hensigten at erstatte denne tillægskodning for lokalisation med den anatomiske lokalisationskode.

Disse koder vil være tilgængelige via

http://www.sst.dk/Informatik_og_sundhedsdata/Patientregistrering/Cancerregistrering.aspx?lang=da

13.5 Procedureregistrering ved anmeldelsespligtig sygdom

Der er krav om indberetning af en række procedurer, der anvendes i forbindelse med undersøgelse og behandling af anmeldelsespligtige sygdomme. Kravene omfatter bl.a. operationer, billeddiagnostik, kemoterapi, strålebehandling og medicinsk antihormonel behandling. Disse oplysninger indberettes som procedurekoder, se side 68.

Operative indgreb på patienter med anmeldelsespligtige sygdomme

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 operationens karakter. Operationslisten med oversigt over indgreb, der skal tillægskodes er tilgængelig på

http://www.sst.dk/Informatik_og_sundhedsdata/Patientregistrering/Cancerregistrering.aspx?lang=da

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 anvendes en af følgende tillægskoder:

SKS-kode	Beskrivelse
ZKC3	kirurgisk antihormonel behandling
ZKC4	indgreb på tumor
ZKC5	tumorrelateret indgreb, ikke på tumor

ZKC3 anvendes fx ved ovariektomi ved mammacancer eller orkiektomi ved prostatacancer

ZKC4 anvendes ved indgreb på tumor uafhængigt af radikalitet

ZKC5 anvendes ved indgreb på grund af den anmeldelsespligtige sygdom, men ikke rettet mod denne, fx aflastende stomi, anlæggelse af fødesonde, eller pallierende indgreb

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:

SKS-kode	Beskrivelse
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.

ZWCM8 anvendes i de tilfælde, hvor man skønner behandling ikke er muligt, eller de tilfælde, hvor man skønner, at behandling ikke er nødvendig.

Eksempel

Prostatacancer patient, der under en indlæggelse får foretaget flere indgreb

(A)DC619	Cancer prostatae
KKED22	Transuretral prostataresektion (TURP)
(+)ZKC4	indgreb på tumor
KKFC10	Orkiektomi
(+)ZKC3	kirurgisk antihormonel behandling
KTKA10	Nefrostomi
(+)ZKC5	tumorrelateret indgreb, ikke på tumor

14 Data til brug for kvalitetsmåling

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

I denne vejledning er følgende definitioner anvendt:

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

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

Hjerneblødning og hjerneinfarkt

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

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

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

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:

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

Kejsersnit

Kejsersnit skal specificeres jf. følgende oversigt:

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

Vakuumeekstraktion

Vakuumeekstraktion skal registreres med en operationskode fra afsnittet KMAE*.

Episiotomi

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

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

Luxation af hoftedeledsprotese

Luxation af hoftedeledsprotese registreres ved hjælp af diagnosekoden:

DT840A Complicatio mechanica protheseos internae coxae

Der skal **obligatorisk** registreres tillægskode for lateralitet TUL1 "højre side" eller TUL2 "venstre side"

Operation for grå stær

Hvis operationskode tilhører afsnittene:

KCJC* Intrakapsulær kataraktoperation

KCJD* Ekstrakapsulær kataraktoperation

KCJE* Ekstrakapsulære kataraktoperationer m. fakoemulsifikation

KCJG* Operationer ved linseluksation

KCW* Reoperationer efter operation på øjet og øjenomgivelser

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

Tab af kunstig linse

"Tab af kunstig linse" registreres med diagnosen:

DT852A Luxation af kunstig øjenlinse

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

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 indlæggelses- og proceduretidspunkt er nøjagtigt registreret og indberettet.

Kræft i tyktarm

Anastomoselækage registreres med diagnosekoden:

DT813A Anastomoselækage

Operation for lændediscusprolaps

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

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

Sukkersygepatienter

For sukkersygepatienter, der modtager dialysebehandling under kontakten, skal der registreres en diagnose for ”sukkersyge med nyrekomplikation” (koderne DE102, DE107, DE112, DE117, DE122, DE127, DE142 eller DE147). Dette kan være en bidiagnose eller i visse tilfælde en aktionsdiagnose. Dialysen registreres med en procedurekode fra afsnittet BJFD*. Dette gælder også for dialyse udført som assistance.

15 Definitioner til patientregistrering

Term (synonymer) **Definition/beskrivelse og bemærkninger**

15.1 Organisatoriske begreber

adresseafsnit (opholdsadresse)	det afsnit, der på et givet tidspunkt har det plejemæssige ansvar for patienten <i>Patientens fysiske opholdsadresse under indlæggelsesperiode</i>
afdeling	del af et sygehus, der er under fælles lægelig-administrative ledelse eller afdelingsledelse <i>Svarer til enheder, der er medtaget i sygehus-afdelingsklassifikationens 6-karakters niveau. Afdeling opdeles i afsnit</i>
afsnit	del af en afdeling bestemt for én eller få afgrænsede funktioner <i>Svarer til sygehus-afdelingsklassifikationens 7-karakters niveau. Alle indberetninger knyttes til afsnitsniveauet</i>
akut modtageafsnit	sengeafsnit til brug for akut indlagte patienter <i>Patienter ligger almindeligvis under et døgn på akut modtageafsnit og flyttes derfra til andet afsnit eller udskrives</i>
ambulatorium (ambulatorieafsnit)	afsnit, der varetager undersøgelse, behandling og kontrol af ambulante patienter
intensivafsnit	sengeafsnit med udstyr til intensiv behandling og overvågning <i>Intensivafsnittets senge kan indgå i normeringen i egen (intensiv) afdeling eller i normeringen i klinisk stamafdeling</i>
normeret sengeplads (normeret seng)	seng i et sengeafsnit til anvendelse for indlagt patient

Definitioner

(sengeplads)	<p><i>I normeringen indgår personale til overvågning og pleje.</i></p> <p><i>Normerede sengepladser inkluderer senge på akut modtageafsnit, senge til intensiv behandling, hotel-senge (til indlagte patienter), kuvøser samt senge på neonatalafsnit.</i></p> <p><i>Vugger til nyfødte på fødeafsnit og senge på opvågningsafsnit medregnes ikke til de normerede sengepladser</i></p>
opvågningsafsnit	<p>afsnit med udstyr til overvågning af patienter efter anæstesi</p> <p><i>Afsnittet kan anvendes til såvel ambulante som indlagte patienter. Indlagte patienter disponerer desuden over en plads på et sengeafsnit.</i></p> <p><i>Sengepladserne i opvågningsafsnit medregnes ikke til sygehusets normerede sengepladser.</i></p> <p><i>Sengedage på opvågningsafsnit medregnes under stamafdelingen</i></p>
patienthotel	<p>afsnit på eller i tilknytning til sygehuset, der alene yder det til opholdet hørende kost og logi</p> <p><i>Patienthotellet er stamafsnit for "hotelpatient", og adresseafsnit for patienter indskrevet på sengeafsnit</i></p>
sengeafsnit	<p>afsnit med normerede sengepladser med personale til overvågning og pleje, der varetager undersøgelse og behandling af indlagte patienter</p> <p><i>Hertil regnes også akutte modtageafsnit og intensivafsnit, men ikke opvågningsenge og vugger til nyfødte eller observationspladser i ambulatorier</i></p>
serviceafsnit	<p>afsnit, der yder assistanceydelse til klinisk stamafsnit</p> <p><i>Serviceafsnit er fx laboratorieafsnit eller røntgenafsnit.</i></p> <p><i>Denne definition omfatter ikke afsnittets "egne patienter"</i></p>

Definitioner

skadestue (skadestueafsnit)	afsnit, der varetager undersøgelse og behandling af skadestuepatienter
stamafdeling	den afdeling, der har det lægelige ansvar for den aktuelle kontakt, og som har ansvaret for journalføringen samt gennemførelsen af de krævede registreringer og indberetninger <i>Svarer til sygehus-afdelingsklassifikationens 6-karakters niveau. Patienten er indskrevet på et stamafsnit (sengeafsnit eller ambulatorium) under stamafdelingen</i>
stamafsnit	det afsnit, som patienten er indskrevet på <i>Et stamafsnit er et sengeafsnit eller et ambulatorieafsnit</i>

15.2 Administrative begreber

afslutning af patientkontakt	ophør af patientkontakt
afslutning ved død (mors)	afslutning af patientkontakt ved patients død
afslutning ved udeblivelse	afslutning af patientkontakt der skyldes, at en patient udebliver fra aftale
afslutning ved viderevisitering	afslutning af patientkontakt der skyldes, at en patient sendes videre til udredning eller behandling
afslutning ved færdigbehandling	afslutning af patientkontakt der skyldes, at en patient er færdigudredt eller færdigbehandlet
afslutningsmåde	angivelse af hvilken instans, patientkontakten afsluttes til <i>Fx: (til) Alment praktiserende læge</i>
akut patient	patient, der er modtaget uden iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner

Definitioner

	<p><i>Patienter med en akut tilstand, der kræver umiddelbar klinisk handling. Patienten indskrives uden oprettelse af en henvisningsperiode, uanset patientens "vej" til sygehuset.</i></p> <p><i>En akut patient kan også være en oprindeligt planlagt patient, der indskrives akut før det planlagte tidspunkt</i></p>
akut patientkontakt (akut kontakt)	<p>patientkontakt der ikke følger afdelingens normale planlægning</p> <p><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></p>
besøg	<p>patients fremmøde i forbindelse med en patientkontakt der ikke omfatter indlæggelse</p>
barnepatient	<p>patient der ikke er fyldt 15 år</p> <p><i>Patienter der ikke er fyldt 15 år betragtes ifølge loven som inhabile, men patientens tilkendegivelser skal, i det omfang de er aktuelle og relevante, tillægges betydning</i></p>
habil patient	<p>voksenpatient der er i stand til at give informeret samtykke</p> <p><i>Afgørende er om den pågældende kan forholde sig fornuftsmæssigt til behandlingsforslag m.m.</i></p>
hjemmebesøg	<p>en klinisk persons besøg i patientens hjem</p> <p><i>Inkluderer det sted, hvor patienten bor eller fremtidigt skal bo. Indberetningen er afgrænset til sygehusansat klinisk personale. Ambulante patienter indberettes efter aftale med amterne som besøg (besøgsdato) med obligatorisk procedurekode AAF6 for hjemmebesøg.</i></p> <p><i>For indlagte patienter indberettes hjemmebesøg med procedurekode AAF6</i></p>
hotelpatient	<p>patient, der er indskrevet på et patienthotel</p>

Definitioner

*Hotelpatienter indberettes som særskilte ambulante kontakter. Dette gælder dog ikke for patienter indskrevet som indlagte på klinisk stamafsnit med adresseafsnit på patienthotellet.
Der kan ikke knyttes ydelser til denne særlige kontaktype. Ydelser skal knyttes til kontakten (ambulant eller indlagt) på det kliniske stamafsnit*

indbragt patient	patient der uden aftale bringes i kontakt med sundhedsvæsenet af en anden person
indlæggelsesmåde	angivelse af prioritet for kontaktstart <i>Akut eller planlagt</i>
informeret samtykke	samtykke der er givet ved en konkret kontakt på grundlag af fyldestgørende information fra en sundhedsprofessionel <i>Dette samtykke kan være mundtligt eller skriftligt. Et samtykke til behandling (undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og sundhedsfaglige forebyggelsestiltag mv.) er patientens frivillige accept af at ville modtage en bestemt behandling</i>
inhabil patient	voksenpatient der ikke er i stand til selv at give informeret samtykke <i>Patienter der ikke er fyldt 15 år betragtes ifølge loven som inhabile, men patientens tilkendegivelser skal, i det omfang de er aktuelle og relevante, tillægges betydning</i>
kontaktslutdato (slutdato)	dato for afslutning af en kontakt <i>Omfatter udskrivningsdato og ambulant slutdato. Registreres som "slutdato". For ambulante patienter vil slutdato normalt være lig med sidste besøgsdato, fx hvor der træffes beslutning om at afslutte behandlingen. Slutdato kan godt ligge efter sidste besøgsdato, hvis patienten udebliver, hvis der afventes svar, før færdigregistrering kan foretages, eller hvis patienten dør før næste aftalte besøg</i>

Definitioner

kontaktstartdato (startdato)	dato for påbegyndelse af en kontakt <i>Anvendes for alle kontaktyper. Omfatter indlæggelsesdato, ambulant startdato og dato for skadestuebesøg. Registreres som "startdato"</i>
kontaktårsag (kontaktårsagskode)	overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset <i>Omfatter kontaktårsagerne: (1) sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion, (2) ulykke, (3) voldshandling, (4) selvmord/selvmoedsforsøg, (5) senfølge, (8) andet og (9) ukendt/uoplyst</i>
midlertidigt inhabil patient	voksenpatient der midlertidigt ikke er i stand til selv at give informeret samtykke <i>Fx bevidstløs patient</i>
mundtligt samtykke	informeret samtykke der er afgivet mundtligt af en patient <i>Er tilstrækkeligt for, at en sundhedsprofessionel kan indlede eller fortsætte en behandling, men det skal fremgå af patientens journal, hvilken information patienten har fået, og hvad patienten har tilkendegivet på baggrund af denne</i>
patient	sundhedsaktør der er genstand for en sundhedsaktivitet
patientkontakt (kontakt)	konkret kontakt mellem en patient og sundhedsvæsenet som udløser en administrativ registrering
patienttype	angivelse af en patients administrative relation til sygehuset <i>Patienttype er: (0) indlagt patient, (2) ambulant patient og (3) skadestuepatient. Svarer således til kontaktyperne</i>
planlagt patient (ikke akut patient) (elektiv patient)	patient, der er modtaget med iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner

Definitioner

	<i>Patienten er klar til "første ledige hul" i kalenderen</i>
planlagt patient-kontakt (planlagt kontakt) (elektiv patientkontakt)	patientkontakt der følger afdelingens normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner (ikke akut)
pårørende (patientpårørende)	person der har et tilknytningsforhold til en patient i forbindelse med en kontakt <i>Se evt. Sundhedsstyrelsens vejledning, 1998-09-16 nr. 161</i>
selvhenvender	patient der på egen hånd kontakter sundhedsvæsenet uden aftale
skriftligt samtykke	informeret samtykke der er afgivet skriftligt af en patient <i>Anvendes i forbindelse med videnskabelige forsøg, ved større indgreb, komplicerede behandlinger med risiko for omfattende komplikationer og hvor sundhedsprofessionel vil være sikker på, at der ikke efterfølgende kan blive rejst tvivl om samtykkets indhold</i>
startvilkår	angivelse af de juridisk-administrative forhold ved start af en psykiatrisk kontakt
stiltiende samtykke	informeret samtykke hvor en patients signaler og opførsel må forstås således, at der foreligger en accept <i>Vil som regel kun være aktuelt i forbindelse med delelementer i et undersøgelses- og behandlingsforløb. Hvis en patient fx kommer til en konsultation hos egen læge, må lægen gå ud fra, at patienten stiltiende har givet sit samtykke til de almindelige undersøgelser, som foregår ved en konsultation</i>
sundhedsaktivitet	sundhedsrelateret aktivitet der er rettet mod én patient

Definitioner

sundhedsaktør	aktør der deltager i sundhedsrelateret aktivitet
telefonkonsultation	klinisk telefonsamtale med patient som led i behandling eller kontrol af sygdom <i>Kan registreres som ydelse (uden besøg) med koden BVAA33A på den ambulante kontakt</i>
udtrykkeligt samtykke	informeret samtykke hvor en patient bevidst og tydeligt givet udtryk for, at han/hun er indforstået <i>Dette samtykke kan være mundtligt eller skriftligt</i>
varigt inhabil patient	voksenpatient der ikke varigt er i stand til selv at give informeret samtykke <i>Fx pga. manglende udvikling eller pga. alderdomssvækkelse eller lignende. Endvidere må kronisk sindslidende ofte henregnes til denne gruppe af patienter</i>
voksenpatient	patient der er fyldt 15 år <i>Hos 15 til 17-årige er kompetencen endeligt lagt hos den unge ved uenighed mellem den unge og indehavere af forældremyndighed</i>

15.3 Henvisning og venteperiode

afslået behandlingstilbud	patientens afslag af tilbud om behandling på andet sygehusafsnit <i>Der indberettes dato for afslag. Hvis denne dato ikke er kendt, indberettes dato for afsendt brev til patient med vejledning om behandlingstilbud</i>
aktiv ventetid	del af venteperiode hvor en patient har status som ventende <i>Status i aktive venteperioder kan fx være: venter på udredning, venter på behandling, venter på assistance</i>
beslutningstidspunkt	tidspunkt for endelig stillingtagen til, hvilken behandling, som patienten skal modtage

Definitioner

Beslutningstidspunkt afslutter udredningen

endelig behandling	den behandling, der klinisk vurderes til bedst at kunne afhjælpe det aktuelle sygdomsproblem <i>Endelig behandling kan have et kurativt og/eller et palliativt sigte</i>
henvisning	anmodning fra en henvisningsinstans til sygehusafdeling om at modtage en patient <i>Henvisninger oprettes udelukkende til planlagte kontakter. Henvisende instans kan være primærsektoren eller en anden afdeling eller afsnit. Denne definition omfatter ikke rekvisition til serviceafsnit eller andet afsnit, der ikke skal være stamafsnit for patienten</i>
henvisningsdato	dato for modtagelse af en henvisning på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten <i>Startdato for henvisningsperioden</i>
henvisningsinstans	sundhedsaktør med henvisningsret til sundhedsvæsenet
henvisningsperiode	periode fra henvisningsdatoen til dato for første fremmøde på sygehuset <i>Første fremmøde er indlæggelse eller første ambulante besøg</i>
omvisitering	afslutning af henvisning ved videre henvisning til andet sygehusafsnit på grund af samme helbredsproblem
udredning	afklaring af, hvilken endelig behandling, der skal ske <i>Udredning kan foregå ambulant, omfattende et eller flere besøg, eller under indlæggelse. Start på udredning afslutter henvisningsperioden. Udredning under indlæggelse afslutter venteperioden</i>

Definitioner

udredningsperiode	periode fra start af udredning til beslutningstidspunkt <i>Der kan i udredningsperioden ske behandling, dog ikke endelig behandling</i>
udvidet fritvalgsordning	tilbud om behandling på andet sygehusafsnit end det afsnit, hvortil patienten oprindeligt er henvist <i>Hvis ventetiden til behandling overstiger 2 måneder, skal patienten modtage et tilbud om behandling på andet sygehusafsnit</i>
ventende patient (ventepatient) (ventelistepatient)	patient som afventer endelig behandling <i>Patienten er ventende fra henvisningsdato indtil endelig behandling bortset fra eventuel mellemliggende udredningsperiode</i>
venteperiode	periode fra henvisningsdato til dato for endelig behandling <i>Venteperioden kan også afsluttes uden behandling, hvis patienten ikke kan, skal eller vil behandles. Venteperioden kan indeholde perioder, hvor patienten ikke er aktivt ventende</i>
ventestatus	status for om en patient er ventende eller ikke ventende <i>I hele henvisningsperioden skal der være en ventestatus. Hvis patienten udredes ambulant og der tages stilling til, at patienten skal behandles ambulant, indberettes ventestatus fra dato for stillingtagen til endelig behandling og til dato for endelig behandling</i>
visitering	sundhedsfaglig vurdering af en patients behov for sundhedsaktiviteter og prioritering heraf på baggrund af en henvisning eller en patientkontakt

15.4 Indlæggelseskontakter

akut indlæggelse	indlæggelse, der har fundet sted uden iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner
indlagt patient (stationær patient)	patienttype for patient, der er indskrevet på et sengeafsnit og optager en normeret sengeplads <i>Indberettes som patienttype (0)</i>
indlæggelsesdato	dato for påbegyndelse af en indlæggelseskontakt <i>Se kontaktstartdato</i>
indlæggelseskontakt (indlæggelse)	patientkontakt på et sengeafsnit <i>Ved indlæggelse registreres startdato og indlæggelsestime og - minut</i>
indlæggelsesmåde	angivelse af prioritet for start af indlæggelseskontakt. <i>Akut eller planlagt</i>
indlæggelsesperiode	periode fra indlæggelsesdato til udskrivningsdato
intern flytning (lille flytning)	flytning af en patient indenfor samme sengeafsnit. <i>Adskiller sig fra overflytning ved at foregå inden for samme afsnit (samme 7-karakters niveau)</i>
længerevarende patientfravær	periode i en indlæggelseskontakt, hvor en patient har tilladelse til at forlade sygehuset op til 30 døgn <i>Gælder kun for psykiatrisk indlagte patienter. Patienten disponerer over en sengeplads efter behov. Må ikke forveksles med orlov som er op til 3 døgn. Længerevarende fravær skal ikke indberettes</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>
patientfravær uden aftale	periode i en indlæggelseskontakt, hvor en patient forlader sygehuset uden at der foreligger en aftale

Definitioner

	<i>Gælder kun for retspsykiatriske indlæggelseskontakter. Med ordet retspsykiatri menes den form for psykiatri, der udøves på et retsligt grundlag enten ved undersøgelse eller ved behandling. Patienten disponerer over en sengeplads ved genindbringelse. "Fravær uden aftale" skal ikke indberettes</i>
patientorlov (orlov)	periode i en indlæggelseskontakt, hvor en patienten har tilladelse til at forlade sygehuset i op til 3 døgn I forbindelse med helligdage kan orlovsperioden dog forlænges. Patienten disponerer over en sengeplads efter behov. Orlovsperioder skal ikke indberettes
stationær ydelse	ydelse givet til en indlagt patient <i>Inkluderer eventuelle assistancer givet under indlæggelsesperioden</i>
udskrivningsdato	dato for afslutning af en indlæggelseskontakt <i>Se kontaktslutdato</i>

15.5 Ambulante kontakter

ambulant besøg	besøg i forbindelse med ambulant patientkontakt hvor stamafdelingen er involveret <i>Hermed menes ethvert fremmøde på sygehuset, hvor der er deltagelse af klinisk personale fra stamafsnittet, uanset hvor besøget fysisk finder sted. Ambulant besøg omfatter ikke fremmøde på serviceafsnit uden besøg på klinisk stamafsnit (assistance) eller fremmøde på andet klinisk afsnit til assistanceydelse. Assistancer registreres som ambulant ydelse uden besøg. Se også ambulant ydelse og assistance</i>
ambulant besøgsdato (besøgsdato)	dato for ambulant besøg <i>Se også ambulant ydelse</i>
ambulant kontakt	patientkontakt på et ambulatorium <i>Indberettede ambulante kontakter kan indeholde ambulante ydelser såvel som besøg (besøgsdato)</i>

Definitioner

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 assistencydelser produceret af serviceafsnit. Ydelser givet i en indlæggelsesperiode for samme sygdom registreres på indlæggelseskontakten, jf. kommentar under "ambulant patient". Se også assistance og ambulant besøg</i>
dato for første ambulante besøg	dato for den ambulante patients første ambulante besøg <i>Kan være til udredning eller behandling</i>
kontrolbesøg (kontrol)	planlagt ambulant besøg mhp. klinisk kontrol

15.6 Skadestuekontakter

skadestuebesøg	besøg i forbindelse med en skadestuekontakt
skadestuekontakt	kontakt med et skadestueafsnit som stamafsnit <i>Ethvert fremmøde (besøg) registreres som en selvstændig afsluttet kontakt</i>
skadestuepatient	patienttype for patient, der er indskrevet på et skadestueafsnit <i>Indberettes som patienttype (3). Indskrivning sker efter selvhenvendelse, henvisning eller indbringelse på grund af tilskadekomst eller anden akut opstået tilstand</i>

15.7 Kliniske termer

kodeart	angivelse af den efterfølgende SKS-kodes registreringsmæssige betydning <i>Inkluderer arten "tillægskode" (+), der angiver, at den efterfølgende SKS-kode er en tillægskode</i>
primærkode	den første kode i en SKS-registrering <i>Primærkoden skal ses sammen med den foranstillede kodeart, fx (A)DA180F aktionsdiagnosen "tuberculosis coxae"</i>
SKS-klassifikation	klassifikation der indgår i Sundhedsvæsenets KlassifikationsSystem (SKS) <i>SKS-klassifikationerne vedligeholdes af Sundhedsstyrelsen</i>
SKS-kode	kode fra SKS-klassifikation <i>Til registrering kan kun anvendes SKS-koder, der har en gyldighedsperiode, der omfatter en del af eller hele kontakten. Procedurekoder skal være gyldige på proceduredato. Der gælder herudover særlige regler i forbindelse med de forskellige registreringer</i>
(1) tillægskode	kodeart, der angiver, at den efterfølgende SKS-kode er en tillægskode til den foranstillede primærkode
(2) tillægskode	SKS-kode, der supplerer primærkodens betydning. <i>Tillægskoden specificerer primærkodens betydning, fx sideangivelse til operationskode eller underbygger primærkodens information, fx indikation for procedure</i>

15.8 Diagnoseregistrering

aktionsdiagnose	den diagnose, der ved afslutning af en kontakt bedst angiver den vigtigste tilstand, som kontakten drejede sig om
-----------------	---

Definitioner

	<i>Registreres med diagnosearten (A). Det er en klinisk vurdering, hvad der er den vigtigste tilstand (diagnose)</i>
bidagnose	diagnose, der supplerer beskrivelsen af den afsluttede kontakt <i>Registreres med diagnosearten (B). Bidagnoser supplerer aktionsdiagnosens beskrivelse af den afsluttede kontakt. Kun de klinisk betydende bidagnoser skal registreres</i>
diagnose (diagnosetekst)	helbredsrelateret tilstand udtrykt på grundlag af en sundhedsfaglig vurdering <i>Omfatter egentlige sygdomme, skader, andre lidelser, symptomer og kontaktårsager, inkl. "obs. pro", "kontrol" m.m. Klassificeres efter "Klassifikation af sygdomme"</i>
diagnose (diagnosekode)	klassificeret betegnelse for en diagnose, der er optaget i gældende "Klassifikation af sygdomme" <i>Registreres med SKS-kode og specificeres evt. med tillægskode. I SKS-format (til indberetning) har disse koder et foranstillet "D". Indberettes med angivelse af diagnoseart</i>
diagnoseart	angivelse af den efterfølgende SKS-diagnosekodes registreringsmæssige betydning <i>Diagnosearten vil normalt først blive endeligt fastlagt ved kontaktens færdigregistrering</i>
henvisningsdiagnose	diagnose, der angives af henvisende instans som årsag til henvisning <i>Registreres med diagnosearten (H)</i>
midlertidig diagnose (arbejdsdiagnose)	diagnose, der anvendes som arbejdsdiagnose i det kliniske undersøgelses- og behandlingsforløb <i>Diagnosearten (M) er reserveret til denne anvendelse. Indberettes ikke på afsluttede kontakter. Diagnosearten (M) må ikke anvendes for psykiatiske patienter, her benyttes "obs pro"-diagnoser</i>

15.9 Procedureregistrering

akut procedure	procedure, der er gennemført uden iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner <i>Procedurer udført akut kan registreres med tillægskoden (+)ATA1 akut</i>
aflyst procedure	procedure, som ikke gennemføres på det tidspunkt, der er meddelt patienten <i>Patienten er skriftligt eller mundtligt meddelt det oprindeligt planlagte tidspunkt</i>
assistance	procedure, hvor producenten er forskellig fra stamafdelingen <i>Der skelnes på sygehus-afdelingsklassifikationens 6-karakters afdelingsniveau. Der kan indberettes assistancer i henvisningsperioden</i>
behandling	intervention, hvor sundhedsformål er at påvirke en patients helbredstilstand <i>Behandlingsprocedurer foretaget af klinisk personale. Klassificeres efter gældende "Behandlings- og Plejeklassifikation", operationer dog efter gældende "Klassifikation af operationer". Der vil ved en række procedurer ofte samtidig ske "behandling" og "profylakse". Man vil i disse tilfælde tale om blot "behandling" eller "behandling og profylakse". Rent profylaktiske handlinger bør betegnes "profylakse" eller "forebyggelse"</i>
deloperation	operation, der indgår som en del af et kirurgisk indgreb uden at være den "vigtigste operation" <i>Indberettes med procedurearten "D"</i>
kirurgisk indgreb (indgreb)	èn eller flere operationer udført i samme seance <i>De operationer (operationskoder), der indgår i et kirurgisk indgreb, vil typisk være udført under samme anæstesi. Der skal foretages en klinisk vægtning af indgrebets operationer, se procedureart</i>

Definitioner

klinisk kontrol (kontrolundersøgelse) (kontrol)	kontrol af patientens tilstand eller af en tidligere iværksat behandling <i>Kontrol foretaget af klinisk personale</i>
operation (operationskode)	procedure klassificeret i gældende operationsklassifikation <i>En operation omfatter kun én operationskode. Klassificeres efter gældende "Klassifikation af operationer". I SKS-format (til indberetning) har disse koder et foranstillet "K". Flere operationer kan indgå i ét kirurgisk indgreb</i>
planlagt procedure (elektiv procedure)	procedure, der ønskes gennemført under iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner
pleje	procedure med plejemæssigt sigte <i>Plejehandling foretaget af klinisk personale. Klassificeres efter gældende "Behandlings- og Plejeklassifikation"</i>
primære operation	den vigtigste operation i et kirurgisk indgreb <i>Der skal udpeges én "vigtigste operation" pr. indgreb. Denne indberettes med procedurearten "P"</i>
procedure (intervention) (handling) (ydelse)	handling, der kan udføres på eller gives til en person med kontakt til sygehusvæsenet <i>Procedurer omfatter undersøgelse, behandling, pleje, forebyggelse og rådgivning. Klassificeres efter SKS-procedureklassifikationer</i>
procedureart (operationsart)	angivelse af den efterfølgende SKS-procedurekodes registreringsmæssige betydning <i>Omfatter "primære operation" og "deloperation". Disse anvendes i registreringen af kirurgisk indgreb. Andre procedurer indberettes med procedurearten "blank"</i>
proceduredato	dato for udførelse af procedure <i>Generelt registreres starttidspunktet</i>

Definitioner

procedurekode	klassificeret betegnelse for en procedure, der er optaget i gældende SKS-procedureklassifikation <i>Registreres med SKS-kode og specificeres evt. med tillægskode. Operationskoder indberettes med angivelse af procedureart</i>
procedureminut	angivelse af minut for en procedures udførelse <i>Generelt registreres starttidspunktet</i>
proceduretime	angivelse af time for en procedures udførelse <i>Generelt registreres starttidspunktet</i>
producent	det afsnit, der har udført en procedure <i>Registreres på sygehus-afdelingsklassifikationens 7-karakters afsnitsniveau</i>
profylakse	procedure med forebyggende sigte <i>Forebyggende handling foretaget af klinisk personale</i>
rekvirent	det afsnit, der har bestilt en procedure <i>Registreres på sygehus-afdelingsklassifikationens 7-karakters afsnitsniveau</i>
reoperation	operation foretaget pga. en postoperativ komplikation inden for en måned efter den første operation <i>Omfatter ikke operationer, der udføres, fordi den første operation (indgreb) ikke er lykkedes. Ekskluderer "sekundær operation"</i>
sekundær operation (sekundært indgreb)	opfølgende operation <i>Omfatter indgreb, der indgår i serielle behandlingsprogrammer, inkl. korrektioner efter tidligere foretaget indgreb, fx ved behandling af misdannelser eller ved plastikkirurgiske behandlingsserier. Indgreb, hvor der tidligere har været foretaget indgreb, uden at dette kan betegnes som en komplikation til behandling.</i>

Definitioner

Der findes på en række områder koder for "sekundære operationer", fx udskiftning af en tidligere indsat hofteledsprotese

undersøgelse	intervention hvor sundhedsformål er at belyse en patients helbredstilstand <i>Diagnostiske procedurer foretaget af klinisk personale, udført med eller uden anvendelse af instrument/apparatur. Klassificeres efter gældende "Undersøgelsesklassifikation" (under udarbejdelse). Profylaktiske handlinger bør betegnes "profylakse" eller "forebyggelse"</i>
ydelse	procedure, der er udført

15.10 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>
---	--

15.11 Graviditet, abort, fødsel og barsel

abort	svangerskabsafbrydelse <i>Kan være spontan eller provokeret – medicinsk eller kirurgisk</i>
flernummer	Angivelse af barnets nummer indenfor aktuelle graviditet
inkomplet hjemme-fødsel	fødsel, hvor fødslen er startet i hjemmet eller på vej til sygehuset, hvor fødslen afsluttes på sygehus <i>Fødslen er først komplet, når moderkagen (placenta) er kvitteret. Medregnes til sygehusfødsler</i>

Definitioner

komplet hjemme-fødsel	fødsel, hvor såvel barnet som moderkagen er født i hjemmet <i>Medregnes ikke til sygehusfødsler</i>
paritet	angivelse af antallet af gennemførte svangerskaber. <i>Inkluderer dødfødsler</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>

15.12 Cancer

anatomisk lokalisering	angivelse af tumors anatomiske lokalisering
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 og elektronisk indberetning</i>
anmeldelsesstatus	angivelse af en anmeldelsespligtig sygdoms status i forhold til anmeldelse til Cancerregisteret <i>Registreres som tillægskode til den anmeldelsespligtige diagnose</i>
diagnosegrundlag	angivelse af undersøgelser der ligger til grund for diagnosen
recidiv (sygdomsrecidiv)	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>

Definitioner

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 til-lægskode til visse operationer ved anmeldelsespligtig sygdom</i>
stadium	den anmeldelsespligtige sygdoms udbredelse <i>Registreres ved kontaktens start eller snarest derefter, dog senest 4 måneder efter kontaktens start</i>

15.13 Ulykke

selvmord/ selvmordsforsøg	en handling med eller uden dødelig udgang, hvor personen forsætligt har tilføjet sig selv skade
senfølge	følge efter tidligere behandlet skade som følge af ulykke, voldshandling eller selvmordsforsøg
skade	kropslig defekt forårsaget af en ydre påvirkning <i>Læsioner som sår, knoglebrud, forstrækninger osv. Skader registreres med diagnosekoder</i>
ulykke	en ufrivillig hændelse karakteriseret ved en 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

Teknisk del

16 Oversigt over data der indgår i registreringen

Nedenstående tabel er en oversigt over hvilke data, der indgår i registrering af henholdsvis indlagte, ambulante og skadestuepatienter.

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

Datanavn	Indgår i registreringen for		
	Indlagte patienter	Ambulante patienter	Skadestuepatienter
Afsluttet til sygehusafsnit	X	X	X
Kontaktårsagskode	X		X
Ulykkeskode (SKS-kode)	X		X
Diagnoseart (indberettes sammen med SKS-diagnosekode)	X	X	X
Diagnosekodennummer	X	X	X
Procedureart (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	X	X	X
Procedurekodennummer (SKS-kode)	X	X	X
Proceduredato (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	X	X	X
Proceduretime (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	X	X	X
Procedureminut (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	X	X	X
Kodennummer for producerende afsnit (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	X	X	X
Dato for besøg		X	
Dato for afslået tilbud om behandling i andet sygehusafsnit	X	X	
Sygehusafsnitskode for det afsnit det afslåede behandlingstilbud er givet til	(X)	(X)	
Kun for fødsler			
Paritet	X		
Besøg hos jordemoder	X		
Besøg hos egen læge	X		

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

17 Databeskrivelser

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Sygehusnummer	SGH	4
Definition/beskrivelse det sygehus, hvor patienten er indskrevet		
Værdisæt Ifølge den gældende sygehusklassifikation.		
Indgår i registrering for Indlagte patienter Ambulante patienter Skadestuepatienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Afdelings/afsnitsnummer	AFD	3
Definition/beskrivelse sengeafsnit, ambulatorium eller skadestue, hvor patienten er indskrevet (stamafsnit) De 2 første positioner angiver en administrerende overlæges/afdelings ledelses område (afd.). 3. position angiver afsnit som vedrører ”subspeciale”, ambulatorium, skadestue og lignende		
Værdisæt Ifølge den gældende sygehusklassifikation.		
Indgår i registrering for Indlagte patienter Ambulante patienter Skadestuepatienter		

Systemdatanavn Personnummer	Programdatanavn CPRNR	Max. antal positioner 10
<p>Definition/beskrivelse</p> <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 Landspatient-registeret.</p> <p>For patienter, som ikke har noget dansk CPR-nummer, benyttes et erstatningsnummer, hvor de første 6 cifre angiver fødselsdag, -måned og -år; det 7. ciffer er 0 for patienter født i år 1900 - 1999, og 5 for patienter født før 1900 og 6 for patienter født efter 1999; 8. og 9. position udfyldes med bogstaver, og 10. ciffer er ulige for mænd og lige for kvinder.</p> <p>Alle rent numeriske personnumre skal undersøges efter MODULUS 11-testen</p>		
<p>Værdisæt</p>		
<p>Indgår i registrering for</p> <p>Indlagte patienter Ambulante patienter Skadestuepatienter</p>		

Systemdatanavn Kommunennummer	Programdatanavn KOMNR	Max. antal positioner 3
Definition/beskrivelse bopælskommunennummer, kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Der anføres nummeret på bopælskommunen umiddelbart før indlæggelsen/ 1. ambulatoriebesøg/skadestuebesøg		
For personer med fast bopæl i Grønland kodes et af numrene 901 - 961 For personer med fast bopæl på Færøerne kodes 970 For personer med fast bopæl i udlandet kodes et af numrene 971 - 998 For personer uden bopæl eller ukendt bopæl kodes 999		
Værdisæt Ifølge gældende kommunekoder (kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside). KOMNR skal være numerisk.		
Indgår i registrering for Indlagte patienter Ambulante patienter Skadestuepatienter		

Systemdatanavn Startdato	Programdatanavn STARTDATO	Max. antal positioner 6
Definition/beskrivelse For indlagte patienter: datoen for påbegyndelse af indlæggelseskontakten		
For ambulante patienter: datoen for påbegyndelse af den ambulante kontakt. Normalt dato for patientens første besøg i ambulatorium efter henvisning		
For skadestue patienter: dato for ankomst til skadestue FØDSELSDATO ≤ STARTDATO ≤ SLUTDATO		
Værdisæt På formen dag, måned og år. STARTDATO skal være en valid dato på formen DDMMÅÅ.		
Indgår i registrering for Indlagte patienter Ambulante patienter Skadestuepatienter		

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

Systemdatanavn Indlæggelsestid eller Starttid for ambulant kontakt eller tid for ankomst til skadestue	Programdatanavn INDLÆGTIME TANSKA	Max. antal positioner 2
Definition/beskrivelse klokkeslæt i hele timer for kontaktstart på sengeafsnit/kontaktstart på ambulatorium/ankomst til skadestue		
Værdisæt 00 - 23		
Indgår i registrering for Indlagte patienter Ambulante patienter Skadestuepatienter		

Systemdatanavn Indlæggelsesminut eller Startminut for ambulans kontakt eller Minut for ankomst til skadestue	Programdatanavn MIANSKA	Max. antal positioner 2
Definition/beskrivelse klokkeslæt i minutter for kontaktstart på sengeafsnit/kontaktstart på ambulatorium/ankomst til skadestue		
Værdisæt 00 - 59		
Indgår i registrering for Indlagte patienter Ambulante patienter Skadestuepatienter		

Systemdatanavn Henvisningsdato	Programdatanavn HENVISDTO	Max. antal positioner 6
Definition/beskrivelse dato for modtagelse af henvisningen på den afdeling, der skal være stamafsnit for patienten. Ved omvisitering registreres den oprindelige henvisningsdato – se vejledningsdelen		
Værdisæt På formen dag, måned og år. $FØDSELSDATO \leq HENVISDTO \leq STARTDTO$.		
Indgår i registrering for Indlagte patienter Ambulante patienter		

Systemdatanavn Indlæggelsesmåde	Programdatanavn INDMÅDE	Max. antal positioner 1
Definition/beskrivelse angivelse af prioritet for kontaktstart		
Værdisæt 1 akut 2 ikke akut		
Indgår i registrering for Indlagte patienter		

Systemdatanavn Henvisningsmåde	Programdatanavn HENVISNMÅDE	Max. antal positioner 1
Definition/beskrivelse angivelse af hvilken instans patienten er henvist fra		
Værdisæt 0 Ingen henvisning Henvist fra: 1 Alment praktiserende læge 2 Praktiserende speciallæge 8 Herfødt A Andet E Udlandet (Kun patienter, der direkte henvises fra udlandet) F Henvist fra sygehusafsnit G Henvist fra sygehusafsnit, venteforløb		
Indgår i registrering for Indlagte patienter Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Startvilkår	INDVILK	1
Definition/beskrivelse		
angivelse af de juridisk-administrative forhold ved start af en psykiatrisk kontakt		
Værdisæt		
For indlagte patienter:		
1 Almindelig frivillig indlagt		
2 Tvang ("rød blanket")		
3 Tvang ("gul blanket")		
6 Barn indlagt i henhold til Lov om Social Service		
7 Indlagt i henhold til dom		
8 Indlagt i henhold til dom til anbringelse		
9 Indlagt som mental observand		
B Indlagt som varetægtsurrogatfængslet		
C Overført varetægtsarrestant		
D Indlagt i henhold til farlighedsdekret		
E Indlagt i henhold til andet retsligt forhold		
For ambulante patienter:		
K Almindelig frivillig ambulant		
L Ambulant behandling i henhold til vilkår		
M Ambulant behandling i henhold til dom		
N Ambulant mentalundersøgelse		
P Barn til ambulant undersøgelse i henhold til Lov om social service		
R Andet ambulant retsligt forhold		
Ved indlæggelsesvilkår 7, 8, 9, B, C, D, E, L, M, N eller R skal der være en aktions- eller bidiagnose tilhørende DZ046*		
Indgår i registrering for		
Indlagte patienter på psykiatriske afdelinger		
Ambulante patienter på psykiatriske afdelinger		

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

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

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Afsluttet til sygehusafsnit	UDSKRTILSGH	7
Definition/beskrivelse		
angivelse af, hvilket afsnit patienten afsluttes til		
Værdisæt		
Ifølge den gældende sygehusklassifikation.		
UDSKRTILSGH skal være alfanumerisk eller blank Obligatorisk for kontakter der registreres med afslutningsmåde F, G, K og L		
Indgår i registrering for		
Indlagte patienter Ambulante patienter Skadestuepatienter		

Systemdatanavn Afslutningsmåde	Programdatanavn AFSLUTMÅDE	Max. antal positioner 1
Definition/beskrivelse angivelse af hvilken instans patienten afsluttes til		
Værdisæt Udskrevet/afsluttet til: Blank Uafsluttet forløb 1 Alment praktiserende læge 2 Praktiserende speciallæge 4 Ingen lægelig opfølgning (må kun anvendes for psykiatriske afdelinger) 7 Udeblevet (kun for ambulante patienter) 8 Død A Andet E Behandling i udlandet (hvor sygehus beslutter behandling i udlandet) F Afsluttet til sygehusafsnit G Afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb K Afsluttet til sygehusafsnit (hjemmet) L Afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)		
Indgår i registrering for Indlagte patienter Ambulante patienter Skadestuepatienter		

Systemdatanavn Kontaktårsagskode	Programdatanavn KONTÅRS	Max. antal positioner 1
Definition/beskrivelse		
overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset		
Værdisæt		
1 sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion		
2 ulykke		
3 voldshandling		
4 selvmord/selvordsforsøg		
5 senfølge		
8 andet		
9 ukendt/uoplyst		
For somatiske indlagte patienter skal kontaktårsagskoden registreres, hvis der er en aktionsdiagnose i intervallet DS000 - DT799.		
For psykiatriske indlagte patienter skal kontaktårsagskoden altid registreres.		
For skadestuepatienter skal der altid registreres kontaktårsag. Ved kontaktårsag 2, 3 eller 4 skal der være en diagnose i intervallerne DR00 - DR999, DS00 - DT799 eller DZ00 - DZ999. For psykiatriske skadestuepatienter med kontaktårsag 4 tillades desuden aktionsdiagnose i intervallet DX60* - DX84* samt aktionsdiagnose DF*.		
Vedrørende vejledning henvises til den gældende "Klassifikation af sygdomme", som udgives af Sundhedsstyrelsen.		
Indgår i registrering for		
Indlagte patienter		
Skadestuepatienter		

Systemdatanavn Ulykkeskode	Programdatanavn ULK	Max. antal positioner 6
Definition/beskrivelse klassificeret betegnelse for ulykkeskoder, der er optaget i gældende ”Klassifikation af Sygdomme”		
Værdisæt Værdisæt ifølge gældende klassifikation af sted, skadesmekanisme, aktivitet, transportform for tilskadekomne og for modpart ved køretøjsulykke samt registrering af, om der er tale om køretøjsulykke eller ej, se vejledningsdelen.		
Sted:	1. - 3. position skal være EUG, 4. position iflg. ulykkesklassifikation	
Skadesmekanisme:	1. - 3. position skal være EUS, 4. position iflg. ulykkesklassifikation	
Aktivitet:	1. - 3. position skal være EUA, 4. position iflg. ulykkesklassifikation	
Køretøjsulykke:	1. - 3. position skal være EUK, 4. position skal være 1, hvis der er tale om en køretøjsulykke ellers 2.	
Transportform for tilskadekomne ved køretøjsulykke indberettes som tillægskode til køretøjsulykke:	1.- 3. position skal være EUP, 4. position iflg. ulykkesklassifikation	
Transportform for modpart ved køretøjsulykke indberettes som tillægskode til køretøjsulykke:	1.- 3. position skal være EUM, 4. position iflg. ulykkesklassifikation	
Indberettes som SKS-kode (SKSKO).		
Indgår i registrering for Indlagte patienter ved kontaktårsag 2, 3 og 4 Skadestuepatienter ved kontaktårsag 2, 3 og 4		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Kode for fritvalgsordning	FRITVALG	1
Definition/beskrivelse		
kode for om patienten er omfattet af den udvidede fritvalgsordning		
Værdisæt		
Registreres kun på kontakter ved private sygehuse/klinikker.		
1 Patienten er omfattet af den udvidede fritvalgsordning		
Patienter, der ikke er omfattet af den udvidede fritvalgsordning, indberettes med kode for fritvalgsordning blank.		
Indgår i registrering for		
Indlagte patienter		
Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Henvissende sygehusafsnit	HENVSGH	7
Definition/beskrivelse		
angivelse af, hvilket afsnit patienten er henvist fra		
Værdisæt		
Ifølge den gældende Sygehusklassifikation.		
HENVSGH skal være alfanumerisk eller blank.		
Obligatorisk for kontakter der registreres med henvisningsmåde F og G		
Indgår i registrering for		
Indlagte patienter		
Ambulante patienter		

Systemdatanavn Diagnoseart	Programdatanavn DIAGART	Max. antal positioner 1
<p>Definition/beskrivelse angivelse af den efterfølgende SKS-diagnosekodes registreringsmæssige betydning</p>		
<p>Værdisæt A Aktionsdiagnose B Bidiagnose H Henvisningsdiagnose M Midlertidig diagnose (kan kun anvendes for åbne, somatiske ambulante forløb) C Komplikation</p> <p>Der skal altid være anført en aktionsdiagnose på en afsluttet kontakt. Vedr. uafsluttede kontakter henvises til databeskrivelsen for diagnosekodenummer.</p> <p>For A og H: kun 1 forekomst pr. kontakt.</p> <p>For bidiagnoser kan psykiatriske afdelinger foretage en prioritering efter indberetningsrækkefølge.</p> <p>H er obligatorisk hvis henvisningsmåde er 1, 2, E, F eller G</p> <p>Til arten C må der kun forekomme ”diagnoser” fra SKS-kapitlerne D (diagnose) og E (andre diagnoser. SKS-kode EU* må ikke anvendes).</p> <p>Indberettes sammen med en SKS-diagnosekode.</p>		
<p>Indgår i registrering for Indlagte patienter Ambulante patienter Skadestuepatienter</p>		

Systemdatanavn Diagnosekodenummer	Programdatanavn DIAG	Max. antal positioner 10
<p>Definition/beskrivelse 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 senest 1 måned efter indlæggelse – se vejledningsdelen for specielle regler</p> <p>For patienter i en ambulant kontakt, skal der senest 1 måned efter 1. besøg være registreret mindst en diagnose.</p> <p>For skadestuepatienter ved udskrivning/afslutning fra skadestue</p>		
<p>Værdisæt I følge den gældende klassifikation af sygdomme i SKS-format, udgivet af Sundhedsstyrelsen (ICD-10).</p> <p>1. position: skal være D i overensstemmelse med kapitelinddelingen i SKS 2.-10. position: skal følge kodelængden i ”Klassifikation af Sygdomme”.</p> <p>Diagnoser skal registreres med minimum 5 positioner, med mindre det drejer sig om følgende, hvor kun 4 positioner er nødvendige:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skadestuepatienter, bortset fra forgiftninger. • Midlertidige diagnoser. • Henvisningsdiagnoser. <p>Henvisningsdiagnoser fra før 1. januar 1994 kan indberettes som ICD-8 diagnosekoder. Hvis SKS-formatet anvendes skal ICD-8 koden knyttes til diagnosearten H.</p> <p>For visse sygdomme klassificeret med en ICD-10 kode kræves obligatorisk anvendelse af tillægskoder eller bidiagnoser. Der kan herudover frivilligt registreres SKS-tillægskoder. Indberettes som SKS-kode (SKSKO).</p>		

<p>Indgår i registrering for Indlagte patienter Uafsluttede psykiatriske indlagte patienter senest 1 måned efter indlæggelse Ambulante patienter Uafsluttede ambulante kontakter senest 1 måned efter 1. besøg Skadestuepatienter</p>

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Procedureart	PROCART	1
<p>Definition/beskrivelse angivelse af den efterfølgende SKS-procedure (operations) kodes registreringsmæssige betydning</p>		
<p>Værdisæt Registrering af operationer (kapitlerne A - Y inkl.) ifølge gældende "Klassifikation af operationer".</p> <p>V = Vigtigste operation i en afsluttet kontakt P = Vigtigste operation i et operativt indgreb D = Deloperation: Anden/andre operation(er) i et operativt indgreb</p> <p>På kontakter afsluttet efter 1. januar 2004 er det frivilligt at anføre et "V" på én operationskode inden for en afsluttet kontakt. På kontakter afsluttet efter 1. januar 2005 kan "V" ikke anvendes. Der kan kun anføres ét "V" på én operationskode inden for en afsluttet kontakt.</p> <p>Operationer med procedurearten "V" på uafsluttede kontakter indberettes til Landspatientregisteret med procedureart "P".</p> <p>Kontakter påbegyndt før 1. januar 1996 og afsluttet efter 31. december 1995 kan være uden markering af vigtigste operationer, når vigtigste operationer er udført før 1. januar 1996.</p> <p>Andre procedurer indberettes med procedureart blank.</p> <p>Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO).</p>		
<p>Indgår i registrering for Indlagte patienter, indberettes sammen med procedurekode. Ambulante patienter, indberettes sammen med procedurekode. Skadestuepatienter, indberettes sammen med procedurekode.</p>		

Systemdatanavn Procedurekodenummer	Programdatanavn PROC	Max. antal positioner 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. 1. position: skal være fra gældende SKS-hovedgrupper. 2.-10. position: skal følge kodelængden fra gældende SKS-klassifikation. Procedurer med koden K* skal mindst være 6 positioner. Ikke-kirurgiske procedurer skal mindst være på 3 positioner. For visse procedurer kræves højere specificeringsniveau. Midlertidige procedurekoder er oprettet i SKS-hovedgruppe "Z". For operationer udført før 1. januar 1996 anvendes koder fra 3. udgave af Operations- og behandlingsklassifikationen (1988). Der gælder specielle regler for indberetning af aflyste operationer. Indberettes som SKS-procedurekode (SKSKO).		
Indgår i registrering for Indlagte patienter: for operationer og radiologiske procedurer. Øvrige procedurer fakultative, bortset fra specifikt nævnte obligatoriske undersøgelses- og/eller behandlingskoder. Ambulante patienter: som for indlagte patienter. Skadestuepatienter: alle radiologiske procedurer. Øvrige procedurer er fakultativ.		

Systemdatanavn Proceduredato	Programdatanavn PROCDTO	Max. antal positioner 6
Definition/beskrivelse dato for udførelse af procedure HENVISDТО ≤ PROCDТО ≤ SLUTDТО for indlagte og ambulante patienter STARTDТО ≤ PROCDТО for skadestuepatienter		
Værdisæt På formen dag, måned og år. Proceduredato skal også indberettes i forbindelse med aflyste operationer. Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO).		
Indgår i registrering for Indlagte patienter, indberettes sammen med procedurekode Ambulante patienter, indberettes sammen med procedurekode Skadestuepatienter, indberettes sammen med procedurekode		

Systemdatanavn Proceduretime	Programdatanavn PROCTIM	Max. antal positioner 2
Definition/beskrivelse angivelse af time for en procedures udførelse Startklokkeslæt. Hvis STARTDТО = PROCDТО skal INDLÆGTIME eller TANSKA ≤ PROCTIM		
Værdisæt 00 - 23 Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO).		
Indgår i registrering for Indlagte patienter, indberettes sammen med procedurekode. Ambulante patienter, indberettes sammen med procedurekode. Skadestuepatienter, indberettes sammen med procedurekode.		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Procedureminut	PROCMIN	2
Definition/beskrivelse angivelse af minut for en procedures udførelse		
Startminut.		
Værdisæt 00 - 59		
Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO).		
Indgår i registrering for Indlagte patienter, indberettes sammen med procedurekode. Ambulante patienter, indberettes sammen med procedurekode. Skadestuepatienter, indberettes sammen med procedurekode.		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Kodenummer for producerende afsnit	PROCAFD	7
Definition/beskrivelse den instans, der har udført en procedure		
Værdisæt PROCAFD består af kodenummer for SGH og AFD ifølge den gældende sygehusklassifikation.		
Skal også registreres, hvis producent er eget afsnit.		
Kodenummer for producerende afsnit er fakultativ for procedurer foretaget før 1. januar 1996.		
Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO).		
Indgår i registrering for Indlagte patienter, indberettes sammen med procedurekode. Ambulante patienter, indberettes sammen med procedurekode. Skadestuepatienter, indberettes sammen med procedurekode.		

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

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Ventestatus	VENTESTATUS	2
Definition/beskrivelse		
status for om en patient er ventende eller ikke ventende		
Værdisæt		
11 Ventende på udredning		
12 Ventende på behandling		
13 Ventende, omvisiteret fra andet afsnit		
14 Ventende pga. manglende oplysninger		
15 Ventende på assistance		
21 Ikke ventende, på udredning/behandling		
22 Ikke ventende, til kontrol		
23 Ikke ventende efter patientens ønske		
24 Ikke ventende pga. udredning/behandling andet afsnit		
25 Ikke ventende, under udredning		
26 Ikke ventende, under behandling		
Kode 25 og 26 må kun benyttes for ambulante patienter, og perioden må kun ligge efter kontaktens startdato.		
Indgår i registrering for		
Indlagte patienter		
Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Startdato for ventestatus	DATOSTVENTE	6
Definition/beskrivelse dato for start af en periode med ventestatus For hver periode med ventestatus skal der registreres en startdato. På den VENTE-struktur der har den ældste DATOSTVENTE, skal DATOSTVENTE = HENVISDTO		
Værdisæt På formen dag, måned og år.		
Indgår i registrering for Indlagte patienter Ambulante patienter		

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

Systemdatanavn Dato for afslået tilbud om behandling på anden sygehusafsnit	Programdatanavn DFOAFTLB	Max. antal positioner 6
Definition/beskrivelse dato for hvornår tilbud om behandling på andet sygehusafsnit er afslået af patienten		
Værdisæt For indlagte patienter: Datoen for afslået tilbud skal ligge imellem henvisningsdatoen og startdato. $HENVISDTO \leq DFOAFTLB \leq STARTDATO$. For ambulante patienter: Datoen for afslået tilbud skal ligge imellem henvisningsdatoen og slutdato. $HENVISDTO \leq DFOAFTLB < SLUTDATO$. På formen dag, måned og år.		
Indgår i registrering for Indlagte patienter Ambulante patienter		

Systemdatanavn Sygehusafsnitskode for det afsnit det afslåede behandlingstilbudet er givet til	Programdatanavn BEHANDTILSGH	Max. antal positioner 7
Definition/beskrivelse angivelse af, hvilket sygehusafsnit behandlingstilbudet er givet til		
Værdisæt Ifølge den gældende sygehusklassifikation. BEHANDTILSGH skal være alfanumerisk eller blank. De 3 sidste cifre i BEHANDTILSGH må være "000".		
Indgår i registrering for Indlagte patienter, fakultativ Ambulante patienter, fakultativ		

Systemdatanavn Paritet	Programdatanavn PARITET	Max. antal positioner 2
Definition/beskrivelse angivelse af antallet af gennemførte svangerskaber, inkl. dødfødsler og aktuell fødsel		
Værdisæt Antal 01-20 Uoplyst = U (2. position blank)		
Skal registreres, hvis der er en DO80* - 84* som aktionsdiagnose.		
Indgår i registrering for Indlagte patienter		

Systemdatanavn Barnets vægt	Programdatanavn VÆGT	Max. antal positioner 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 Barnets længde	Programdatanavn LÆNGDE	Max. antal positioner 2
Definition/beskrivelse		
Værdisæt Angives i cm (00 - 99) Ved uoplyst registreres "00"		
Skal registreres, hvis der er en DZ38* som aktionsdiagnose.		
Indgår i registrering for Indlagte patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Besøg hos jordemoder	BESJORD	2
Definition/beskrivelse		
antal besøg hos jordemoder som led i svangerkontrollen Oplysningen fås evt. fra vandrerjournalen.		
Værdisæt		
Antal 00 - 25		
Uoplyst = U (2. position blank)		
Skal registreres, hvis der er en DO80* - 84* som aktionsdiagnose.		
Indgår i registrering for		
Indlagte patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Besøg hos egen læge	BESLÆGE	1
Definition/beskrivelse		
antal besøg hos egen læge (praktiserende læge) som led i svangerkontrollen Oplysningen fås evt. fra vandrerjournalen.		
Værdisæt		
Antal 0 - 9		
Uoplyst = U		
Skal registreres, hvis der er en DO80* - 84* som aktionsdiagnose.		
Indgår i registrering for		
Indlagte patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Besøg hos sygehusafsnit/speciallæge	BESSPEC	1
Definition/beskrivelse antal besøg hos læge på obstetrisk eller kirurgisk afsnit eller hos praktiserende speciallæge som led i svangerkontrollen Oplysningen fås evt. fra vandrerjournalen.		
Værdisæt Antal 0 - 9 Uoplyst = U Skal registreres, hvis der er en DO80* - 84* som aktionsdiagnose.		
Indgår i registrering for Indlagte patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Nummer ved flerfoldsfødsel	FLERNR	1
Definition/beskrivelse angiver barnets nummer i rækkefølgen ved flerfoldfødsel		
Værdisæt Alfabetisk A – F A Første barn B Andet barn C Tredje barn D Fjerde barn E Femte barn F Sjette barn Skal registreres, hvis der er en DZ38* som aktionsdiagnose. Ved enkeltfødsel registreres A.		
Indgår i registrering for Indlagte patienter		

18 Fejlsøgning

Fejlsøgning for indlagte-, ambulante- og skadestuepatienter beskrives samlet med følgende opdeling:

- Først beskrives valideringen (fejlsøgningen) for de enkelte felter. Det vil sige syntaksvalidering mod feltet selv samt simpel validering i forhold til andre felter. Felterne er rubriceret efter deres placering i strukturerne.
- Herefter beskrives valideringerne pr. område.

Deldøgnsbegrebet er afskaffet pr. 01.01.2002. Der skal dog foretages fejl-søgning på deldøgnskontakter afsluttet før 01.01.2002 efter regler gældende før 01.01.2002.

18.1 Valideringer for de enkelte felter

Strukturen INDUD

SGH

Skal findes i Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation på SLUTDATO (hvis udfyldt) ellers på STARTDATO.

AFD

Skal findes i Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation på SLUTDATO (hvis udfyldt) ellers på STARTDATO.

Hvis PATTYPE = 0 eller 2 og SLUTDATO er før 01.01.1995, må AFD ikke have speciale 50 eller 52.

PATTYPE

En af værdierne 0, 2, 3.

PATTYPE 1 må kun forekomme hvis SLUTDATO er udfyldt og hvis SLUTDATO ligger før 01.01.2002

CPRNR

Modulus-11 test.

Pos 1 - 6 valid dato (DDMMÅÅ).

Pos 7 - 9 001-999.

Pos 10 numerisk.

Erstatnings-CPRNR

Pos 1 - 6 valid dato (DDMMÅÅ).

Pos 7 0 eller 8* person født i år 1900 - 1999.

5 eller 9* person født før år 1900.

6 person født efter år 1999.

Pos 8 - 9 alfabetisk.

Pos 10 numerisk.

*Hvis kontakten er påbegyndt før 01.01.97 må pos. 7 også være 8 eller 9.

STARTDATO

Gyldig dato (DDMMÅÅ).

FØDSELSDATO skal være før eller lig med STARTDATO.

INDLÆGTIME / TANSKA

Blank eller 00 - 23.

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

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

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

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

MIANSKA

Blank eller 00 - 59.

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

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

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

KOMNR

Skal være en officiel kode. Koderne kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Hvis CPRNR indeholder alfabetiske tegn, skal KOMNR være lig 970 - 999.

DISTKOD

Ingen validering (anvendt indtil 31.12.2000).

HENVISDTO

Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ).

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

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

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

Hvis PATTYPE = 3, skal HENVISDTO være blank.

FØDSELSDATO skal være før eller lig med HENVISDTO.

HENVISNMÅDE

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

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

Hvis HENVISDTO ligger efter 31.12.03 er 3, 5, 9, B, C, og D ikke længere tilladt, hvorimod koderne F og G tillades.

På kontakter med HENVISNMÅDE E skal HENVISDTO ligge efter 31.12.2001

På kontakter med HENVISNMÅDE F eller G skal HENVSGH være udfyldt.

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

Teknisk del

Hvis PATTYTYPE = 3, skal HENVISNMÅDE være blank.

INDMÅDE

En af værdierne blank, 1 eller 2.

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

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

Hvis STARTDATO ligger efter 31.12.2003, er 9 ikke længere tilladt.

SLUTDATO

Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ).

STARTDATO skal være mindre eller lig med SLUTDATO.

Hvis PATTYTYPE = 0 og AFD ikke har speciale 50 eller 52, skal SLUTDATO være forskellig fra blank.

Hvis PATTYTYPE = 0 og AFD har speciale 50 eller 52, må SLUTDATO være blank.

Hvis PATTYTYPE = 3, skal SLUTDATO være blank.

UDSKRIVTIME

Blank eller 00 - 23.

Hvis PATTYTYPE = 0 og AFD ikke har speciale 50 eller 52 og SLUTDATO er efter 31.12.1993, så skal UDSKRIVTIME være forskellig fra blank.

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

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

AFSLUTMÅDE

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

Hvis PATTYTYPE = 0 og AFD har speciale 50 eller 52, må AFSLUTMÅDE være blank.

Hvis PATTYPE = 2 og SLUTDATO er blank, skal AFSLUTMÅDE være blank.

Hvis PATTYPE = 2 og SLUTDATO ikke er blank, skal AFSLUTMÅDE være forskellig fra blank.

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

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 er efter 31.12.1998 og AFD ikke har speciale 50 eller 52, så må AFSLUTMÅDE ikke være lig 4.

På kontakter, der er afsluttet efter 31.12.1998 er 6 ikke længere tilladt, hvorimod koderne B og C tillades.

Hvis SLUTDATO ligger efter 31.12.03 er 3, 5, 9, B og C ikke længere tilladt, hvorimod koderne F, G, K og L tillades.

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

UDSKRILSGH

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

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

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

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 er efter 31.12.03 og AFSLUTMÅDE er lig med F, G, K eller L, så skal UDSKRILSGH være udfyldt og i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens klassifikationer på SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller START-

Teknisk del

DATO for PATTYPE = 3. Dog tillades "000" som afdelingskode, såfremt sygehuskode er forskellig fra egen sygehuskode (SGH).

KONTÅRS

Blank eller 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9.

Hvis PATTYPE = 2, skal KONTÅRS være blank.

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

Hvis PATTYPE = 0 og AFD har speciale 50 eller 52 og STARTDATO ligger efter 31.12.2005, skal KONTÅRS være forskellig fra blank.

BEHDAGE

Skal være blank for kontakter der har STARTDATO efter 31.12.2001

DTOFORU / DTOENBH

Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ).

DTOFORU (hvis udfyldt) skal være før eller lig med DTOENBH (hvis udfyldt).

Hvis PATTYPE = 2 og DTOFORU og SLUTDATO begge er udfyldt, så skal DTOFORU være før eller lig med SLUTDATO.

Hvis PATTYPE = 0 eller 3, skal DTOFORU og DTOENBH være blank.

Hvis HENVISDTO er større end 31.12.2003 skal både DTOFORU og DTOENBH være blanke.

FRITVALG

En af værdierne blank eller 1.

HENVSGH

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

Strukturen SKSKO

ART

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

KODE

I overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens klassifikationer (se under Diagnoser, Procedurer og Tillægskoder).

PROCAFD

Blank eller i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens Sygehusklassifikation på PROCDTO. Hvis PROCDTO ikke er udfyldt, så på en dato efter eller lig med STARTDATO og før eller lig med SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 (hvis udfyldt). For PATTYPE = 3 og PROCDTO ikke er udfyldt, så på STARTDATO.

PROCDTO

Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ).

PROCTIM

Blank eller 00 - 23.

PROCMIN

Blank eller 00 - 59.

Strukturen DIAGN

(Anvendt indtil 31.12.1994)

DIAG

Skal være en ICD-8 eller ICD-10 kode.

Skal findes i Sundhedsstyrelsens ”Klassifikation af sygdomme”.

MOD

En af værdierne blank, 0, 1, 2, 3, 4, 5 eller 7 (anvendt indtil 31.12.1993).

Strukturen OPERA

(Anvendt indtil 31.12.1995)

OPR

Skal findes i Sundhedsstyrelsens ”Klassifikation af operationer”.

OPRAFD

Blank eller i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation.

Strukturen OKOMB

(Anvendt indtil 31.12.1995)

OPR

Skal findes i Sundhedsstyrelsens ”Klassifikation af operationer”.

Strukturen BESØG

PATTYPE = 2 og STARTDATO er efter 31.12.1999, så skal der være mindst en BESØG - struktur eller mindst en ydelse med SKS-kode.

DTOBES

Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ). Skal indberettes i stigende orden på ÅÅÅÅMMDD.

Efter 31.12.2002 må der indberettes flere besøg pr. dag pr. afdeling. Dvs. hvis der blandt en kontakts besøgsdatoer er flere DTOBES der er ens, skal disse datoer ligge efter 31.12.2002

DTOBES skal være lig med eller efter STARTDATO og lig med eller før SLUTDATO.

Hvis PATTYPE = 0 eller 3, skal DTOBES være blank.

Strukturen PASSV

PATTYPE = 3 må ikke have PASSV - struktur.

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

Hvis HENVISDTO ligger efter 31.12.2003 må ÅRSAGPAS, DTOSTPAS og DTOSLPAS ikke være udfyldt.

PASSV - strukturen kan have følgende kombinationer af indhold:

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

Teknisk del

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

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

ÅRSAGPAS

En af værdierne 0, 1, 2, 3, 4, A.

Hvis DTOSTPAS er efter 30.06.2002 må ÅRSAGPAS ikke være 2, 4 eller A

DTOSTPAS

Gyldig dato (DDMMÅÅ).

Flere PASSV - strukturer skal komme i stigende orden på DTOSTPAS (på ÅÅMMDD).

DTOSTPAS skal være efter eller lig med HENVISDTO.

DTOSLPAS

Gyldig dato (DDMMÅÅ).

DTOSLPAS skal være større end eller lig med DTOSTPAS.

Der må ikke være et besøg i en passiv periode, dog må DTOSTPAS og DTOSLPAS godt være lig besøgsdato

DTOAFTLB

Gyldig dato (DDMMÅÅ) og hvor STARTDATO er efter 30.06.2002.

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

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

BEHANDTILSGH

Skal være blank eller findes i Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation på DTOAFTLB.

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

Strukturen VENTE

PATTYPE = 3 må ikke have VENTE-struktur.

Skal indberettes i stigende orden på DATOSTVENTE (på ÅÅMMDD).

Ved indberetning af flere VENTE-strukturer gælder at for VENTE-strukturerne efter første VENTE-struktur, skal DATOSTVENTE være lig med dagen efter DATOSLVENTE i foregående VENTE-struktur. Dvs. indenfor samme kontakt skal VENTE-strukturerne dække en sammenhængende periode, og der må ikke være datooverlap mellem VENTE-strukturerne.

Hvis HENVISDТО ligger efter 31.12.2003 og HENVISDТО er forskellig fra STARTDATO, skal der være mindst én VENTE-struktur.

VENTESTATUS

En af værdierne 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24, 25 eller 26

DATOSTVENTE

Gyldig dato (DDMMÅÅ).

DATOSTVENTE på den første VENTE-struktur skal være lig med HENVISDТО.

DATOSLVENTE

Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ).

DATOSLVENTE skal være større end eller lig med DATOSTVENTE. Hvis PATTYPE = 0 skal DATOSLVENTE på den sidste VENTE-struktur være lig med STARTDATO.

Hvis PATTYPE = 2 skal DATOSLVENTE på den sidste VENTE-struktur (hvis den er udfyldt) være lig med eller større end STARTDATO og lig med eller mindre end SLUTDATO hvis udfyldt. Ellers kun større end eller lig med STARTDATO.

Hvis PATTYPE = 2 og VENTESTATUS = 25 eller 26, skal DATOSTVENTE på VENTE-struktur være lig med eller større end STARTDATO.

Teknisk del

Hvis PATTYPE = 2 må DATOSLVENTE på den sidste VENDE-struktur være blank.

Strukturen ULYKK

(Anvendt indtil 31.12.1994)

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.

Teknisk del

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 eller 2.

INDVILK

En af værdierne 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, B, C, D, E, K, L, M, N, P, R.

Hvis AFD har speciale 50 eller 52, og PATTYPE = 0 og SLUTDATO eller STARTDATO er efter 31.12.94 og før 01.01.2006, så skal INDVILK være en af værdierne 1, 2, 3, 4, 6.

Hvis AFD har speciale 50 eller 52, og PATTYPE = 0 og STARTDATO er efter 31.12.2005, så skal INDVILK være en af værdierne 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, B, C, D, E.

Hvis AFD har speciale 50 eller 52, og PATTYPE = 2 og STARTDATO er efter 31.12.2005, så skal INDVILK være en af værdierne K, L, M, N, P, R.

Hvis PATTYPE = 3, skal INDVILK være blank.

18.2 Valideringer pr. område

18.2.1 Ulykker

Generelt

Ulykkeskoder kan ikke indberettes for PATTYPE = 2.

Indlagte patienter

Hvis PATTYPE = 0 og ART = A og KODE tilhører DS000 - DT799, så skal KONTÅRS være forskellig fra blank.

Hvis PATTYPE = 0 og KONTÅRS = 2, 3, 4 og speciale forskellig fra 50 og 52, så skal der være en aktionsdiagnose i intervallet DS000 - DT799 samt en EUG*, EUS*, EUA* og EUK* kode. Hvis EUK1 er registreret, skal der være en EUP* og EUM* kode.

Hvis PATTYPE = 0 og KONTÅRS = 2, 3, 4 og speciale lig 50 og 52, så skal der være en EUG*, EUS*, EUA* og EUK* kode. Hvis EUK1 er registreret, skal der være en EUP* og EUM* kode.

Skadestuepatienter

Hvis PATTYPE = 3 og KONTÅRS = 2, 3, 4, så skal der være en aktions- eller bidiagnose DR00 - DR999, DS00 - DT799 eller DZ00 - DZ999. Hvis AFD har speciale 50 eller 52 og KONTÅRS = 4 tillades desuden aktionsdiagnose i intervallet DX60* - DX84* samt aktionsdiagnose DF*.

Hvis PATTYPE = 3 og KONTÅRS = 2, 3, 4, så skal der være registreret en EUG*, EUS*, EUA* og EUK* kode. Hvis EUK1 er registreret, så skal der være en EUP* og EUM* kode.

18.2.2 Diagnoser

Generelt

I overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens klassifikation af sygdomme.

Hvis ART = H på HENVISDТО hvis udfyldt, ellers følges reglerne for ART = A.

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

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

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

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

For visse koder er der krav om højere antal karakterer. Fx forgiftning og lændediscusprolaps.

ART = A, G og/eller H må kun forekomme en gang pr. kontakt.

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.1994, skal der være en og kun en ART = A.

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

Hvis PATTYPE = 0 og SLUTDATO er blank og AFD har speciale 50 eller 52 og STARTDATO ligger mere end en måned tilbage, skal der være en og kun en aktionsdiagnose.

Hvis PATTYPE = 2 og SLUTDATO er blank og AFD har speciale 50 eller 52 og første besøg ligger mere end en måned tilbage, skal der være en og kun en aktionsdiagnose.

Hvis PATTYPE = 3, skal der være en aktionsdiagnose.

Hvis SLUTDATO er blank og AFD ikke har speciale 50 eller 52 og første besøg ligger mere end en måned tilbage, skal der for PATTYPE = 2 være en diagnose med ART = A, B, G eller M.

Såfremt STARTDATO ligger efter 31.12.2001 og ART = G skal AFD have speciale 50 eller 52.

Såfremt STARTDATO ligger efter 31.12.2003, må der ikke forekomme en ART = G.

Registrering af diagnoser - brug af diagnosearter

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

Hvis STARTDATO er efter 31.12.98 og HENVISDTO er mindre end STARTDATO og HENVISMÅDE er 1, 2, 3, 5, B, C, D, E, F eller G, så skal der være en SKS-kode med ART = H.

Hvis PATTYPE = 0 eller 3, så må ART ikke være lig med M.
Hvis PATTYPE = 2 og SLUTDATO er udfyldt, så må ART ikke være lig med M.

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

18.2.3 Procedurer

Generelt

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

Hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.1997 og før 01.01.2003 og STARTDATO er lig med PROCDTO, så skal PROCTIM være større end eller lig med INDLÆGTIME eller TANSKA.

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

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

Hvis PATTYPE 0 eller 2 og PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2002, skal PROCDTO være efter eller lig med HENVISDTO. Hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2002 og PATTYPE = 3, skal PROCDTO være større end eller lig med STARTDATO og PROCTIM være større end eller lig med TANSKA.

Hvis ART = blank, skal PROCDTO være udfyldt.

Hvis ART = blank og PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2000, så skal KODE være mindst 3 karakterer lang.

Hvis ART = blank og PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2000 og KODE tilhører UXA*, UXC*, UXM* eller UXR*, så skal pågældende kode være mindst 6 karakterer lang.

Hvis KODE er forskellig fra ZPP*, skal PROCDTO være før eller lig med SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2.

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

Hvis position 1 i KODE er F skal ART = blank.

Registrering af operationer

Hvis ART = V, P eller D, skal position 1 i KODE være K.

Hvis ART = V, P eller D og 1. position i KODE er K, skal KODE være mindst 6 karakterer lang.

Hvis ART = V / P skal PROCDTO og PROCAFD være udfyldt.

Hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.1995 og KODE tilhører K-koder, så skal PROCAFD være udfyldt.

Hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.1997 og KODE tilhører K-koder, så skal PROCTIM og PROCMIN være udfyldt.

Procedurearter

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

Hvis PATTYPE = 0 eller 2 og SLUTDATO ligger før 01.01.2004 og PROCDTO er udfyldt og STARTDATO er efter 31.12.1995 og 1. position i KODE = K, så skal der i kontakten være en og kun en ART = V.

Hvis ART = D, skal der umiddelbart før komme en ART = V / P / D (evt. med tillægskode).

Radiologiske procedurer

Hvis 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 på-

gældende 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 30.06.2000 og KODE er forskellig fra ZPP1* - ZPP5*, så skal PROCAFD være udfyldt.

Hvis ART = blank og PROCDTO beskriver en dato efter 30.06.2000 og KODE er forskellig fra ZPP1* - ZPP5* eller ZWCM*, så skal PROCTIM og PROCMIN være udfyldt.

Hvis PROCDTO ligger efter 31.12.1999 og SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 og KODE tilhører ZPP1*-ZPP5*, 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.

18.2.4 Funktionsevne

Hvis KODE tilhører FA*, så skal være tilknyttet en tillægskode fra FZAG1*

Hvis KODE tilhører FB*, så skal være tilknyttet en tillægskode fra FZBG1*

Hvis KODE tilhører FE*, så skal være tilknyttet en tillægskode fra FZEG1*

Hvis KODE tilhører FP*, så skal være tilknyttet en tillægskode fra FZPG1*

Hvis KODE tilhører FS*, så skal være tilknyttet en tillægskode fra FZSG1*

18.2.5 Neonatal hørerscreening

Hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2004 og PROCDTO ligger mindre end 90 dage efter FØDSELSDATO og KODE tilhører ZZ1450A, ZZ1450D, ZZ1450D1, ZZ7100A, ZZ7100D, ZZ7306, ZZ7306A, ZZ7306D,

ZZ7307, ZZ7307A, eller ZZ7307D, skal der være tilknyttet en af følgende tillægskoder: ZPR01A, ZPR00A eller ZPR00B.

18.2.6 Postoperative infektioner

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2005 og ART = A eller B og KODE tilhører DT814* så skal der til hver KODE være tilknyttet en af tillægskoderne fra hver af grupperne:

- En KODE tilhørende K* som er mindst 4 karakterer lang eller KX.
- En KODE tilhørende ZT*.
- En KODE tilhørende A1* - A9* som er 5 karakterer lang eller A1*-A9* som er 7 karakterer lang eller AXXXX.

18.2.7 Tillægskoder

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

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

Alle SKS-koder kan registreres som tillægskoder. (Der er dog få undtagelser herfra, fx ZPP1* - ZPP5*, som kun kan have ART = blank).

Der må maks. registreres 50 tillægskoder pr. KODE med tilhørende ART forskellig fra "+".

Følgende koder må kun registreres som tillægskoder:

- Koder i Tillægskodeklassifikationen
- Koder i Lægemiddelklassifikationen
- Koder i Datoklassifikationen
- V* (Talliste)
- DUnnDn og DU001 - DU045 (Svangerskabslængde)
- DUT* (Rygevaner)
- DUP* (Fosterpræsentation)
- DUM* (Misdannelsesoplysning)

På procedurer med proceduredato efter 31.12.2000 må kun anvendes TUL1 og TUL2. Der valideres for, at TUL3 ikke er tilladt.

På procedurer med proceduredato efter 31.03.2001 må der pr. procedure højest anvendes én af koderne TUL1 eller TUL2.

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

18.2.8 Fødsler og aborter

Svangerskabslængde

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.12.1995 og KODE tilhører de i vejledningsdelen nævnte diagnosekoder ("Registrering af tillægskode for svangerskabslængde"), så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU**D* (svangerskabslængde).

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.12.1995 og KODE tilhører DO04*, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU01D* - DU11D* (svangerskabslængde).

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.12.1995 og KODE tilhører DO05*, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU12D* - DU27D* (svangerskabslængde).

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.12.1995 og KODE tilhører DO060, DO062, DO064 eller DO066, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU01D* - DU11D* (svangerskabslængde).

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.12.1995 og KODE tilhører DO061, DO063, DO065 eller DO067, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU12D* - DU27D* (svangerskabslængde).

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.12.1995 og KODE tilhører DO80* - DO84*, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU20D* - DU45D* eller DU99DX (svangerskabslængde).

Moderens record

Hvis ART = A og PATTYPE = 0 og SLUTDATO ligger efter 31.03.1998 og KODE ligger i intervallet DO80* - DO84*, så skal:

- DUT* og DUnnDn være registreret som tillægskode.
- Der findes en MOBST-struktur.
- DZ37* være tilknyttet som bidiagnose.

Hvis PATTYPE = 0 og KODE er i intervallet DO80* - DO84* og SLUTDATO ligger efter 31.12.1999, så skal tilhørende ART = A.

Hvis PATTYPE = 0 og KODE er i intervallet DO60* - DO75* og SLUTDATO ligger efter 31.12.1999 og tilhørende ART = B, så skal der findes en aktionsdiagnose i intervallet DO80* - DO84*.

Hvis PATTYPE = 0 og aktionsdiagnosen er i intervallet DO80* - DO84* og SLUTDATO ligger efter 31.12.1999 og der forekommer bidiagnoser forskellig fra DA34*, DB20*-DB24*, DF53*, DO*, DS*, DT* eller DZ*, så skal der samtidig være en bidiagnose i intervallet DO98* - DO99*.

Hvis PATTYPE = 0 og aktionsdiagnosen er i intervallet DO80* - DO84* og SLUTDATO ligger efter 31.12.2003, så skal der være en ART = blank og en procedurekode ZZ0241 med følgende tillægskoder tilknyttet

- VPH* eller VV00005
- DU0000

Hvis PATTYPE = 0 og aktionsdiagnosen er i intervallet DO80* - DO84* og SLUTDATO ligger efter 31.12.2003, så skal der være en ART = blank og en procedurekode ZZ0240 med følgende tillægskoder tilknyttet

- VPH* eller VV00005
- DU0000

Hvis procedurekoden er ZZ0241 eller ZZ0240, må følgende felter være blanke

- PROCAFD
- PROCDTO
- PROCTIM
- PROCMIN

og PROCDTO må ligge før STARTDATO.

Barnets record

Hvis ART = A og PATTYPE = 0 og SLUTDATO ligger efter 31.12.1996 og KODE tilhører DZ38*, så skal der være:

- en bidiagnose inden for hver af grupperne DUA*, DUH*, DV* og DVA*.
- en udfyldt BOBST-struktur.

Hvis ART = A og PATTYPE = 0 og SLUTDATO ligger efter 31.03.1998 og KODE tilhører DZ38*, så skal der være en tillægskode inden for gruppen DUP*.

ART = B. Koderne inden for arterne DUA*, DUH*, DV*, DVA* og DZ37* skal registreres som bidiagnoser ved fødselsregistrering.

Hvis ART = A og PATTYPE = 0 og SLUTDATO ligger efter 31.12.2003 og KODE tilhører DZ38*, og der samtidig findes en ART = blank og en procedurekode ZZ4232 skal følgende tillægskode være tilknyttet ZZ4232

- VPK*

Hvis ART = A og PATTYPE = 0 og SLUTDATO ligger efter 31.12.2003 og KODE tilhører DZ38*, og der samtidig findes en ART = blank og en procedurekode ZZ4229, skal være tilknyttet en af følgende tillægskoder til ZZ4229:

- VNK*
- VPK*

Abortregistrering

Hvis KODE er i intervallet DO040 - DO067, så skal tilhørende ART = A, H eller +.

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

Hvis der er en operationskode i intervallet KLCH00 - KLCH99 eller en behandlingskode BKHD4* så skal der være en KODE i intervallet DO040 - DO067 med tilhørende ART=A.

Misdannelsesregistrering

Hvis ART = A og hvis enten SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 er udfyldt eller STARTDATO for PATTYPE = 3 og hvis KODE tilhører DO00* - DO06*, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhører de i vejledningsdelen nævnte (svangerskabslængde).

Hvis ART = A og SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.1998 og 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 31.12.1998 og der forekommer tillægskoden DUM01, så skal samme primærkode have mindst en tillægskode med DQ*.

18.2.9 Psykiatri

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

- SLUTDATO ligger efter 31.12.1995
- SLUTDATO er blank og PATTYPE = 0 eller 2
- STARTDATO er efter 31.12.95 og PATTYPE = 3

Hvis AFD har speciale 50 eller 52 og PATTYPE = 2 og DTOBES efter 31.12.2005, så skal der være KODE = AAF22* med ART blank og PROCDTO = DTOBES, samt en af følgende koder tilknyttet som tillægskode ZPVA1B, ZPVA2C, ZPVA4A, ZPVA6A, ZPVA8A, ZPVA9A, ZPVA9B, ZPVA9C eller ZPVA9D.

Hvis AFD har speciale 50 eller 52 og PATTYPE = 2 og KODE = AAF6 med ART blank og PROCDTO efter 31.12.2005 så skal der være tilknyttet en af følgende som tillægskode ZPVA1B, ZPVA2C, ZPVA4A, ZPVA6A, ZPVA8A, ZPVA9A, ZPVA9B, ZPVA9C eller ZPVA9D.

Hvis AFD har speciale 50 eller 52 og PATTYPE = 2 og KODE tilhører BVAW2, ZZ0231A, BVAA33A, ZZ0182, BVAW1, AAF83, BVAA97 eller BVAA99 og PROCDTO efter 31.12.2005 og PROCDTO ikke er lig DTOBES, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + hvor KODE er en af følgende ZPVA1B, ZPVA2C, ZPVA4A, ZPVA6A, ZPVA8A, ZPVA9A, ZPVA9B, ZPVA9C eller ZPVA9D.

Hvis AFD har speciale 52 og PATTYPE = 2 og DTOBES efter 31.12.2005, så skal der være KODE = AAF22* med ART blank og PROCDTO = DTOBES, samt en af følgende koder tilknyttet som tillægskode BZFD7 eller BZFD8.

Hvis AFD har speciale 52 og PATTYPE = 2 og KODE = AAF6 med ART blank og PROCDTO efter 31.12.2005 så skal der være en af følgende koder tilknyttet som tillægskode BZFD7 eller BZFD8.

Hvis AFD har speciale 52 og PATTYPE = 2 og PROCDTO efter 31.12.2005 og PROCDTO ikke er lig DTOBES, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + hvor KODE er en af følgende BZFD7 eller BZFD8.

18.2.10 Forgiftninger

Generelt

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

Forgiftningskoder for narkotika

Såfremt SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2000 og ART = A / B og KODE tilhører DF11*, DF15*, DF16*, eller DF19*, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + hvor KODE er en fra gruppe DT400* - DT409*, DT430A, DT436* eller DT438*. Tillægskoden kan også være en ATC-kode. ATC-koderne er kendetegnet ved, at 1. position er "M".

Såfremt SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2000 og før 01.01.2003 og ART = A / B og KODE tilhører DZ036, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + hvor KODE er en fra gruppe DT400* - DT409*, DT430A, DT436* eller DT438*. Tillægskoden kan også være en ATC-kode. ATC-koderne er kendetegnet ved, at 1. position er "M".

Såfremt SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2002 og før 01.01.2006 og ART = A / B og KODE tilhører DZ036, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + hvor KODE er en fra gruppe DT401* - DT409*, DT430A eller DT51* - DT65*. Tillægskoden kan også være en ATC-kode. ATC-koderne er kendetegnet ved, at 1. position er "M".

Såfremt SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2005 og ART = A / B og KODE tilhører DZ036, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + hvor KODE er en fra gruppe DT40*, DT436*, DT438*, DT439* eller DT51* - DT65*. Tillægs-

koden kan også være en ATC-kode. ATC-koderne er kendetegnet ved, at 1. position er ”M”.

Såfremt SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 30.06.2002 og ART = A / B og KODE = DF19*, er det ikke obligatorisk, at koden efterfølges af tillægskode fra gruppe DT400* - DT409*, DT430A, DT436* eller DT438* eller en ATC-kode.

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2000 og der findes en diagnose med ART = A / B / + og KODE tilhørende DT406* eller DT436*, så skal pågældende kode være 6 karakterer lang.

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2003 og der findes en diagnose med ART = A / B / + og KODE tilhørende DT409*, så skal pågældende kode være 6 karakterer lang.

18.2.11 Cancer Anmeldelsesstatus

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2000 og DIAGART = A / B og KODE er en anmeldelsespligtig cancerdiagnose (for diagnosen DD05* dog: STARTDATO efter 30.06.2004 for PATTYPE 0 og 2 eller for PATTYPE = 3 først STARTDATO efter 30.06.2004) jf. vejledningsdelen, så skal der pr. diagnose være tilknyttet en og maksimalt en tillægskode med anmeldelsesstatus AZCA1, AZCA2 eller AZCA4. Anmeldelsesstatus AZCA3 er kun tilladt for DIAGART = B.

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.1998 og DIAGART = A og KODE er en anmeldelsespligtig cancerdiagnose (for diagnosen DD05* dog: STARTDATO efter 30.06.2004 for PATTYPE 0 og 2 eller for PATTYPE = 3 først STARTDATO efter 30.06.2004) jf. vejledningsdelen, så må der ikke være tilknyttet tillægskoden AZCA3.

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2000 og DIAGART = A/B og KODE er en anmeldelsespligtig cancerdiagnose (for diagnosen DD05* dog: STARTDATO efter 30.06.2004 for PATTYPE 0 og 2 eller for PATTYPE = 3 først STARTDA-

TO efter 30.06.2004) jf. vejledningsdelen, så må der ikke være tilknyttet tillægskoden AZCA5.

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2002 og DIAGART = A/B og KODE er en anmeldelsespligtig cancerdiagnose (for diagnosen DD05* dog: STARTDATO efter 30.06.2004 for PATTYPE 0 og 2 eller for PATTYPE = 3 først STARTDATO efter 30.06.2004) jf. vejledningsdelen, så må der ikke være tilknyttet tillægskoden AZCA2.

Behandlinger

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2000 og DIAGART = A/B og KODE er en anmeldelsespligtig cancerdiagnose (dog excl. DD05*), jf. vejledningsdelen, og kontakten indeholder et eller flere kirurgiske indgreb med kode forskellig fra KT* og KU* og med proceduredato efter 31.12.2000 og før 01.01.2002, så skal der til hvert kirurgisk indgreb være registreret mindst en tillægskode ZKC*. I det enkelte kirurgiske indgreb, er det frit, om tillægskoden knyttes til koden med ART = V, P eller D.

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2001 og DIAGART = A og KODE er en anmeldelsespligtig cancerdiagnose, jf. vejledningsdelen, og kontakten indeholder et eller flere kirurgiske indgreb med koderne, jf. vejledningsdelen kapitel 13 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. (Procedurer tilknyttet diagnosen DD05* dog først proceduredato efter 30.06.2004)

Stadium

Hvis følgende betingelser er opfyldt

- STARTDATO ligger efter 31.12.2003 og før 01.07.2004 og
- DIAGART = A/B og
- DIAG findes i tabellen ”stadium” excl. DD05* og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1 og
- kontakten er afsluttet (SLUTDATO udfyldt), eller kontakten er uafsluttet og STARTDATO ligger mere end 4 måneder før seneste ambulante besøg

så skal følgende betingelser være opfyldt for sygdommens udbredelse:

1. hvis DIAG tilhører gruppen DC81* - DC85*, skal der være tilknyttet en tillægskode fra gruppen AZCC*.
2. hvis DIAG tilhører tabellen ”stadium” og er forskellig fra DC81* - DC85*, skal der pr. diagnose være tilknyttet 3 tillægskoder. En i hver af grupperne AZCD1*, AZCD3* og AZCD4*.

Hvis følgende betingelser er opfyldt

- STARTDATO ligger efter 30.06.2004 og
- DIAGART = A/B og
- DIAG findes i tabellen ”stadium” og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1 og
- kontakten er afsluttet (SLUTDATO udfyldt), eller kontakten er uafsluttet og STARTDATO ligger mere end 4 måneder før seneste ambulante besøg

så skal følgende betingelser være opfyldt for sygdommens udbredelse:

1. hvis DIAG tilhører grupperne DB211, DB212, DB213, DC81* - DC85*, DC902, DC923, DC96*, skal der være tilknyttet en tillægskode fra gruppen AZCC*.
2. hvis DIAG tilhører tabellen ”stadium” og er forskellig fra DB211, DB212, DB213, DC81* - DC85*, DC902, DC923, DC96*, skal der pr. diagnose være tilknyttet 3 tillægskoder. En i hver af grupperne AZCD1*, AZCD3* og AZCD4*.

Hvis STARTDATO efter 30.06.2004 så gælder at:

- AZCD11 kan kun anvendes for koderne: DD30*, DD37* - DD44*, DD48*
- AZCD12 kan kun anvendes for koderne: DD05*, DD06*, DD076, DD090, DD091

Hvis STARTDATO efter 30.06.2004 og før 01.07.2005 så gælder at:

- AZCD10 kan kun anvendes i kodeintervallet: DC78* - DC80*

Hvis STARTDATO efter 30.06.2005 så gælder at:

- AZCD10 kan kun anvendes i kodeintervallet: DC78* - DC80*, DC77*

Diagnosegrundlag

Hvis følgende betingelser er opfyldt

- STARTDATO ligger efter 31.12.2003 og
- DIAGART = A/B og
- DIAG tilhører anmeldelsespligtige diagnosekoder (for diagnosen DD05* dog: SLUTDATO efter 30.06.2004 for PATTYPE 0 og 2 eller for PATTYPE = 3 først STARTDATO efter 30.06.2004) og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1

så skal følgende betingelse være opfyldt:

Der skal være tilknyttet mindst en af tillægskoderne fra hver af grupperne AZCK* og AZCL*.

Lateralitet

Hvis følgende betingelser er opfyldt

- STARTDATO ligger efter 31.12.2003 og
- DIAGART = A/B og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1 og
- DIAG findes i tabellen over diagnoser hvor der obligatorisk skal registreres lateralitet (for diagnosen DD05* dog: SLUTDATO efter 30.06.2004 for PATTYPE 0 og 2 eller for PATTYPE = 3 først STARTDATO efter 30.06.2004)

så skal følgende betingelse være opfyldt:

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

Lokalisation

Hvis

- STARTDATO ligger efter 31.12.2003 og før 01.07.2006 og
- DIAGART = A/B og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1 og
- DIAG tilhører grupperne DB211, DB212, DC81* - DC85*, DC902 og DC923

eller

- STARTDATO ligger efter 30.06.2004 og før 01.07.2006 og
- DIAGART = A/B og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1 og
- DIAG tilhører DB213

så skal følgende betingelse være opfyldt:

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

Hvis

- STARTDATO ligger efter 30.06.2007 og
- DIAGART = A/B og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1 og
- DIAG tilhører grupperne DB211, DB212, DB213, DC81* - DC85*, DC902 og DC923

så skal der skal være tilknyttet mindst en tillægskode fra listen over tilladte koder fra anatomiklassifikationen.

18.2.12 Kvalitetsindikatorer

Hjerneblødning og hjerneinfarkt

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

Brud på lårbenshals

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 30.06.2000 og DIAGART = A / B og KODE tilhører DS720* - DS722*, DS727* eller DS728*, så skal der pr. diagnose være tilknyttet en af tillægskoderne TUL1 eller TUL2.

Hoftedalsalloplastik

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

Luxation af hofteledsprotese

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2000 og DIAGART = A / B og KODE lig med

DT840A, så skal der til pågældende diagnose være tilknyttet en af tillægskoderne TUL1 eller TUL2.

Operation for grå stær

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

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

"Tab af kunstig linse"

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2000 og DIAGART = A / B og KODE lig med DT852A, så skal der til pågældende diagnose være tilknyttet en af tillægskoderne TUL1 eller TUL2.

Operation for lændediskusprolaps

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2000 og der findes en diagnose med ART = A / B og KODE tilhørende DM511* eller DM512*, så skal pågældende kode være 6 karakterer lang.

19 Detaljeret teknisk beskrivelse

19.1 Indberetning til LPR

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

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

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

De enkelte strukturer er oprettet, så de primært indeholder data fra en patientkontakt som logisk hører sammen, fx indlæggelses- og udskrivningsoplysninger. Da recorden med de forskellige strukturer bliver modtaget i et stort felt, skal de enkelte strukturer identificeres med et nøgleord på 5 karakter efterfulgt af en længdeangivelse på 3 karakter. En record skal afsluttes med nøgleordet ”SLUT%”.

En indberetning til LPR kræver, at alle data skal kunne identificeres.

Følgende data kan indberettes til LPR:

Sygehusnummer

Afdelings/afsnitsnummer

Patienttype

Personnummer

Indlæggelsesdato/

Startdato for ambulant kontakt/

Dato for ankomst til skadestue

Teknisk del

Indlæggelsestidspunkt/
Time for ankomst til skadestue

Minut for ankomst til skadestue

Kommunennummer

Distriktskode

Før 01.01.2001

Henvisningsdato

Henvisningsmåde

Indlæggelsesmåde

Indlagt fra

Før 01.01.2001

Startvilkår

Udskrivningsdato/
Slutdato for ambulansforløb

Udskrivningstidspunkt

Kun for heldøgnskontakter
udskrevet fra den 01.01.1994.

Afslutningsmåde

Afsluttet til sygehusafsnit

Udskrevet til

Før 01.01.2001

Kontaktårsagskode

Ulykkeskode

På udskrivninger før den
01.01.1995
Indberette ulykkeskoder i struktur
ULYKK.
På udskrivninger fra den
01.01.1995 indberettes ulykkesko-
der i struktur SKSKO.

Teknisk del

Behandlingsdage	Før 01.01.2002
Dato for forundersøgelse	Før 01.01.2004
Dato for endelig behandling	Før 01.01.2004
Kode for fritvalgsordning	Kun for private sygehuse/klinikker
Henvissende sygehusafsnit	
Diagnoseart	Kun for kontakter udskrevet fra den 01.01.1995. Indberettes i struktur SKSKO.
Diagnosekodenummer	På kontakter udskrevet før den 01.01.1995 indberettes diagnosekodenummer i strukturen DIAGN. På kontakter udskrevet fra den 01.01.1995 indberettes 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 i indberettes procedurekodenummer i strukturen SKSKO.
Proceduredato	Kun for procedurer fra den 01.01.1996. Indberettes i strukturen SKSKO.

Teknisk del

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

Teknisk del

Sygehusafsnitskode for det afsnit
det afslåede behandlingstilbud er
givet til

Paritet

Antal besøg hos jordemoder

Antal besøg hos egen læge

Antal besøg hos sygehusafsnit/
speciallæge

Dato for sidste menstruation Før 01.01.2002

Nummer ved flerfoldfødsel

Barnets vægt

Barnets længde

Ventestatus

Startdato for periode med ventestatus

Slutdato for periode med ventestatus

19.2 Strukturoversigt

INDUD

Indlæggelses-/udskrivningsoplysninger

SKSKO

SKS kode (udskrivninger eller indlæggelser fra 01.01.1995). Første karakter
i data er reserveret til artsfeltet, som kan antage følgende værdier:

Diagnoser:

A aktionsdiagnose

Teknisk del

B	bidiagnose
C	komplikation
G	grundmorbus
H	henvisningsdiagnose
M	midlertidig diagnose

Operationer:

V	vigtigste operation i en afsluttet kontakt
P	vigtigste operation i et operativt indgreb
D	deloperation: anden/andre operation(er) i et operativt indgreb Skal indberettes efter en operationskode med arten "V" eller "P". Såfremt der er tillægskoder til "V" eller "P" koder, så skal "D" indberettes efter tillægskoderne.

Uspecificeret SKS-kode:

# = blank	uspecificeret SKS primærkode, fx procedurekode (ikke operation), ulykkeskode.
-----------	---

Tillægskoder:

+	uspecificeret SKS tillægskode Skal indberettes umiddelbart efter den primærkode den knytter sig til. Hvis der er flere tillægskoder til samme primærkode, indberettes de umiddelbart efter hinanden.
---	---

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

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

For procedurer (ikke kirurgiske) med arten "blank" er proceduredato, -time, -minut og kode for producerende afdeling obligatorisk.

Visse procedurer er undtaget dette krav.

DIAGN

Diagnoser (udskrivninger før 01.01.1995)

OPERA

Operationer (operationer før 01.01.1996)

OKOMB

Sammenhørende operationer, skal forekomme umiddelbart efter OPERA (kun for operationer før 01.01.1996)

BESØG

Besøgs oplysninger

PASSV

Passiv ventetid (indlæggelses- / startdato efter 31.12.1998 og henvisningsdato før 31.12.2003) samt dato for afslået tilbud om behandling og tilhørende sygehusafdeling.

VENTE

Ventestatus og start- og slutdato for perioden med ventestatus.

ULYKK

Ulykkeskoder (udskrivninger før 01.01.1995)

BOBST

Barn - obstetrik oplysninger

MOBST

Moder - obstetrik oplysninger

PSYKI

Specifikke oplysninger fra psykiatriske afdelinger

SLUT%

Slutmarkering

En struktur består af nøgleord, længde og data, fx:

- SKSKO Nøgleord på 5 karakterer
- 006 Datalængde på 3 karakterer
- ADZ769 Data (A for aktionsdiagnose + ICD-10 DZ769)

19.3 Eksempler på indberetningsrecords

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

Teknisk del

= blank karakter

19.3.1 Eksempel på indberetning af operationskoder som SKS-koder

INDUD06713010310010101000102010112##701#####02010111100101121#####20008

SKSKO006HDN801SKSKO006ADN801SKSKO005+TUL1

SKSKO006BDN830SKSKO005+TUL2

SKSKO028VKLAD00####02010113013311430SKSKO005+TUL1

**SKSKO028DKLAB10####02010113013311430SKSKO005+TUL2SLUT
%**

Følgende SKS-koder er anvendt:

- HDN801 Henvisningsdiagnose
- ADN801 Aktionsdiagnose
- +TUL1 Tillægskode (sideangivelse)
- BDN830 Bidiagnose
- +TUL2 Tillægskode (sideangivelse)
- VKLAD00 Vigtigste operative indgreb
- +TUL1 Tillægskode (sideangivelse)
- DKLAB1 Deloperation
- +TUL2 Tillægskode (sideangivelse)

19.3.2 Eksempel på indberetning af en operationskontakt afsluttet før 01.01.1996

INDUD06713010310010101000102019412##701#####02019411100194

Teknisk del

121#####20008

SKSKO006ADS000

SKSKO005#EUG1SKSKO005#EUS2SKSKO005#EUA2

SKSKO005#EUK1SKSKO005+EUP4SKSKO005+EUM5

OPERA012448201301011OKOMB00543000SLUT%

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

Følgende SKS-koder er anvendt:

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

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

**IDUD087130129920101010001150304#####701#####260204#G100504
##F1309349#####1309349**

SKSKO006HDC437SKSKO007ADC437ASKSKO006+AZCA1

Teknisk del

- +TUL1 Tillægsk.(Lateralitet)
- BDC819 Bidiagnose
- +AZCA1 Tillægsk.(Anmeldelsesstatus)
- +AZCC2A Tillægsk.(Stadium-Ann Arbor lymfom)
- +AZCK0 Tillægsk.(Diagnosegrundlag – makroskopisk)
- +AZCK4 Tillægsk.(Diagnosegrundlag – makroskopisk)
- +AZCL1 Tillægsk.(Diagnosegrundlag - mikroskopisk)
- +DC774A Tillægsk.(Lokalisation)
- #ZPP21B Proc. aflyst pga. tekniske problemer et døgn før fastlagt dag (aflyst proceduredato = 17.03.2004)
- +KQDE10 Tillægskode til den aflyste procedure
- VKQDE10A Vigtigste operative indgreb (operationsdato = 24.03.2004)
- +ZKC0 Tillægskode (cancerrelateret kirurgisk indgreb)

Følgende BESØG indgår:

- 150304 Besøg (svarer til startdato og udredningsdag)
- 240304 Besøg (svarer til operations-/behandlingsdato)
- 290304 Besøg
- 150404 Besøg
- 100504 Besøg (svarer til slutdato)

Følgende VENTE-oplysninger indgår:

- 260204-020304 Ventestatus = 13 (Ventende omvisitering fra andet afsnit)
- 030304-080304 Ventestatus = 11 (Ventende på udredning)
- 090304-150304 Ventestatus = 23 (Ikke ventende efter patientens ønske)
- 160304-190304 Ventestatus = 12 (Ventende på behandling)
- 200304-240304 Ventestatus = 26 (Ikke ventende under behandling)

19.3.4 Eksempel på indberetning af en uafsluttet ambulans kontakt med startdato efter 31.12.2004

**INDUD0871301299201010100011501051115701#####261004#F#####
#####1309349**

SKSKO006HDE109SKSKO007ADE109A

BESØG006180105

VENTE01411261004180105

VENTE01425190105#####SLUT%

Følgende SKS-koder er anvendt:

- HDE109 Henvisningsdiagnose (henvisningsdato = 26.10.2004)
- ADE109 Aktionsdiagnose

Følgende BESØG indgår:

- 180105 Besøg

Følgende VENTE-oplysninger indgår:

- 261004-180105 Ventestatus = 11 (Ventende på udredning)

- 190105-##### Ventestatus = 25 (Ikke ventende under udredning)

19.3.5 Sletning af kontakt

En kontakt slettes i Landspatientregisteret ved kun at indberette nøgleoplysninger.

Pr. 01.01.2005 er det muligt at indberette flere ambulante kontakter pr. patient pr. dag pr. sygehusafdeling. Derfor er forskellige krav til sletterecords alt efter om startdatoen ligger før eller efter denne dato.

For kontakter med startdato før 01.01.2005 indberettes:

- Sygehusnummer
- Afdelings/afsnitsnummer
- Patienttype (altid blank ved sletning)
- Personnummer
- Indlæggelsesdato/Startdato for ambulant forløb/Dato for ankomst til skadestue
- Indlæggelsestime/Time for ankomst til skadestue
- Minut for ankomst til skadestue

For kontakter med startdato efter 31.12.2004 indberettes:

- Sygehusnummer
- Afdelings/afsnitsnummer
- Patienttype
- Personnummer
- Indlæggelsesdato/Startdato for ambulant forløb/Dato for ankomst til skadestue
- Indlæggelsestime/Time for ankomst til skadestue/starttime for ambulant kontakt
- Minut for ankomst til skadestue/Indlæggelsesminut/startminut for ambulant kontakt

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

19.3.6 Eksempler på indberetning af en sletterecord

INDUD0281301031#010101000102019412##SLUT%

INDUD0281401032201020500010301051205SLUT%

19.4 Detaljeret indhold af struktur

INDVID/ FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/ FORMULARNAVN
Indlæggelses-/udskrivningsoplysninger				INDUD
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	SGH	4	CH	Sygehusnummer
5	AFD	3	CH	Afdelingsnummer
8	PATTYPE	1	CH	Patienttype
9	CPRNR	10	CH	CPR-nummer
19	STARTDATO	6	CH	Indlæggelses-/startdato
25	INDLÆGTIME TANSKA	2	CH	Indlæggelses-/starttime
27	MIANSKA	2	CH	Startminut
29	KOMNR	3	CH	Bopælskommune
32	DISTKOD (til 31.12.2000)	7	CH	Distriktskode
39	HENVISDTO	6	CH	Henvisningsdato
45	INDMÅDE	1	CH	Indlæggelsesmåde
46	HENVISNMÅDE	1	CH	Henvisningsmåde
47	SLUTDATO	6	CH	Udskrivningsdato
53	UDSKRIVTIME	2	CH	Udskrivningstime
55	AFSLUTMÅDE	1	CH	Afslutningsmåde
56	UDSKRTILSGH	7	CH	Afsluttet til sygehus- /afdeling
63	KONTÅRS	1	CH	Kontaktårsag
64	BEHDAGE (til 31.12.2001)	4	CH	Behandlingsdage
68	DTOFORU (til 31.12.2003)	6	CH	Dato for forundersøgelse
74	DTOENBH (til 31.12.2003)	6	CH	Dato for endelig behandling
80	FRITVALG	1	CH	Kode for fritvalgsordning
81	HENVSGH	7	CH	Henvisende sygehusafsnit

INDIVID/ FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/ FORMULARNAVN
SKS-koder				SKSKO
	PROGRAM DATA- NAVN	AN- TAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	ART	1	CH	<p>Relationsfelt med følgende værdier:</p> <p>A = Aktionsdiagnose</p> <p>B = Bidiagnose</p> <p>C = Komplikation</p> <p>H = Henvisningsdiagnose</p> <p>M = Midlertidig diagnose</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>= Blank, uspecificeret SKS primærkode</p> <p>+ = Tillægskode</p>
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 DATA- NAVN	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 DATA- NAVN	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 DATA- NAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	OPR (indtil 31.12.1995)	5	CH	Sammenhørende operation

INDIVID/ FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/ FORMULARNAVN
Besøgs oplysninger				BESØG
	PROGRAM DATANAVN	AN- TAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	DTOBES	6	CH	Besøgsdato
7	PERSKAT (til 31.12.2000)	3	CH	Personalekategori
10	YDESTED (til 31.12.2000)	1	CH	Ydelsessted
11	PSYKYD (til 31.12.2000)	1	CH	Psykiatrisk ydelse

INDIVID/ FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/ FORMULARNAVN
Passiv ventetid				PASSV
	PROGRAM DATANAVN	AN- TAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	ÅRSAGPAS (til 31.12.2003)	1	CH	Årsag til passiv ventetid
2	DTOSTPAS (til 31.12.2003)	6	CH	Startdato for passiv ventetid
8	DTOSLPAS (til 31.12.2003)	6	CH	Slutdato for passiv ventetid
14	DTOAFTLB	6	CH	Dato for afslået tilbud om be- handling i anden sygehusafsnit
20	BEHAND- TILSGH	7	CH	Sygehusafsnitskode for den af- snit det afslåede behandlingstil- bud er givet til

INDIVID/ FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/ FORMULARNAVN
Venteoplysninger				VENTE
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	VENTE- STATUS	2	CH	Status for venteperiode.
3	DA- TOSTVEN- TE	6	CH	Startdato for periode med ven- testatus.
9	DATOSL- VENTE	6	CH	Slutdato for periode med ven- testatus.

INDIVID/ FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/ FORMULARNAVN
Ulykkeskoder				ULYKK
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	ULK	8	CH	

INDIVID/ FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/ FORMULARNAVN
Barn - obstetrik oplysninger				BOBST
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	FLERNR	1	CH	Nummer ved flerfoldfødsel
2	VÆGT	4	CH	Barnets vægt
6	LÆNGDE	2	CH	Barnets længde

INDIVID/ FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/ FORMULARNAVN
Moder - obstetrik oplysninger				MOBST
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	PARITET	2	CH	Paritet
3	BESJORD	2	CH	Antal besøg hos jordemoder
5	BESLÆGE	1	CH	Antal besøg hos egen læge
6	BESSPEC	1	CH	Antal besøg hos sygehusaf- snit/special- læge
7	SIDMEN (til 31.12.2001)	6	CH	Dato for sidste menstruation

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

20 Stikordsregister

A

abdominalomfang	90
abort	91
abortregistrering	190
administrative begreber	124
afbud	19
afdelings/afsnitsnummer	146
aflyst procedure	75
AFSLUTMÅDE	173
afslutning	33
afslutningsmåde	18;23
afsluttet til sygehusafsnit	153
aktionsdiagnose	13;58;84
ambulant besøg	29;40
ambulante kontakter	133
anamnese	66
anmeldelsespligtig sygdom	97
anmeldelsespligtige diagnoser	64
anmeldelsesstatus	98;102;103
Ann Arbor klassifikationen	114
apgarscore	90
assistance	17;24;29;69;70
ATC-koder	64;77

B

barnets længde	167
barnets record	189
barnets vægt	167
Base-excess	90
behandlere	42
behandlings- og Plejeklassifikationen	68
behandlingsmodning	20
behandlingstilbudet	21
BEHDAGE	175
beslutningstidspunktet	16
BESØG	177
besøg hos egen læge	168

besøg hos jordemoder	168
besøg hos sygehusafsnit/speciallæge	169
bidiagnose	58;60;84
bilateralt	71
bivirkninger	54
blanketanmeldelse	88
BOBST	180
bogens opbygning	10
bopælskommune	26

C

cancer	141;193
cancerdiagnosen	98

D

Dato for besøg	164
deloperation	70
diagnoseart	58
diagnosegrundlag	108
diagnosekodennummer	159
diagnoser	58
diagnoseregistrering	135
DIPSY	43
DISTKOD	172

E

elektroshockbehandling	36
------------------------	----

F

Fejlsøgning	170
flerfoldsfødsel	88;90
flernummer	86
forgiftning	54
fosterpræsentation	90
fravær	38
funktionsevne	186
fysio- og ergoterapeuter	73
fødsel	85

Stikordsregister

fødsel på vej	85	kliniske termer	135
fødselsoplysninger	85;87	kode for fritvalgsordning	157
fødselstidspunkt	85	kodenummer for producerende afsnit	163
fødsler og aborter	188	kommunenummer	148
følgetilstand	66	KOMNR	172
G		komplikation	58;62;105
gravide	20	komplikationsregistrering	140
graviditet, abort, fødsel og barsel	140	kontaktårsag	49
graviditetskomplikation	85	kontaktårsagskode	47;155
H		kontrol	17;99
henvisende sygehusafsnit	157	kontrolpatienter	20
henvisning	15	kontrolundersøgelse	67
henvisning og venteperiode	129	KONTÅRS	175
henvisningsdato	150	kvalitetsindikatorer	197
henvisningsdiagnose	58;62	kvalitetsmål	118
henvisningsmåde	18	L	
hjemmebesøg	40;78	lateralitet	109
hjemmefødsel	85	lokalisering	114
hotelpatient	25;30	lægemiddelbivirkning	57
hovedomfang	90	lægemiddelforgiftning	54
I		lægemiddelkataloget	77
ICF	78	M	
ICF-bogen	79	medicinsk abort	91
ICF-status	78	MIANSKA	171
ICF-vurderinger	78	midlertidig diagnose	58;62
indgreb	71	mikroskopisk	114
idlæggelseskontakter	132	misbrugsdiagnoserne	56
indlæggelsesmåde	24;150	misdannelse	85
indlæggelsestid	149	misdannelsesregistrering	190
INDMÅDE	173	misdannet foster	92
INDUD	170	MOBST	180
K		moderens record	188
kirurgisk abortindgreb	91	N	
kirurgisk indgreb	70	neonatal hørerscreening	79;186
klinisk ydelse	74	nummer ved flerfoldsfødsel	169

O

obs. pro	61;65
OKOMB	177
omvisiteret	17;19
OPERA	176
operationer	185
organisatoriske begreber	122

P

paritet	86;167
patienthotel	25;30
patientkontakt-begrebet	12
patientorlov	24
patienttype	149
personnummer	147
placentavægt	86
postoperative infektioner	82;187
postoperative komplikation	84
primære operation	70;71
procedureart	160
proceduredato	162
procedurekodennummer	161
procedureminut	163
procedurer	68;184
procedureregistreringen	68
proceduretime	162
producent	70
provokeret abort	91
PSYKI	181
psykiatri	191
psykiatriske patienter	35

R

radikalt opereret	100
radiologiske procedurer	72;185
rarsk ledsager	24
recidiv	100
reoperation	70
reoperationer	71
resultat af fødsel	89

retslige forhold	37
------------------	----

S

sekundær operation	70;72
selvmord	53
selvmord/selvmondsforsøg	38
selvmondsforsøg	53
sideangivelse	109
skader	49
skadestuebesøg	45
skadestuekontakter	134
skadestuepatient	45
SKS-hovedgruppe	68
SKSKO	176
SKS-koder	14
slutdato	153
slutdato for ventestatus	165
spontane aborter	91
stadium	110
startdato	148
startdato for ventestatus	165
startvilkår	38;152
stedkode	50
sundhedsfagligt uddannet personale	30
svangerskabslængde	91
sygehusfødsel	85
sygehusnummer	146
symptomdiagnoser	60

T

tillægskoder	58;63;76
tilstand	60
timeforbrug	39
TNM klassifikationen	111
tobaksforbrug	89
tumors udbredelse	110

U

udredning	15
-----------	----

Stikordsregister

udskrivningstime	153	Y	
ultralydsskanning	85	ydelser uden besøg	42
ULYKK	180	Æ	
ulykke	49;142	ændringer	11
ulykkeskode	156	Å	
V		årsopfølgning	44
VENTE	179		
venteperioder	15		
ventestatus	15;16		
visitering	15		